Universidade Federal de Juiz de Fora
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais

Dênis Roberto da Silva Petuco

O pomo da Discórdia?

A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil

Juiz de Fora, julho de 2016

Dênis Roberto da Silva Petuco

O POMO DA DISCÓRDIA?

a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas
e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas
que usam álcool e outras drogas no Brasil

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Ciências Sociais. Programa de Pós Graduação em Ciências Sociais. Instituto de Ciências Humanas. Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador

Prof. Dr. Paulo Cesar Pontes Fraga

Juiz de Fora, julho de 2016

Petuco, Dênis Roberto da Silva.
O pomo da discórdia? : a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil / Dênis Roberto da Silva Petuco. -- 2016.
460 f.

Orientador: Paulo César Pontes Fraga
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2016.

1. Drogas. 2. Cuidado. 3. Luta. I. Fraga, Paulo César Pontes, orient. II. Título.

Dênis Roberto da Silva Petuco

O pomo da Discórdia?

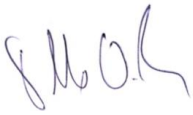
a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, área de concentração Sociologia, da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor.

Aprovada em 29 de julho de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Professor Doutor Paulo César Pontes Fraga (Orientador)
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)



Professor Doutor Pablo Ornelas Rosa
Universidade Vila Velha (UVV)

Professor Doutor Marcos César Alvarez
Universidade de São Paulo (USP)

Professora Doutora Cristina Dias da Silva
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Raul Francisco Magalhães
Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

AGRADECIMENTOS

Ao pequeno clã de onde venho: minha mãe, Jussara da Silva Petuco, e meu pai, Sadi Petuco. “Porque me diste la vida / Soy de tu vida um retazo / Tierra de todos mis dias / Quiero morir em tus brazos”.

Ao meu orientador, Paulo César Pontes Fraga, pelo acolhimento das angústias e indecisões, pelo suporte nos momentos de dúvidas e incertezas, e pelo respeito às minhas escolhas, mesmo quando temerárias.

Aos professores que gentilmente aceitaram o convite para as bancas de qualificação e defesa: Pablo Ornelas Rosa, Marcos César Alvarez, Cristina Dias da Silva e Raul Francisco Magalhães. Agradecimento muito especial ao professor Telmo Mota Ronzani, que contribuiu muito na qualificação, e que não pode estar presente na defesa.

Aos professores que estiveram presentes de modo muito especial ao longo destes anos de graduação e pós-graduação: Cornélia Eckert (pelo amor devotado às folhas amareladas dos livros de papel), Caleb Farias (porque dia de prova também é dia de aula), José Carlos dos Anjos (pelo criar passarelas através das quais as vozes silenciadas irrompem nas arenas de poder) e Nádia Geisa Silveira de Souza (pela genealogia), todos da UFRGS; a Erenildo João Carlos, da UFPB (pela arqueologia).

Ao mestre Paulo Freire, por me apresentar um mundo em que ética e estética são elementos inseparáveis da vida e dos processos de transformação, e ao doutor Sérgio Arouca, por introduzir-me no incomensurável universo da Saúde Coletiva.

A Flávia Fernando Lima Silva, pelos quase dez anos de partilhas éticas, políticas, estéticas, técnicas, teóricas, epistemológicas e amorosas. Foi – ainda é! – muito amor, viu? No fim, sabemos que “a poesia está para prosa assim como o amor está para amizade – e quem há de negar que esta lhe é superior?”.

A Bjork, Egberto Gismonti, Heitor Villa-Lobos, Toninho Horta, Claude Debussy, Astor Piazzolla, ao encontro entre Dominguinhos e Yamandu Costa, aos uruguayos do grupo Opa, aos islandeses de Sigur Rós, e a todos os mestres e mestras da música que embalaram minha escrita.

A Gabriel García Marques, Fernando Pessoa, Allen Ginsberg, José Saramago, Manoel Bandeira, Lima Barreto, André Breton, Hilda Hist, Julio Cortázar e especialmente ao maior de todos: Jorge Luis Borges. A todos os deuses e todas as deusas da escrita.

Aos amigos e às amigas, com seus inestimáveis abraços, sem os quais a vida seria absolutamente impossível: Diego Silva, Rafael Gil Medeiros, Camila Boff, Leina Peres, Alessandra Santos-Bax , Iacã Macerata, Domiciano Siqueira, Fátima Machado, Carlinhos Guarnieri, Kiko Netto, Antônio Lancetti, Pedro Papini, Ronaldo Zonta, Khaled Musa, Lucenira Kessler, Luís Fernando Tófoli, Ênio Valcanova Castro (que desenhou a mandala do campo das drogas!), Júlio Delmanto, Edna Granja, Marco Magri, Rodrigo Vaz, Ju Escobar, Rossana Rameh, Carol Pimenta, Everson Rach Vargas, Luis Vieira, Sérgio Cruz, Raquel Scheid, Liana Barcelos, Juliana Escobar, Márcia Colombo, Carlos Henrique Petuco, Anelise Fróes, Jacke Aires, Ricardo Charão, Manoel Mayer, Cristina Maranzana, Bruno Logan, Anne Krause, Jorge Herrmann... Pode ser que alguns e algumas de vocês estranhem a presença nesta pequena lista, mas o fato é que "todas as pessoas que eu conheço / Cabem bem juntinhas na palma da mão / Pra vocês guardei um universo / Quando falta um verso peço teu perdão".

Aos colegas do LABORAT/EPSJV, da Fiocruz, em especial aos que compõem o Grupo de Trabalho em Saúde Mental: Marco Aurélio Jorge, Pilar Belmonte, Patrícia Alvarez, Daniel Groisman, Marise Ramoa, Nina Soalheiro e Maria Cecília Carvalho.

A Eduardo Losicer, pela acolhida que tornou possível a vida nestes últimos meses. Quase todo dia me pergunto como foi possível sobreviver à tua não presença por tantos e tantos anos...

A todas as pessoas que generosamente me concederam longas e transformadoras entrevistas. Adoraria citá-las, uma a uma, pois esta tese seria absolutamente impossível sem sua inestimável colaboração. O respeito ao sigilo, entretanto, impede-me de fazê-lo. Sintam-se secretamente abraçadas.

A todos os homens e todas as mulheres que, ao longo de toda a história da humanidade, não apenas jogaram-se na louca e corajosa experiência com o uso de drogas, mas que pensaram e deram sentido a seus usos. Para todos nós, dedico estes escritos.

Ao meu irmão mais velho, Francisco Carlos da Silva Petuco, tragado enquanto cavalgava águas salgadas aos 17 anos, e ao meu irmão mais novo, Matheus da Silva Petuco, levado ao fim de uma noite de samba-rock quando tinha 23 anos. Tudo o que fui, sou e serei é dedicado a vocês, minha frátria. "Há tempos são os jovens que adoecem / E há tempos o encanto está ausente / E há ferrugem nos sorrisos / E só o acaso estende os braços a quem procura abrigo e proteção".

RESUMO

A Redução de Danos (RD), estratégia de cuidado em saúde dirigida a pessoas que usam álcool e outras drogas que não posiciona a abstinência como único objetivo do cuidado, tornou-se conhecida pelas terapias de substituição e pela oferta de seringas esterilizadas para evitar infecções sanguíneas, como Aids e hepatites virais. Foi nesta última forma que a RD chegou ao Brasil, em 1989, na cidade de Santos, sofrendo forte oposição por parte de setores da justiça e da segurança pública, mas sem causar maiores controvérsias entre trabalhadores e pesquisadores do campo da saúde. Com o passar dos anos, entretanto, o encontro com a reforma psiquiátrica brasileira ensejou o surgimento de uma RD elevada à condição de ética do cuidado. A partir deste encontro, a RD se tornou polêmica, dividindo o campo em dois lados: entusiastas e opositores da RD. Com auxílio de uma caixa de ferramentas conceituais que aproveita contribuições de Foucault, Bourdieu e Spinoza, e por meio da análise de textos e de entrevistas com agentes reconhecidos entre seus pares, foi possível concluir: ainda que o cuidado em saúde dirigido a esta população já houvesse sido objeto de acalorados debates em momentos específicos do século XX, a RD constituiu-se em um acontecimento diferenciado, que produziu descontinuidades e rupturas, reconfigurando o campo de lutas em torno das políticas públicas e das estratégias de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil.

PALAVRAS CHAVE

Drogas; Cuidado; Luta

ABSTRACT

Harm Reduction (HR), a health care strategy directed to people who use alcohol and other drugs that does not place abstinence as the only goal of care, first became known through replacement therapies and the provision of sterile syringes to prevent bloodstream infections such as AIDS and viral hepatitis. It was through this conception that HR arrived in Brazil in 1989 in the city of Santos, suffering strong opposition from sectors of the justice system and law enforcement, but without causing further disputes between workers and researchers in the health field. Over the years, however, the encounter with the Brazilian psychiatric reform made it possible for HR to be elevated to a condition of a certain ethics in care practices. From this encounter, HR became controversial, dividing the health field into two sides: enthusiasts and opponents of HR. With the aid of a conceptual toolbox that leverages contributions of Foucault, Bourdieu and Spinoza , and through the analysis of texts and interviews with agents recognized among their peers, we concluded: even if the health care directed to this population had already been the subject of heated debate at specific times of the twentieth century, HR was constituted as a differentiated happening, which produced discontinuities and ruptures, reconfiguring the field of struggle around public policy and health care strategies aimed at people who use alcohol and other drugs in Brazil.

KEY WORDS

Drugs; Healthcare; Struggle

RESUMEN

La Reducción de Daños (RD), estrategia de cuidado en salud dirigida a los usuarios de alcohol y otras drogas que no aplica la abstinencia como el único objetivo, quedose conocida por las terapias de reemplazo y la provisión de jeringas estériles para prevenir infecciones del torrente sanguíneo tales como el SIDA y la hepatitis viral. Fue en esta última forma RD que llegó a Brasil en 1989 en la ciudad de Santos, sufriendo una fuerte oposición de sectores de la justicia y de la seguridad pública, pero sin causar mayores conflictos entre los trabajadores e investigadores en el campo de la salud. Con los años, sin embargo, el encuentro con la reforma psiquiátrica brasileña dio lugar a la aparición de un RD como condición ética. A partir de este encuentro, la RD se convirtió polémica, dividiendo el terreno en dos partes: los entusiastas y detractores de RD. Con la ayuda de una caja de herramientas conceptuales que aprovecha los aportes de Foucault, Bourdieu y Spinoza, y a través del análisis de textos y entrevistas con agentes reconocidos entre sus pares, se concluyó: aún que el cuidado en salud dirigido a esta población ya había sido objeto de intensos debates en momentos específicos del siglo XX, el RD se constituyó en un acontecimiento diferenciado, que ha producido discontinuidades y rupturas, bien como la reconfiguración del campo de luchas en torno a las estrategias y de la políticas públicas de cuidado en salud dirigidas a los usuarios alcohol y otras drogas, en Brasil.

PALABRAS CLAVE

Drogas; Cuidado; Lucha

ABREVIATURAS

AA – Alcoólicos Anônimos
ABEAA – Associação Brasileira de Estudos do Álcool e do Alcoolismo
ABEAD – Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas
ABHM – Arquivos Brasileiros de Higiene Mental
ABORDA – Associação Brasileira de Redutores de Danos
ABP – Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRAMD – Associação Brasileira Muldisciplinar sobre Drogas
ANM – Academia Nacional de Medicina
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID – Centro Brasileiro de Estudos sobre Drogas Psicotrópicas
CETAD – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas
CMT – Centro Mineiro de Toxicomania
CONEN – Conselho Estadual de Entorpecentes
CONFEN – Conselho Federal de Entorpecentes
CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos
CRR – Centro Regional de Referência
CT – Comunidade Terapêutica
ESF – Estratégia de Saúde da Família
FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FETEB – Federação de Comunidades Terapêuticas Evangélicas
GREA – Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependência
GRINEAA - Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Alcoolismo
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
NA – Narcóticos Anônimos
NEPAD – Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas
OMS – Organização Mundial de Saúde
PRD – Programa de Redução de Danos
PROAD – Programa de Prevenção e Tratamento de Dependentes de Drogas
PTS – Programa de Troca de Seringas
REDUC – Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos
RD – Redução de Danos
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SUS – Sistema Único de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNODC – Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime

SUMÁRIO

1. ABRINDO OS TRABALHOS 14

1.1 Introdução 15

1.2 Análise de implicação 22

1.3 Tema desta pesquisa 27

1.4 Objetivo geral 27

1.4.1 Objetivos específicos 27

1.5 Hipóteses 28

2. APRESENTANDO OS INSTRUMENTOS 29

2.1 Foucault, Bourdieu, Spinoza e outros intercessores .....
30

2.1.1 Poder, Discurso, Saber, Verdade 34

2.1.2 Medicalização, Psicologização, Patologização 52

2.1.3 Campo, Domínio 61

2.1.4 Agente, Sujeito 69

2.1.5 Luta, Guerra, Política, Contraconduta, Agón 79

2.1.6 Dispositivo 92

2.1.7 Droga 96

2.1.8 Acontecimento, Enunciado 107

2.1.9 Redução de Danos …..... 111

2.1.10 Encontro, Afeto, Potência 122

2.1.11 Cuidado 127

2.1.12 Políticas Públicas 132

2.2 Caminhos metodológicos 137

2.2.1 Das entrevistas 138

2.2.2 Da análise do discurso 142

2.2.3 Da escrita 144

3. ADENTRANDO O CAMPO DE BATALHA 148

3.1 Uma pequena história do cuidado de pessoas que usam drogas 149

3.2 Veredas de um século XX - da eugenia à Redução de Danos 162

3.2.1 Primórdios 162

3.2.2 Da Belle Époque às portas do golpe 170

3.2.3 Dos anos de chumbo à Redução de Danos 213

3.2.4 Vultos e murmúrios 330

3.2.5 A análise selvagem de Claude Olievenstein 355

4. PESSOAS SENSÍVEIS E PERGUNTAS OBTUSAS 369

4.1 Ouvindo agentes de um campo em formação 370

4.2 Agente 372

4.3 Encontro 379

4.4 Campo 393

4.5 Poder 401

4.6 Luta 408

4.7 Acontecimento 422

5. À GUISA DE CONCLUSÃO 430

5.1 A espada que separa pai e filho 431

6. REFERÊNCIAS 439

Minerva era a deusa da sabedoria, mas certa vez, cometeu uma tolice: disputou um concurso de beleza com Juno e Vênus. O fato se passou da seguinte maneira: todos os deuses foram convidados para o casamento de Peleu e Tétis, com exceção de Éris, ou Discórdia. Furiosa com sua exclusão, a deusa atirou entre os convivas um pomo de ouro com a inscrição "À mais bela". Juno, Vênus e Minerva reclamaram a maçã ao mesmo tempo. Júpiter, não querendo decidir assunto tão delicado, mandou as deusas ao Monte Ida, onde o belo pastor Páris apascentava seus rebanhos, e a ele foi confiada a decisão.

Thomas Bulfinch, 2002, p. 254-255

Não cuideis que vim trazer a paz a terra; não vim trazer paz, mas espada. Porque eu vim pôr em dissensão o homem contra seu pai, e a filha contra sua mãe, e a nora contra sua sogra. E assim os inimigos do homem serão os seus familiares.

Jesus Cristo (Mateus 10:34-36)

CAPÍTULO 1

ABRINDO OS TRABALHOS

1.1 INTRODUÇÃO

Entre 27 de julho e 1º de agosto de 2010, em Brasília, aconteceu IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. Sua simples realização foi por si mesma uma conquista, já que uma resolução do Conselho Nacional de Saúde vetava a realização de conferências setoriais dentro do campo da saúde; as discussões específicas deveriam ser realizadas no âmbito das conferências nacionais de saúde, realizadas de quatro em quatro anos. O reconhecimento da dimensão intersetorial da Saúde Mental, expressa não apenas no nome, mas também nos domínios políticos e disciplinares de onde saíram os delegados, foi determinante para garantir a conferência.

Diferentemente das três anteriores (1987, 1992 e 2001), o tema das drogas ocupou lugar de destaque na conferência de 2010, com uma grande quantidade de grupos de trabalho específicos, mesas e atividades paralelas à programação oficial. Na primeira conferência, por exemplo, a palavra "droga" sequer aparece no relatório final, e o alcoolismo é mencionado apenas três vezes, sem nenhuma profundidade (BRASIL, 1988); na segunda, a presença do tema foi pouco maior, com um capítulo intitulado "Drogas e Legislação", e algumas menções ao longo do relatório (BRASIL, 1994); na terceira, a expressão "Redução de Danos"[1] (RD) aparece pela primeira vez nestes relatórios, mas o tema seguiu secundário e sem maior relevância[2] (BRASIL, 2001). Na quarta conferência a realidade foi drasticamente distinta: a presença da palavra "drogas" já se inicia pelo nome do órgão governamental responsável, que incorporou o tema a partir de 2007, passando a se chamar "Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas". Ao longo do relatório, o termo aparece incontáveis vezes, indicador da mudança de estatuto da problemática no âmbito da Saúde Mental brasileira. Por fim, as expressões "Redução de Danos", "redutores de danos" e "redutor de danos" aparecem nada menos que 48 vezes no relatório final, em comparação com uma única menção na conferência de 2001. Tal mensuração confirma observações *in loco* realizadas ao longo dos dias de participação na conferência, que ajudam a conferir visibilidade para o aumento de importância dos temas referentes ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas no campo da Saúde Mental brasileira (PETUCO, 2011).

[1] O conceito de Redução de Danos será devidamente apresentado e problematizado no capítulo 2, "Apresentado os instrumentos".

[2] Duas das pessoas entrevistadas nesta pesquisa afirmam que a presença da temática foi determinada pela realização, na mesma data e na mesma cidade, do II Fórum Nacional Antidrogas. Esta coincidência teria contribuído para que algumas pessoas transitassem nos dois eventos, articulando discussões. O assunto será retomado mais à frente.

Mas, no que tange ao tema específico aqui discutido, eu gostaria de descrever um encontro informal ocorrido durante a conferência, e que foi determinante para os rumos da pesquisa apresentada nesta tese.

Na manhã do dia 29 de julho de 2010, eu entrei em um dos ônibus especiais que circulavam pela região hoteleira da capital federal, conduzindo os participantes ao centro de convenções em que se realizava a conferência. No interior do coletivo encontrei Anna Simões, uma das delegadas indicada pelos trabalhadores da rede de saúde de Pernambuco. Lá pelas tantas, em tom de brincadeira, a psiquiatra pernambucana alfineta: a única coisa que não gostava em nós, ativistas envolvidos na construção e no desenvolvimento de estratégias e políticas de RD no Brasil, era o fato de que nos considerávamos como os grandes responsáveis por todos os frágeis e importantes avanços no sentido de impor o respeito à cidadania e aos Direitos Humanos de pessoas que usam álcool e outras drogas, na sua relação com técnicas de tratamento e políticas públicas de cuidado em saúde, no Brasil. Anna Simões discordava, afirmando a existência de uma militância em torno destas questões, desde antes de 1989, ano em que a cidade de Santos deflagra o debate sobre RD, no Brasil.

Como se costuma dizer nestes casos, "o chapéu serviu". De fato, era esta a minha percepção, embasada muito mais em minha vivência pessoal[3] do que em estudos sistemáticos sobre o campo constituído em torno do cuidado em saúde para esta população específica. Tais estudos, aliás, sequer existiam, e os relatos sobre eventuais lutas habitavam, não as páginas de livros ou artigos[4], mas as conversas informais realizadas durante os intervalos de seminários, simpósios, colóquios, conferências. E era por conta destas conversas de corredores que eu sustentava a perspectiva de que as ideias e práticas de RD haviam inspirado a constituição de movimentos alternativos no cenário reflexivo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Uma espécie de *fiat lux* das controvérsias, das lutas éticas, estéticas e políticas no campo. Ou – por que não dizer? – a própria constituição de um campo, no sentido de Bourdieu.

[3] Voltarei a este ponto no subcapítulo 1.2, "Análise de implicação".

[4] Convém registrar uma louvável exceção: a pesquisa de mestrado de Maurício Fiore, que resultou no livro "Uso de 'drogas': controvérsias médicas e debate público" (2007), ao qual retornarei em diversos momentos desta tese.

Mas Anna Simões dizia mais. Não foi com RD brasileira que emergiram as primeiras vozes alternativas ao modelo manicomial, à abstinência como caminho único, ao modelo moral das Comunidades Terapêuticas (CT's). Nem mesmo as críticas à criminalização do uso de determinadas combinações de moléculas, dentro do campo da saúde, teriam nascido no movimento brasileiro de RD, constituído no seio da resposta brasileira à epidemia de Aids. Não havia tempo para prosseguir a conversa, tampouco para formular perguntas que permitiriam entender melhor o que estava sendo dito; por outro lado, não faltava espaço interno para acolher aquelas informações, nem desejo para investigar o tema. Aquela conversa ficaria guardada em minha memória por alguns anos, antes de transformar-se no *leitmotiv* desta tese.

• • •

São temas desta tese o poder, o saber, o discurso e a verdade. E a luta.

Em sua dissertação de mestrado, Rodrigo Vaz define RD como dispositivo e paradigma (VAZ, 2015, p. 33), afirmando-a como uma "[...] máquina revolucionária produtora de linhas de fuga ativas e positivas que resistem ao fascismo do poder" (Idem, p. 37); como "[...] resultado da experimentação comum de coletivos e movimentos sociais em constante tensão e disputa com o aparelho de Estado" (Ibidem, p. 37); e junto com Rafael Dias (2013), como "[...] linha transversal aliada a uma experimentação de cuidado que tensiona a linha dura da política e da lógica de guerra às drogas" (Ibidem, p. 36-37). Ou como um "saber nômade" que...

> [...] não se interessa por águas empoçadas, mas está atenta ao que é perigoso, doses de prudência. Batalhas diárias, máquina de guerra experimentando outras práticas, provocando transformações cotidianas atentas aos cuidados de si. (VAZ, 2015, p. 41)

Em artigo publicado na Revista Ciência & Saúde Coletiva, Ronaldo Laranjeira critica àqueles a quem chama de "legalizadores progressivos", para os quais a RD poderia ser considerada como "[...] uma forma de cuidado com o usuário" (LARANJEIRA, 2010, p. 628). Afirma que a RD "[...] representa uma mala eclética cheia de propostas políticas" (Idem, p. 628), e que os favoráveis a tal perspectiva "[...] ressaltam abertamente a tolerância com os usuários, o que se transforma numa descriminalização de fato" (Ibidem, p. 628). E vaticina:

> É preciso tornar muito claro que o objetivo geral de uma política de redução de danos deveria ser a redução total do uso de drogas. Para isso, precisamos distinguir entre os planos micro e macro. De forma esquemática, temos a equação: dano total das drogas = média de dano por usuário x uso total. Em relação ao uso total, temos o número de usuários e a quantidade que cada um usa. A média de dano por usuário tem dois vetores, o dano causado a si próprio e o dano causado a outros. (LARANJEIRA, 2010, p. 628)

Nas primeiras páginas de "O nascimento da clínica", Foucault também justapõe dois relatos distintos, até mesmo conflituosos: o primeiro, um caso de histeria em meados do século XVIII, tratado com banhos ao longo de 10 meses, após os quais o condutor dos trabalhos viu "[...] porções membranosas semelhantes a pedaços de pergaminho molhado [...] se desprenderem com pequenas dores e diariamente saírem na urina [...]" (FOUCAULT, 2006a, p. V); o segundo, do final do século XIX, conduz o leitor por meio de uma minuciosa descrição do visível na observação de "falsas membranas" que envolvem o encéfalo de uma pessoa acometida pela meningite, "[...] tão tênues que poderiam ser comparadas a uma teia de aranha" (Idem, p. VI).

Com estes dois fragmentos, Foucault inicia sua problematização em torno de uma espécie de reinvenção do olhar e da linguagem no trabalho médico, que se deu justamente nesta passagem de menos de cem anos entre um texto e outro, entre um século e outro. Deslocamentos do visível e do dizível, transformações nas relações entre coisas e palavras; é o nascimento da clínica como "[...] uma reorganização em profundidade não só dos conhecimentos médicos, mas da própria possibilidade de um discurso sobre a doença" (FOUCAULT, 2006a, p. XVI).

Ao compartilhar dois fragmentos de textos que expressam duas diferentes visões sobre a RD, no entanto, eu não busco apresentar elementos de uma transformação estrutural nos modos de ver e falar dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (até mesmo porque os dois textos são praticamente contemporâneos). Ainda que tenha me valido de um recurso narrativo análogo ao de Foucault, meu objetivo é outro: exemplificar o quadro de lutas na superfície do discurso que se constitui em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Lutas, aliás, que não se restringem às concepções sobre RD; os fragmentos escolhidos poderiam falar de internação compulsória, da melhor abordagem psicoterápica, da abstinência, do impacto da legislação sobre drogas na Saúde Coletiva...

Mas... Teriam as lutas se iniciado em algum momento específico? Ao percorrer a superfície do discurso sobre as técnicas e as políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil, seria possível encontrar "vestígios arqueológicos" de outras guerras? A RD poderia ser considerada como o pomo da discórdia, como a espada que separa pais e filhos? Seria apenas uma nova modulação, em uma guerra que sempre existiu? Ou ainda uma terceira possibilidade, em que a RD não é nem início, nem mero fato novo em disputa, mas um acontecimento que intensificou divisões e diferenças, radicalizando o campo das drogas em um "campo de batalhas"?

• • •

Passaram-se dois anos entre a conversa com Anna Simões e minha entrada no doutorado em Ciências Sociais na UFJF, sob orientação do Prof. Dr. Paulo Cesar Pontes Fraga. Inicialmente, desejava seguir o fio de questões investigadas em meu mestrado, realizado no PPG em Educação da UFPB, pesquisando o lugar do discurso midiático na produção do "assassínio indireto" de pessoas envolvidas com drogas (FOUCAULT, 1999, p. 306). Num segundo momento, imaginei uma análise comparativa das diferenças entre Brasil e Portugal, no trato institucional de pessoas flagradas portando drogas consideradas ilícitas. Um pouco mais adiante, quis desvelar as formas de organização, o projeto e as articulações políticas das lideranças e entidades envolvidas na defesa das CT's. Por fim, também desejei abordar as violações de direitos em serviços de saúde, entrevistando pessoas que usam drogas que fugiram de instituições especializadas de tratamento.

Todos estes temas foram ponderados antes que eu finalmente me decidisse pelo projeto que começo a apresentar. No caso dos dois últimos, cheguei inclusive a realizar algumas entrevistas e atividades de campo, que de alguma maneira compõem a investigação que terminei levando a cabo. E para além das questões mais diretamente relacionadas aos temas de pesquisa, houve também uma série de questões pessoais que dificultaram o trabalho, como a mudança da Paraíba para o Rio de Janeiro e as incontáveis mudanças de endereço, antes que uma estabilidade mínima fosse conquistada, permitindo o mergulho necessário a um doutorado.

Definidos tema e objeto, questões pessoais minimamente equacionadas, era hora de por mãos a obra. Como atacar o problema? Não via a possibilidade de uma abordagem teórico-metodológica fechada, estrita, mas a definição de instrumentos variados que permitissem fazer ver um tema que eu apenas imaginava. Suspeitava que Anna Simões estivesse certa. Como ter certeza? Que abordagens me permitiriam levantar polêmicas, lutas e controvérsias em um campo tão recente, tão frágil, tão atravessado por problemas e discursividades que ultrapassam os temários sanitário e *psi*?

O caminho se fez no caminhar, de modo artesanal, e com o auxílio luxuoso de algumas indicações teórico-metodológicas de Michel Foucault, Pierre Bourdieu e Baruch de Spinoza. Uma parte de minhas perguntas poderia ser respondida por pessoas que atuam no campo dos cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas desde antes de 1989, e isto foi feito. Realizei 23 longas entrevistas, com pessoas que não apenas atuam no campo, como ajudaram a construí-lo. Referências éticas, técnicas, teóricas, políticas e bibliográficas, que participaram ativamente dos debates que consolidaram um cenário de lutas e controvérsias, a partir de diferentes posicionamentos. Foram entrevistados profissionais de saúde, lideranças e pesquisadores, mas também houve espaço para pessoas que usam drogas submetidas a tratamento e com importante atuação política na área, e para pessoas com formação na área do direito que estiveram próximos das disputas em torno da implantação de ações de RD no Brasil.

Graças à generosidade destas pessoas, que amorosamente ofereceram suas memórias em entrevistas que chegaram a durar mais de três horas, foi possível cobrir um período de debates de mais de trinta anos. Mas isto ainda não era o suficiente. Como explorar eventuais controvérsias anteriores aos anos 70? Teriam efetivamente existido? Para tanto, persegui livros e artigos de autores que dedicaram suas vidas ao tema das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. Com isto, consegui estender o espectro de problematização para cerca de cem anos, do início do século XX ao início do século XXI.

O capítulo 1 inicia com uma análise de implicação, como preconizada pelos analistas institucionais, articulando elementos de uma apresentação pessoal a uma problematização ético-política. Algo que não se esgota nos meros e eventuais conflitos de interesses, que estão – sempre! – para muito além daquilo que possa ser resolvido com uma simples declaração formal de isenção do recebimento de recursos.

Ainda no capítulo 1, há um bloco curto em que sinteticamente apresento o tema, os objetivos e minhas hipóteses. Especificamente neste ponto, a escrita concisa oculta todo o processo vivido para desembocar nas assertivas enxutas, que foram se modificando ao longo do caminho – o que não deixa de compor o método desta pesquisa.

O capítulo 2, dedicado às questões teórico-metodológicas do projeto, abre com a discussão dos principais conceitos operados ao longo de todo o trabalho de análise e escrita da tese. Num segundo momento, também discuto os aspectos metodológicos da investigação, que teve como elementos centrais a análise de discurso, as entrevistas, e a escrita propriamente dita, tomada não apenas como mero registro e apresentação, mas como parte do processo de construção do conhecimento.

O capítulo 3 traz a análise do discurso sobre as técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, entre 1914 e 1990. Foi considerada a literatura não apenas de autores brasileiros, mas também de outros países, atendendo o critério de que tenham sido publicados no Brasil, que tenham tido alguma relevância em sua época, ou que possam ser considerados representativos de uma determinada discursividade em um dado momento histórico.

O capítulo 4 debruça-se sobre as entrevistas. Foram 23 ao todo, feitas com pessoas que ajudaram a contar um pouco da história da constituição de um campo de lutas e de força constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, entre os anos de 1970 e 2000. São psiquiatras, psicólogas, assistentes sociais, advogados e psicanalistas, além de duas pessoas que passaram por serviços especializados no tratamento dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas durante os anos 80 e 90, que ajudam a descrever o cenário de lutas em torno do tema no período.

O capítulo 5 retoma os objetivos e as hipóteses apresentadas, e traz algumas considerações finais. Finais? Nunca o são, sabe-se bem... “Algumas precárias e passageiras conclusões”, talvez fosse o título mais preciso deste impreciso fragmento de tese. Ainda assim, este balanço final, a guisa de fechamento, possui o valor de situar a reflexão no final deste verdadeiro rito de passagem que é um doutorado...

1.2 ANÁLISE DE IMPLICAÇÃO

> Quanto mais a gente se expõe, mais possibilidades existem de tirar proveito da discussão e, estou certo, mais benevolentes serão as críticas ou os conselhos (a melhor maneira de "liquidar" os erros – e os receios que muitas vezes os ocasionam – seria podermos rir-nos deles, todos ao mesmo tempo). (BOURDIEU, 2006b, p. 19)

Ao iniciar, julgo pertinente descrever um pouco de minha trajetória pessoal, profissional e acadêmica. Não que considere minha vida interessante o suficiente para justificar um empreendimento autobiográfico, mas por concordar com Pierre Bourdieu ao falar sobre a especial capacidade que Aaron Cicourel tinha para "[...] por às estatísticas da delinquência questões que nenhum preceito metodológico teria podido gerar", justamente pelo fato de aliar "[...] um bom conhecimento estatístico" a toda uma história de convivência com os ditos "delinquentes". (BOURDIEU, 2006b, p. 46). É que para Bourdieu, o pesquisador deveria reunir, a um só tempo, o conhecimento teórico-metodológico e uma "[...] formidável atitude crítica, uma tendência para por em causa esses instrumentos". E arremata:

> […] a situação mais favorável é a das pessoas que reúnem uma cultura douta e uma certa revolta contra essa cultura – ligada, a maior parte das vezes, a uma experiência estranha ao universo culto, que faz com que não se deixem enganar – ou, muito simplesmente, uma forma de resistência perante a representação assepsiada e des-realizada do mundo social proposta pelo discurso socialmente dominante em sociologia. (BOURDIEU, 2006b, p. 45-46)

Reporto-me às palavras de Bourdieu para justificar o caminho que seguirei nesta apresentação inicial. Ocorre que minha trajetória explica, de diversas maneiras, meu encontro com o tema desta pesquisa, posicionando "o lugar de onde falo" para além das opções teóricas. Uma "análise de implicação", na acepção de René Lourau, referência na escola que ficou conhecida como "análise institucional", em contraposição às declarações de conflito de interesse, muito mais em voga na produção científica:

> Estar implicado (realizar ou aceitar a análise de minhas próprias implicações) é, ao fim de tudo, admitir que eu sou objetivado por aquilo que pretendo objetivar: fenômenos, acontecimentos, grupos, ideias, etc. Com o saber científico anulo o saber das mulheres, das crianças e dos loucos - o saber social, cada vez mais reprimido como culpado e inferior. O intelectual [...] com sua linguagem de sábio, com a manipulação ou o consumo ostensivo do discurso instituído e o jogo das interpretações múltiplas, dos "pontos de vista" e "níveis de análise", esconde-se atrás da cortina das mediações que se interpõem entre a realidade política e ele. (LOURAU, 1975, pp. 88-89)

Ao longo de minha vida, foram muitos os encontros com a temática das drogas. Prazeres, dores, ressacas. Amizades, mortes. Múltiplos usos de diferentes substâncias. Preconceito e apologia, policiais e psiquiatras. Ignorâncias doutas e do senso comum. Medos: das experimentações, da polícia, dos meus pais. Medo de ser descoberto, de ser incompreendido, de ser diagnosticado como "dependente químico", e de ser submetido a um tipo de tratamento de saúde que flerta com o castigo, com a violência, com a perda da liberdade. De ser carimbado e estigmatizado. De sofrer.

Foram três internações. A primeira ocorreu em 1989, aos 17 anos, em uma clínica especializada, onde permaneci menos de 24 horas, pois meus pais não demoraram em levantar informações sobre a má fama da instituição. Dali eu fui levado diretamente a uma enfermaria especializada situada em um grande hospital privado de Porto Alegre. À época, eu não poderia em hipótese alguma ser diagnosticado como dependente químico; não passava de um reles usuário eventual de maconha, com curiosidade para experimentar outras substâncias, quando aparecessem. No entanto, não demorei muito a perceber que bater nesta tecla poderia me expor ao risco de ser considerado um paciente "resistente ao tratamento", o que me fez optar por outra discursividade: disse que usava apenas maconha, mas que desejava parar e tinha grandes dificuldades para efetivar tal intento. A estratégia funcionou: considerado um paciente com boa adesão, fiquei apenas trinta dias, quando o tempo médio de internação girava em torno de seis meses.

A segunda internação ocorreu em 1999, em uma CT de orientação católica. Desta feita, não havia de minha parte nenhum esforço em resistir ao tratamento ou manifestar falsa concordância, pois sentia realmente a necessidade de parar com o uso abusivo de cocaína e álcool que tinha iniciado após o primeiro tratamento, e que foi se desenvolvendo ao longo de dez anos. Numa época em que as possibilidades de restringiam-se a clínicas particulares, manicômios públicos ou privados e instituições religiosas, as CT's realmente pareciam-me a melhor opção.

Hoje, compartilho da suspeita expressa por uma das pessoas que entrevistei durante as pesquisas para esta tese: eu teria desenvolvido problemas relacionados ao uso de álcool e cocaína, se aquela primeira internação não tivesse acontecido? Quais os efeitos da internação em uma clínica especializada na cabeça de um adolescente em pleno processo de desenvolvimento identitário? Até que ponto aquele não foi um ponto de partida para uma "carreira", no sentido de Erwing Goffmann (1988, p. 32-40)?

Carreiras à parte, os anos entre a primeira e a segunda internação não foram feitos apenas de drogas. Houve a arte (sobretudo música e teatro), houve a militância política, o envolvimento com o movimento comunitário e com o ativismo cultural. Mesmo as noites com álcool e cocaína foram fartamente regadas com conversas inteligentes, em discussões filosóficas intermináveis, ainda que distantes da academia. Afinal, se eu havia abandonado os estudos formais antes mesmo de concluir o ensino fundamental, isto não significa que tenha abdicado da busca por algum "desenvolvimento intelectual" (seja lá o que isto quer dizer). A filiação ao Partido Comunista Brasileiro (realizada logo após a alta da primeira internação, durante a corrida presidencial de 1989), e depois ao PT, garantiu uma incerta formação marxista, e o envolvimento com as artes, uma razoável reflexão estética.

O segundo tratamento ensejou um movimento de ressignificação destas vivências, instigando um olhar politizado para o tema das drogas, bem como o desejo de retomar os estudos formais. As ciências sociais apresentavam-se como opção preferencial, pois eu intuía que os instrumentais teórico-metodológicos da antropologia e da sociologia poderiam oferecer uma base conceitual que me permitiria contribuir de maneira diferenciada nos debates sobre drogas, tão solidamente sustentados nas ciências *psi*. Foram necessárias doses razoáveis de paciência e persistência para conclusão dos ensinos fundamental e médio, pré-requisitos básicos para inscrição no concurso vestibular.

Ao mesmo tempo, iniciei também minha trajetória profissional no campo das drogas. Meu primeiro emprego na área foi em Porto Alegre, como monitor na casa de triagem de uma instituição católica, onde atuava no trato com os familiares de pessoas em tratamento, bem como de pessoas que usam drogas em seus momentos iniciais, antes de serem conduzidos à CT propriamente dita. E via aumentar meu desconforto diante de alguns aspectos daquela modalidade de tratamento, que se chocavam com concepções muito caras a mim, apreendidas ao longo dos anos de militância política comprometida com princípios de Direitos Humanos. Não obstante, ainda não conhecia nenhuma abordagem diante da qual me sentisse mais contemplado em meus anseios; este desconhecimento, aliado à ausência de escolaridade e de outras experiências profissionais, sustentava minha permanência naquele tipo de instituição de tratamento para pessoas que usam álcool e outras drogas.

Em 2002, a participação em um curso de extensão para educadores sociais, realizado pela Faculdade de Educação da UFRGS, permitiu aproximar-me de outras possibilidades profissionais, trocando o emprego de monitor na CT pelo trabalho de educador no Instituto Leonardo Murialdo. A instituição, ligada à ordem dos murialdinos, possuía tradição na formação profissional de adolescentes e jovens adultos em uma das regiões mais empobrecidas da capital dos gaúchos. Instigado a construir algum tipo de trabalho voltado à prevenção do uso problemático de drogas, iniciei um mapeamento das ações já realizadas na comunidade.

Foi assim que tive meu primeiro contato com a RD. No mapeamento, fui informado pela coordenadora da uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que o Programa de Redução de Danos (PRD), ligado à Política Municipal de DST/Aids da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, realizava ações na comunidade em que eu trabalhava como educador, pelo menos uma noite por semana. Curioso, quis saber qual o teor destas ações; busquei contato, e ofereci-me para acompanhar os redutores de danos em uma de suas visitas ao Morro da Cruz.

Tal decisão permitiu ver de perto como era este trabalho, que envolvia não apenas a disponibilização de seringas limpas para pessoas que usavam drogas injetáveis como estratégia de prevenção da Aids e outras doenças de infecção sanguínea, como uma série de outras ações de promoção de saúde. Tudo ali parecia responder a desejos que nutria desde o momento em que decidi dedicar-me ao trabalho com pessoas que usam álcool e outras drogas: a realização de ações de base territorial, nos locais e horários em que o público alvo se reunia para o uso de drogas, contemplando princípios de Direitos Humanos, e com o uso de técnicas de abordagem que lembravam em muito o fazer pedagógico inspirado nas ideias de Paulo Freire.

Parecia ter finalmente encontrado um trabalho especificamente voltado a pessoas que usam álcool e outras drogas que guardava fortes afinidades com tudo o que me era caro em termos éticos e estéticos. Nada dos princípios religiosos das CT's, os quais eu sempre precisei interpretar ampliativamente para acomodar alguns sérios desconfortos. A ideia de interpelar pessoas que usam drogas em seus territórios, a partir de seus desejos e possibilidades, sem exigir abstinência, apresentava-se para mim como uma prática fértil a aberta. Quando o PRD abriu um processo seletivo para contratação de dois novos redutores de danos, ofereci-me; em novembro de 2003, fui incorporado à equipe.

Minha entrada no curso de Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio Grande do Sul deu-se em 2004, quando tinha 33 anos. Foram anos de bons encontros com colegas, autores e professores: Foucault, Bourdieu, Geertz, Rabinow, os interacionistas (sobretudo Goffmann e Becker), apresentados por professores como Cornélia Eckert, Caleb Farias, José Carlos dos Anjos, além do período como bolsista da professora Nádia Geisa da Silveira de Souza, da Faculdade de Educação. Aliás, Nádia e José Carlos foram determinantes em meu aprofundamento nas leituras de Foucault.

Para além do inscrito nas ementas das disciplinas do curso de Ciências Sociais, os anos de graduação também foram anos de encontros com referências do movimento e do pensamento sanitarista brasileiro, com a militância no campo da saúde, e de aproximação com os territórios da antropologia/sociologia da saúde. Ao longo do curso, cada encomenda de trabalhos de fim de semestre proporcionava a escrita sobre questões referentes às drogas e à Saúde Coletiva, e o ensaio de diferentes abordagens e aproximações com as áreas. Ao final daqueles quatro anos, optei por um TCC sobre a precarização do trabalho em saúde, a partir do caso dos redutores de danos.

Meu mestrado foi realizado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal da Paraíba, conhecido nacional e internacionalmente como um programa em que os estudos sobre a Educação Popular ocupam lugar de destaque. Buscava aproximação com o professor Eymard Vasconcelos, referência no campo da Saúde Coletiva, com ênfase nos estudos sobre Educação Popular aplicada ao trabalho em saúde. Minha ideia inicial era investigar a potência das ideias de Paulo Freire no cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Poucas semanas depois das aulas terem iniciado, entretanto, senti-me interpelado por outro tema: as campanhas de prevenção ao uso de crack. Acabei trocando de orientador e aproximando-me do professor Erenildo João Carlos, foucaultiano especialista em pesquisas sobre o uso de imagens na educação, que me orientou na empreitada.

Concluído o mestrado, reaproximei-me das Ciências Sociais. Desejava encontrar um orientador que tivesse as drogas como tema de pesquisa, a partir de instrumentais teórico-metodológicos da Sociologia. Já conhecia e admirava o trabalho do professor Paulo César Pontes Fraga, e mesmo que não tivesse interesse em pesquisar as mesmas questões que o mobilizam (o plantio de ilícitos no nordeste brasileiro, em um contexto de guerra às drogas), tinha certeza de que tê-lo como orientador garantiria um diálogo fértil e produtivo.

Expor tal trajetória explica implicações? Talvez não: esforço insuficiente e por demais subjetivo. Mas talvez sim: implicado até as vísceras, engendrado na narrativa que acabei de partilhar, posiciono-me, elejo temas e construo objetos. Donna Haraway (1995, p. 25) pergunta: “com o sangue de quem foram feitos os meus olhos?”. Gostaria de dizer que os meus são feitos do sangue das minorias: das mulheres, mesmo sendo homem; dos negros, mesmo sendo branco; dos jovens, mesmo sendo adulto; dos homens e mulheres que vivem e fruem relações homoafetivas, mesmo sendo heterossexual; dos loucos, mesmo gozando de relativa saúde mental. Mas, poderia eu me afirmar nesses devires? Discussão quente, que abro e não resolvo. Antes afirmo, ainda que precariamente, minha inarredável implicação como pessoa que usa drogas, frente a uma ciência e a um conjunto de políticas públicas que me sujeita na condição de objeto. Aí, criticamente, implico-me.

1.3 TEMA DESTA PESQUISA

A constituição de um campo de lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil.

1.4 OBJETIVO GERAL

Identificar as controvérsias, os discursos e os acontecimentos que determinaram os contornos e a constituição de um campo de lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil.

1.4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Mapear e analisar as controvérsias a respeito das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, ao longo do século XX;

- Investigar o lugar da Redução de Danos na formação de um campo de lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, na passagem dos séculos XX e XXI.

1.5 HIPÓTESES

- A Redução de Danos foi um acontecimento diferenciado e determinante na formação de um campo e lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil;

- A Redução de Danos foi um acontecimento diferenciado, que determinou transformações radicais em um já existente campo de lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil;

- A Redução de Danos foi apenas mais um entre outros acontecimentos relevantes à formação de um campo de lutas e de forças em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil.

CAPÍTULO 2

APRESENTANDO OS INSTRUMENTOS

2.1 FOUCAULT, BOURDIEU, SPINOZA E OUTROS INTERCESSORES

Não me senti solitário ao longo dos quatro anos investidos no trabalho do qual esta tese é simultaneamente parte e resultado.

Sim, eu sei que um parágrafo tão curto, composto de apenas uma frase - articulada em torno de um sujeito precariamente oculto, incapaz de esconder a pessoalidade da oração - não é um modo convencional de iniciar a necessária reflexão teórico-conceitual que deve acompanhar qualquer escrito acadêmico no campo das Ciências Sociais. Não obstante, ela permite um duplo movimento: por um lado, abordar rapidamente da partilha com amigas e amigos que pesquisam não apenas um sem número de questões relacionadas às drogas, como uma série de outras que nada têm a ver com o tema (o que não diminuiu em nada a relevância de suas contribuições para a definição dos caminhos de pesquisa); por outro, permite falar dos autores com quem estabeleci diálogo ao longo de toda a investigação. Dos primeiros, direi apenas da minha gratidão, e que muitos estão citados nas referências bibliográficas; dos segundos, aos quais sou igualmente agradecido, direi um pouco mais.

De Bourdieu, nunca vi uma única linha sobre qualquer questão relacionada às drogas. Foucault, por outro lado, atacou o tema de modo direto pelo menos algumas vezes. Encontramos uma referência no curso “Nascimento da biopolítica”, quando a proibição é discutida como exemplo de um tipo de economia da criminalidade que se expressa em dispositivos que não resultam na disciplinarização dos sujeitos, mas na regulação de cenários (FOUCAULT, 2008a, p. 352). A repressão aos produtores diminuiu a concorrência, favorecendo o monopólio da produção e encarecendo o produto final ao consumidor (Idem, p. 352). A ineficiência desta abordagem estaria no fato de que há dois tipos de consumidores de drogas: os usuários eventuais, sensíveis aos aumentos de preço; os usuários dependentes, que não deixam de adquirir drogas, independente dos custos (Ibidem, p. 352-353). Foucault descreve uma resposta liberal para o problema, expressa na ideia de que o mercado da droga, se legalizado, poderia exercer uma dupla política de preços: custos elevados para os usuários eventuais, e custos reduzidos para os dependentes (Ibidem, p. 353).

Outra referência explícita ao tema das drogas aparece em uma entrevista concedida a Bob Gallagher e Alexander Wilso em 1984. Ao discutir a questão do prazer, Foucault (2004a, p. 264) diz-se frustrado em ver esta discussão “[...] exclusivamente em termos de liberdade ou de proibição”, e afirma “[...] que as drogas deveriam tornar-se

elemento de nossa cultura" (Idem, p. 265), enquanto "fonte de prazer" (Ibidem, p. 265). As drogas são inscritas num conjunto de reflexões sobre o prazer, e não sobre o desejo; a criação de novos prazeres permitiria (mas não garantiria) o surgimento do desejo:

> Devemos estudar as drogas. Devemos experimentar as drogas. Devemos fabricar boas drogas – suscetíveis de produzir um prazer muito intenso. O puritanismo, que coloca o problema das drogas – um puritanismo que implica que se deve estar contra ou favor – é uma atitude equivocada. As drogas já fazem parte de nossa cultura. Da mesma forma que há boa música e má música, há boas e más drogas. E, então, da mesma forma que não podemos dizer que somos "contra" a música, não podemos dizer que somos "contra" as drogas. (FOUCAULT, 2004a, p. 265)

Em outra entrevista, o tema emerge em uma discussão sobre a gestão territorial dos ilegalismos, articulada às teses sobre o poder positivo. Para o autor, a lei não teria o objetivo de impedir determinados comportamentos, "[...] mas para diferenciar as maneiras de burlar a própria lei" (POL-DROIT, 2006, p. 50). O olhar direcionado não para possíveis estruturas ideológicas que determinariam a vida em suas filigranas mais sutis, mas para as práticas mais ordinárias e cotidianas. A guerra às drogas, não em seus acordos e tratados, mas em seus efeitos. Uma microfísica do poder expressa nos territórios, não importando se estados-nação ou os mais infinitesimais:

> Desde os acordos Estados Unidos-Turquia sobre as bases militares (ligados, em parte, à autorização para o cultivo de ópio) até o esquadrinhamento policial da Rua Saint-André-des-Arts, o tráfico de drogas se desdobra numa espécie de tabuleiro de xadrez, com casas controladas e casas livres, casas proibidas e casas toleradas, casas permitidas a uns, proibidas a outros. Somente os pequenos peões são colocados e mantidos nas casas perigosas. Para os grandes lucros, a via está livre. (POL-DROIT, 2006, p. 51)

Seria possível citar ainda outra passagem, esta com um pouco mais de fôlego, em que o autor problematiza questões relacionadas ao uso de substâncias psicoativas em uma passagem de seu curso sobre o poder psiquiátrico. Não estou me referindo aos medicamentos psiquiátricos, contemplados com inúmeras referências, mas de drogas na acepção forte do termo. Segundo Foucault, no fim do século XVIII têm início práticas de utilização do ópio como estratégia para delimitar as fronteiras entre loucura e simulação de loucura (FOUCAULT, 2006b, p. 360). Mas a partir dos estudos de Moreau de Tours em 1845, comparando os efeitos do haxixe à loucura, ocorre o "[...] confisco psiquiátrico dos efeitos da droga no interior do sistema da doença mental" (Idem, p. 361). Sobre isto, o próprio Foucault afirma:

> Creio que este confisco psiquiátrico da droga no interior do sistema da doença mental levanta um problema importante, mas para dizer a verdade creio que seria preciso analisá-lo muito mais no interior de uma história da droga do que no interior de uma história da doença mental. (FOUCAULT, 2006b, 361-362)

Foucault chama atenção para o fato de que as experiências de Moreau de Tours realizam-se na mesma época em que Claude Bernard está envolvido em sua fisiologia experimental. Enquanto Pinel e Esquirol investigavam qual teria sido a faculdade mental lesada nesta ou naquela doença mental, a ideia que emerge nos experimentos com o haxixe é a de que existiria apenas uma loucura, dividida em fases, e que seria possível acompanhar a história natural da loucura em sua sequência, em suas etapas (FOUCAULT, 2006b, p. 362). A droga permitiria "[...] reproduzir, identificar, reconstituir, atualizar na verdade, esse 'fundo' essencial de toda loucura" em qualquer pessoa, dando ao médico "[...] a possibilidade de se comunicar diretamente com a loucura por outra coisa que não a observação exterior dos sintomas visíveis" (Idem, p. 363). O psiquiatra encontra, em seu próprio corpo, em sua própria experiência subjetiva, algo de que até então não dispunha: um análogo do corpo orgânico disponível ao anatomopatologista (Ibidem, p. 364). O haxixe, portanto, permitirá a produção de condições de emergência de uma psiquiatria absolutamente nova, compreensiva, que tomará o sonho como solo originário de toda loucura (Ibidem, 364-365).

Mas, para além do uso de haxixe por psiquiatras, dos exemplos em sala de aula e das falas fugidias em algumas entrevistas, convém mencionar as experiências do autor com o próprio uso de substâncias – mesmo que trazer a vida pessoal de um autor que recusava fazer o mesmo com os criadores das obras que ele analisava, e que dizia que "[...] o material que temos a tratar [...] é uma população de acontecimentos no interior do discurso geral" (FOUCAULT, 2005a, p. 30), soe como uma forma de traição. O livro autobiográfico de Mathieu Lindon (2014) descreve detalhes dos usos de drogas na casa de Foucault, regadas a ópio e LSD, sexo e Mahler. Um Foucault coerentemente envolvido com a já mencionada "criação de novos prazeres", a defender, em ato, que as vidas sejam elevadas a condição de "artes da existência", que...

> [...] devem ser entendidas como práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transforma-se. Modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo. (FOUCAULT, 2004c, p. 199)

Estamos em pleno momento da produção foucaultiana marcado pelo interesse naquilo que ficou conhecido como “estética da existência”. O “terceiro Foucault”, como muitos gostam de classificar. Haveria dois outros: um primeiro, dedicado à arqueologia dos discursos, e um segundo, envolvido com a genealogia do poder. Momentos na trajetória de um autor? Prefiro vê-los como procedimentos complementares: arqueologia como método; genealogia como análise; estética como posicionamento ético-político frente ao poder como concebido pelo próprio autor.

Em duas das quatro passagens apresentadas até aqui (defesa do uso de drogas como caminho para um prazer muito intenso; acolhimento de pessoas interessadas nestas experiências), percebo esta mirada para a vida como obra de arte. Urge, portanto, afirmar minha opção foucaultiana não se justifica por algumas rápidas e específicas piscadelas para o tema das drogas. Se escolho partir destes ditos e escritos, é por um movimento semelhante àquele observado durante a descrição do quadro “Las Meninas”, de Velásquez, quando Foucault explicita seu conhecimento a respeito dos nomes e lugares sociais de cada um dos personagens em tela, para logo em seguida afirmar que “[...] é preciso, pois, fingir não saber quem se refletirá no fundo do espelho e interrogar esse reflexo no nível da sua existência” (FOUCAULT, 2002a, p. 12). De modo análogo, parto das raras incursões do autor sobre o tema, sobretudo como estratégia narrativa que me permite deixar claro o conhecimento destas passagens, ao mesmo tempo em que afirmo sua irrelevância para este trabalho. Não interessam aqui – ou interessam muito pouco – as fofocas acerca dos usos de drogas de Foucault e seus amigos, tampouco suas reflexões sobre a estética da existência, e nem mesmo sua referência à criminalização de algumas drogas como exemplo de gestão dos ilegalismos. Interessam - isto sim! - uma série de conceitos, técnicas e procedimentos foucaultianos. Interessa sua caixa de ferramentas, bem como suas recomendações com respeito a sua livre e profana utilização.

Nas próximas páginas, pretendo apresentar e discutir alguns dos conceitos elaborados e utilizados por Foucault, Bourdieu e Spinoza, invocando também pesquisadores que trilharam caminhos semelhantes aos que segui em minhas investigações, no que diz respeito à utilização de ideias dos autores para problematizar o tema das drogas. Será também um momento para articulações iniciais entre teoria e tema de pesquisa, antes da análise das entrevistas e do material bibliográfico.

2.1.1 PODER, SABER, DISCURSO E VERDADE

Um colega do curso de graduação em Ciências Sociais da UFRGS costumava dizer, ironicamente, que os discursos foucaultianos sobre o poder faziam-no lembrar o Mestre Yoda - aquele personagem da saga Guerra nas Estrelas, conhecido por frases como “que a Força esteja com você” ou “em todo lugar a Força está”. Brincadeiras à parte, o jovem graduando apontava para um desconforto real, produzido por uma analítica do poder que, mesmo no século XXI, ainda soa estranha para muitos sociólogos, sobretudo àqueles que se sentem contemplados pelo pensamento marxista (o que nem era o caso do saudoso companheiro de curso, um neopositivista convicto).

A ideia é apresentar o discurso foucaultiano segundo as regras da arqueologia, ou seja: descrever o enunciado, fazendo aparecer o discurso. Começo como o próprio Foucault fazia, expondo o conceito em seu negativo. No caso do poder, somos informados de que ele não é um conjunto de instituições, aparelhos ou modos de sujeição normativos ou violentos, nem um sistema de dominação de um grupo sobre outro; não se trata de soberania, lei ou unidade global; não é algo que se possa adquirir, arrebatar ou compartir, que se possa guardar ou deixar escapar; suas relações não se encontram acima e ao largo de quaisquer práticas (FOUCAULT, 2005c, p. 88-89).

Mas há mais. Ainda acerca do poder, Foucault dirá que ele não está submetido aos interesses de um determinado grupo ou classe social. Não há nada que escape às suas dinâmicas, tampouco existem utópicas e idílicas ilhas de liberdade. Nunca se está fora, ao mesmo tempo em que nunca se está totalmente submetido a ele (FOUCAULT, 2003a, p. 248-249). Não é onisciente nem onipotente, e ainda que possa eventualmente desdobrar-se em dispositivos que fazem ver, ouvir e falar, o poder, em sua natureza (ou ausência dela), é cego, surdo e mudo (FOUCAULT, 2003b, p. 274).

O poder não é um fluído, uma substância ou efeito disto ou daquilo; não funda a si mesmo, nem é parte de si mesmo (FOUCAULT, 2008b, p. 4). Não pode ser pensado exclusivamente a partir do conjunto de leis ou de um país qualquer, tampouco possui uma fonte ou origem em qualquer indivíduo ou grupo em defesa de seus quaisquer interesses (FOUCAULT, 2010a, p. 119). Não emana nem é imposto pela burguesia ou classe dominante ao conjunto das populações, nem mesmo sobre o proletariado (FOUCAULT, 2010b, 165-166). Por fim, não é apenas um mecanismo negativo de repressão, com a tarefa de proibir, impedir, isolar (FOUCAULT, 2002b, p. 62-63).

Mas o que é, então, o poder? Seria preciso retornar sobre as próprias pegadas, colhendo afirmativas à beira do caminho, sobre a superfície discursiva do próprio autor. Neste movimento, retorno ao escrito pelo qual iniciei esta caminhada reflexiva, e descubro que o poder, segundo Foucault, pode ser compreendido...

> [...] como a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização; o jogo que, através das lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte; os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si; enfim, as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação das leis, nas hegemonias sociais. (FOUCAULT, 2005c, 88-89)

O poder não é onisciente nem onipotente, mas onipresente, "[...] não porque englobe tudo e sim porque provém de todos os lugares" (FOUCAULT, 2005c, p. 89). A perspectiva unidirecional pode funcionar para representar uma sociedade feudal ou de castas, mas o século XVIII vê nascer um tipo de poder totalmente diferente, que se expressa no monopólio do discurso verdadeiro (FOUCAULT, 2002b, p. 63-64), e que se parece imóvel e permanente, é graças a um frágil "efeito de conjunto", nunca a uma hegemonia sólida e duradoura. Poder seria, pois, "[...] o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada" (FOUCAULT, 2005c, p. 89).

O poder não se sustenta em nenhuma "[...] oposição binária entre dominadores e dominados" (FOUCAULT, 2005c, p. 90), irradiando do alto em direção a todos os recônditos do tecido social, determinando cada pequena luta, cada minúsculo direcionamento de forças. As binariedades ocorrem, sim, mas poucas vezes; mais comum são os "[...] pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irredutíveis" (FOUCAULT, 2005c, p. 92).

> Deve-se, ao contrário, supor que as correlações de forças múltiplas que se formam e atuam nos aparelhos de produção, nas famílias, nos grupos restritos e instituições, servem de suporte a amplos efeitos de clivagem que atravessam o conjunto do corpo social. Eles formam, então, uma linha de força geral que atravessa os afrontamentos locais, e os liga entre si; evidentemente, em troca, procedem a redistribuições, alinhamentos, homogeneizações, arranjos de série, convergências desses afrontamentos locais. As grandes dominações são efeitos hegemônicos continuamente sustentados pela intensidade de todos estes afrontamentos. (FOUCAULT, 2005c, p. 90)

Em Pierre Bourdieu, o poder também é onipresente. É possível ver "[...] o poder por toda a parte, como em outros tempos não se queria reconhecê-lo nas situações em que ele entrava pelos olhos" (BOURDIEU, 2006, p. 7). Mas, enquanto Foucault mira a superfície de dispersão do discurso em sua materialidade objetiva (o enunciado), Bourdieu está de olho nas posições que os agentes e grupos de agentes ocupam em um determinado campo, onde o poder simbólico circula de modo sempre relacional:

> O poder simbólico é um poder que aquele que lhe está sujeito dá àquele que o exerce, um crédito com que ele o credita, uma *fides*, uma *autoritas*, que lhe confia pondo nele a sua confiança. É um poder que existe porque aquele que lhe está sujeito crê que ele existe. [...] O *kred*, o crédito, o carisma, esse não-sei-quê pelo qual se tem aqueles de quem isso se tem, é o produto do *credo*, da crença da obediência, que parece produzir o *credo*, a crença, a obediência. (BOURDIEU, 2006b, p. 188).

Antes de qualquer coisa, é preciso olhar com um pouco mais de atenção para este "simbólico" que adjetiva o poder em Bourdieu. Sua concepção de "símbolo" inspira-se em Durkheim, ou seja: o símbolo como fato social total, que garante a coesão (DURKHEIM, 2003, p. 3). A diferença seria muito mais de escala: enquanto o "pai da sociologia" estava preocupado com os elementos que sustentam os laços sociais em sociedades complexas, Bourdieu está mais preocupado com os campos, e nos símbolos que ali circulam e produzem sentido:

> Os símbolos são os instrumentos por excelência da "integração social": enquanto instrumentos de conhecimento e de comunicação (cf. a análise durkheimiana da festa), eles tornam possível o *consensus* acerca do sentido do mundo social que contribui fundamentalmente para a reprodução da ordem social: a integração "lógica" é a condição de integração "moral". (BOURDIEU, 2006b, p. 10)

Mas não é apenas em Durkheim: Bourdieu bebe ainda na fonte de Marx e Engles, posicionando as produções simbólicas como instrumentos de dominação, resgatando à ideologia como conceito que explica como "[...] interesses particulares tendem a apresentar-se como interesses universais" (BOURDIEU, 2006b, p. 10). E é justamente este tipo de operação que será chamado de "violência simbólica":

> A imposição da legitimidade é a forma acabada da violência simbólica, violência atenuada, que só pode ser exercida com a cumplicidade de suas vítimas e que, assim, pode dar à imposição arbitrária de necessidades arbitrárias a aparência de uma ação libertadora, invocada a partir do mais íntimo daqueles que a sofrem. (BOURDIEU, 2006a, p. 183)

Com Marx, ideologia e dominação; com Durkheim, a coesão dos laços sociais. Haveria também espaço para contribuições de Max Weber nas reflexões bourdieusianas acerca do poder? A análise weberiana do campo religioso possui um mérito, que é o do "[...] chamar atenção sobre os produtores desses produtos particulares [...] e suas *interações*" (BOURDIEU, 2007b, p. 215). Tal contribuição é fundamental para Bourdieu, não apenas no que tange à sua concepção de poder, mas também na elaboração do conceito de campo. Enquanto os marxistas tendem a "[...] omitir a existência de agentes especializados de produção" (Idem, p. 215), Weber "[...] privilegia os produtores da mensagem religiosa, os interesses específicos que os animam, as estratégias que empregam em suas lutas, como a excomunhão" (Ibidem, p. 216).

Nestas interações em um campo específico, os agentes encontram "[...] uma felicidade da ação que supera os ganhos patentes, salário, preço, recompensa, e que consiste no fato de sair da indiferença" (BOURDIEU, 2007b, p. 293). Ser respeitado no interior de um campo confere sentido à vida (Idem, p. 294), e este reconhecimento se expressa na medida dos capitais simbólicos fruídos pelos agentes; capitais cuja distribuição é extremamente desigual (Ibidem, p. 294):

> Pelo contrário, não existe pior esbulho, pior privação, talvez, do que a dos derrotados na luta simbólica pelo reconhecimento, pelo acesso a um ser social socialmente reconhecido, ou seja, em uma palavra, à humanidade. Essa luta não se reduz a um combate goffmaniano para lograr uma representação favorável de si: ela é uma concorrência em torno de um poder que só pode ser obtido junto aos outros concorrentes pelo mesmo poder, um poder sobre os outros que deriva sua existência dos outros, de seu olhar, de sua percepção e de sua apreciação [...], logo um poder sobre um desejo de poder e sobre o objeto desse desejo. (BOURDIEU, 2007b, p. 295)

Bourdieu explica que todo tipo de capital (econômico, cultural, social) tende "[...] a funcionar como capital simbólico [...] quando alcança um reconhecimento explícito ou prático" (BOURDIEU, 2007b, 296). O capital simbólico, portanto, não é um dentre outros capitais, mas "[...] aquilo em que se transforma qualquer espécie de capital quando é desconhecido enquanto capital, ou seja, enquanto força, poder ou capacidade de exploração" (Idem, p. 296). O poder está impresso no corpo, "[...] convertido em símbolo e emblema mobilizador" (Ibidem, p. 298); é, portanto, imanente, objetivo, encarnado, material, mesmo que sua percepção por parte dos agentes e grupos de agentes em um determinado campo seja transcendente, subjetiva, diáfana e etérea.

Em Foucault, também não se trata o poder como algo transcendente, único, com estruturas invariáveis. Há poderes, e devidamente adjetivados: poder psiquiátrico, poder médico, poder soberano, poder disciplinar, biopoder... Poderes que atravessam e marcam corpos, que incidem sobre eles de modos diversos, com articulações, dinâmicas e características próprias. Sobre o poder médico, Foucault diz o seguinte:

> Esta instância, inacessível, sem simetria, sem reciprocidade, que funciona assim como fonte de poder, elemento de dissimetria essencial da ordem, que faz com que essa ordem seja uma ordem sempre derivada de uma relação não recíproca de poder, pois bem, é evidentemente a instância médica que, como vocês vão ver, funciona como poder muito antes de funcionar como saber. (FOUCAULT, 2006b, p. 5)

No fragmento acima, é possível perceber a concepção foucaultiana de poder em seu sentido amplo sendo articulada às reflexões específicas sobre o poder médico. Já em outro trecho do mesmo livro, Foucault aborda as diferenças entre o poder soberano e o poder disciplinar:

> Enquanto o poder soberano se manifesta essencialmente pelos símbolos da força fulgurante do indivíduo que o detém, o poder disciplinar é um poder discreto, repartido; é um poder que funciona em rede e cuja visibilidade encontra-se tão somente na docilidade e na submissão daqueles sobre quem, em silêncio, ele se exerce. (FOUCAULT, 2006b, p. 28)

O poder psiquiátrico seria "[...] esse suplemento de poder pelo qual o real é imposto à loucura em nome de uma verdade detida de uma vez por todas por esse poder sob o nome de ciência médica, de psiquiatria" (FOUCAULT, 2006b, p. 164-165). Mas essa verdade da psiquiatria - nosológica e anatomopatológica - foi contemporânea de técnicas de tratamento que guardaram pouca ou nenhuma relação com este discurso psiquiátrico. O que curava ou deixava de curar, no fim das contas, não era o médico, mas o próprio asilo e seu funcionamento:

> É ao abrigo desses dois discursos que a prática psiquiátrica se desenvolvia, mas ela nunca se servia deles, ou só se servia por referência, por um sistema de remissões e, de certo modo, por vinculação. Nunca a prática psiquiátrica, tal como se deu no século XIX, empregou efetivamente o saber ou o quase-saber que estava se acumulando, seja na grande nosologia psiquiátrica, seja também nas pesquisas anatomopatológicas. As distribuições asilares, a maneira como os doentes eram classificados, como eram repartidos no asilo, como lhes era dado um regime, como lhes eram impostas tarefas, como se declarava que eles estavam curados ou doentes, que eram curáveis ou incuráveis, no fundo, não levavam em conta esses dois discursos. (FOUCAULT, 2006b, p. 166)

Nenhuma analítica de centros dos quais emanaria o poder, nenhum esforço em decifrar efeitos de conjunto, mas a descrição das práticas ordinárias nas extremidades capilares em que o poder se manifesta sobre os corpos, nos corpos. O que Foucault empreende é um esforço de apreensão do "[...] poder em suas formas e em suas instituições mais regionais, mais locais", com especial atenção para o ponto em que esse poder cristaliza-se "[...] em técnicas e fornece instrumentos de intervenção materiais, eventualmente até violentos" (FOUCAULT, 1999, p. 32). Isto não impede a observação de recorrências nestas práticas institucionais; tais similitudes, no entanto, não são efeitos de um centro transcendente donde se irradia o poder, mas imanentes, e que configurariam, não uma "anátomo-política do corpo humano", mas uma "biopolítica da espécie humana" (Idem, 289).

Em linhas gerais, nesta biopolítica, neste biopoder, tecnologias como a medicina, a psiquiatria, a estatística, a epidemiologia, a criminologia, a psicologia, etc., constituem-se em dispositivos de controle da vida, das populações, dos nascimentos e das mortes, das informações sobre doenças e incapacidades específicas... Desta maneira, o poder possibilita e exige a produção e análise de dados que serão matéria prima para produção de discursos com estatuto de verdade, que informam as práticas institucionais. O biopoder é, portanto...

> [...] o conjunto de mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedade ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. (FOUCAULT, 2008b, p. 3)

Mas, o que tal concepção de poder tem a ver com o tema desta pesquisa? Ocorre que para uma certa sociologia, os modos de cuidado em saúde (e isto incluiria aqueles dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas) poderiam ser considerados como parte de uma superestrutura ideológica, determinada por uma infraestrutura econômica. Um tipo de análise que "[...] explica o comportamento dos indivíduos por seus interesses materiais, sobretudo os econômicos" (LÖWY, 2006, p. 18). Algo que, segundo o próprio Michael Löwy, estaria mais para Adam Smith e a Escola Monetarista de Chicago, do que para Marx e a Escola de Frankfurt. Não obstante, esta vulgata marxista segue arrebatando muitos seguidores, não apenas nos partidos políticos, como também na academia.

Amparado nesta perspectiva, minha pesquisa não teria outro papel que não o de investigar tais interesses, expô-los, quiçá comprová-los. Uma agenda de extrema relevância, não se pode negar, já que compartilho da convicção de que tais interesses eventual e efetivamente existem, e que devem e podem ser demonstrados e denunciados. Não quero desvalorizar esta abordagem - antes o contrário! -, mas dizer que discordo da tese de que os interesses econômicos sejam capazes de explicar *tudo* o que ocorre no mundo, nas estratégias de saúde, tampouco nas políticas de drogas. Sei que pode soar incrível para alguns, até ingênuo para outros, mas tenho razões para acreditar que nem tudo passa pelo dinheiro.

Com maior profundidade, mas ainda dentro de uma mesma matriz conceitual, também seria possível posicionar as políticas, técnicas e estratégias de saúde como desdobramentos, partes e/ou efeitos de uma ideologia, na acepção clássica do próprio Marx, elaborada em *A ideologia alemã*:

> A produção das ideias, das representações, da consciência está em princípio diretamente entrelaçada com a atividade material e o intercâmbio material entre os homens, linguagem da vida real. O representar, o pensar, o intercâmbio espiritual dos homens aparece aqui ainda como direta exsudação do seu comportamento material. O mesmo se aplica a produção espiritual como ela se apresenta na linguagem política, das leis, da moral, da religião, da metafísica, etc., de um povo. [...] A consciência nunca pode ser outra coisa que não o ser consciente, e o ser dos homens é o seu processo real de vida. Se em toda a ideologia os homens e as suas relações aparecem de cabeça para baixo como numa câmera escura, é porque esse fenômeno deriva do seu processo histórico de vida da mesma maneira que a inversão dos objetos na retina deriva do seu processo diretamente física de vida (MARX & ENGELS, 2009, p. 31)

Lowy vai chamar atenção para o fato de que o conceito de ideologia, em Marx, é intrinsecamente pejorativo, pois "[...] implica ilusão, ou se refere à consciência deformada da realidade que se dá através da ideologia dominante" (LOWY, 2006, p. 12), fenômeno muito bem descrito na metáfora da câmara escura (os processos históricos determinariam uma visão invertida da realidade). Além disso, há também o esforço de Marx em virar a dialética hegeliana de cabeça para baixo: não mais a transcendência determinando a realidade objetiva, mas a materialidade histórica determinando as mentalidades e representações sociais (MARX & ENGELS, 2009, p. 21-22).

Uma crítica marxista à concepção foucaultiana de poder reside na diferença radical que os autores expressam quando às suas concepções de Estado. Armando Boito aceita o debate:

> O mais importante é que Michel Foucault não percebe que o aparelho de Estado capitalista - suas normas jurídicas e suas instituições - produz e difunde ideologia e que essa ideologia é *condição necessária* para o funcionamento dos diversos centros de poder que Foucault estudou. Tais centros, além de dependerem da ação repressiva do Estado, dependem, também, da produção ideológica do aparelho estatal. Foucault atribui aos marxistas a concepção do poder como mera proibição e repressão e, no entanto, ele próprio pensa o Estado dessa forma: como um aparelho meramente repressor. É por isso que ele localiza a função "produtiva" ou "criativa" do poder alhures. (BOITO JÚNIOR, 2007, p. 25)

A crítica de Boito pode soar precária aos leitores de obras mais tardias de Foucault, mas que se diga em favor do cientista político: no início do artigo, ele mesmo se apressa em dizer que sua crítica baseia-se em uma fase muito específica da produção foucaultiana, situada no início dos anos 70 (BOITO, 2007, p. 18). Caso incluísse entre suas obras de referência a transcrição do curso sobre o nascimento da biopolítica, o professor da UNICAMP saberia que o filósofo francês considerava o Estado não como "[...] um monstro frio", mas como simples "[...] correlato de uma certa maneira de governar" (FOUCAULT, 2008A, p. 9). Recusa, portanto, de uma teoria do Estado:

> Mas se, sem compensação, dizer "renunciar a fazer uma teoria do Estado" significa não começar por analisar em si e por si a natureza, a estrutura e as funções do Estado, se renunciar a fazer uma teoria do Estado quiser dizer não procurar deduzir, a partir do que é o Estado como uma espécie de universal político e, por extensão, o que pode ter sido o estatuto dos loucos, dos doentes, das crianças, dos delinquentes, etc., numa sociedade como a nossa, então responderei: sim, claro, a essa forma de análise estou decidido a renunciar. [...] O Estado não é nada mais que o efeito, o perfil, o recorte móvel de uma perpétua estatização, ou de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem, que fazem deslizar insidiosamente, pouco importa, as fontes de financiamento, as modalidades de investimento, os centros de decisão, as formas e os tipos de controle, as relações entre as autoridades locais, a autoridade central, etc. Em suma, o Estado não tem entranhas, como se sabe, não só pelo fato de não ter sentimentos, nem bons nem maus, mas não tem entranhas no sentido de que não tem interior. O Estado não é nada mais do que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas. (FOUCAULT, 2008a, p. 105-106)

Não se trata, portanto, do observar as práticas como efeitos do Estado, mas o contrário: o Estado como efeito de práticas de governo. Na perspectiva foucaultiana, portanto, o tema da ideologia será resolvido de modo muito distinto, sem que se recorra a uma tomada de partido entre Marx e Hegel, com a adoção de posições materialistas ou idealistas. Enquanto o Marx critica os jovens hegelianos porque estes "[...] de modo algum combatem o mundo real existente se combaterem apenas as frases deste mundo"

(MARX & ENGELS, 2009, p. 23), Foucault não aceita nem o idealismo que dirige o foco de interesse na direção da transcendência, nem a crítica marxista acerca da separação entre discurso e prática:

> O discurso, pelo menos tal como é analisado pela arqueologia, isto é, no nível de sua positividade, não é uma consciência que vem alojar seu projeto na forma externa da linguagem; não é uma língua, com um sujeito para falá-la. É uma prática que tem suas formas próprias de encadeamento e de sucesso. (FOUCAULT, 2005a, p. 191)

Nada de transcendência, ideologia ou estruturas. O foco está nas práticas. Até "A arqueologia do saber", Foucault mostra-se interessado nas *práticas discursivas*, que se constituem em "[...] um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área [...] as condições de exercício da função enunciativa" (FOUCAULT, 2005a, p. 133); a partir de "Vigiar e punir" e "História da sexualidade", a genealogia amplia o olhar, que passa a abarcar tanto as *práticas discursivas* quanto as *não discursivas* sob a noção de *dispositivo*, como no silenciamento do sexo nos colégios franceses do século XVIII:

> Visto globalmente, pode-se ter a impressão de que aí, praticamente não se fala em sexo. Entretanto, basta atentar para os dispositivos arquitetônicos, para os regulamentos de disciplina e para toda a organização interior: lá se trata continuamente do sexo. Os construtores pensaram nisso, e explicitamente. Os organizadores levaram-no em conta de modo permanente. Todos os detentores de alguma parcela de autoridade se colocam num estado de alerta perpétuo. (FOUCAULT, 2005c, p. 30)

Mas, por que enveredar para o tema do discurso, se o ponto de partida, aqui, foi o conceito foucaultiano de poder? O que ocorre é que o discurso não é pouca coisa. Ele institui. Nele, regularidades articulam-se. Ele, o discurso, é um construto complexo, externo aos sujeitos ou instituições que o sustentam, mas não àquilo que o legitima. Mas nenhuma passagem define tão bem as articulações entre discurso e poder quanto um trecho de *A ordem do discurso*:

> Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada espantoso, visto que o discurso – com a psicanálise nos mostrou – não é simplesmente aquilo que manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é objeto do desejo; e visto que – isto a história não cessa de nos ensinar – o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar. (FOUCAULT, 2005b, p. 10)

Discurso como meio e fim. Como prática. Como estratégia de luta, e como objetivo da luta. Esgrimam-se discursos na luta em torno da posse do discurso. Meio e fim. Na arqueologia, é um "[...] conjunto de enunciados que se apoia em um mesmo sistema de formação" (FOUCAULT, 2005a, p. 122); já na genealogia, o discurso é o lugar em que "[...] vêm a se articular poder e saber" (FOUCAULT, 2005c, p. 95). Pode ser tanto um dispositivo de controle, quanto uma forma de resistência:

> Não existe um discurso de poder de um lado e, em face dele, um outro contraposto. Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força; podem existir discursos diferentes e mesmo contraditórios dentro de uma mesma estratégia; podem, ao contrário, circular sem mudar de forma entre estratégias opostas. (FOUCAULT, 2005c, p. 96-97)

A proposta foucaultiana de não dicotomia entre discurso e prática permite retomar a discussão sobre o poder, especificamente no que tange à sua *positividade*. Em seus estudos sobre a história da sexualidade, Foucault nega o poder como meramente repressivo. O objeto é estratégico para tal elaboração, visto que o sexo (não seria possível dizer o mesmo da droga?) é posicionado como uma prática a ser estudada, controlada e reprimida. Para a hipótese repressiva, seria preciso eliminá-lo inclusive da fala. Silenciá-lo. Censurá-lo. Para isto, toda uma política de controle dos enunciados, de pasteurização dos discursos, e toda uma definição dos momentos e locais em que se deveria falar, bem como dos interlocutores legítimos com quem falar sobre o assunto (FOUCAULT, 2005c, p. 21-22).

Mas, por outro lado, não se pode em hipótese alguma dizer que o sexo foi apenas reprimido. Não é preciso ir muito longe para observar "[...] uma verdadeira explosão discursiva" (FOUCAULT, 2005c, p. 21). Observe-se, por exemplo, a centralidade dos temas sexuais na confissão cristã, no divã psicanalítico ou na pedagogia infantil. Uma verdadeira incitação à reflexão e à fala sobre os desejos e práticas sexuais. E insisto que o mesmo pode ser dito a respeito das drogas e seus usos; ainda que respeitando as especificidades, não seria possível, ao menos em alguns momentos do excerto abaixo, substituir "sexo" por "uso de drogas", lembrando a confissão exigida pelas autoridades policiais como mais um dos espaços do "fazer falar" sobre drogas?

> Sobre o sexo, os discursos – discursos específicos, diferentes tanto pela forma como pelo objeto – não cessaram de proliferar: uma fermentação discursiva que se acelerou a partir do século XVIII. Não penso tanto, aqui, na multiplicação provável dos discursos "ilícitos", discursos de infração que denominam o sexo cruamente por insulto ou

> zombaria aos novos pudores; o cerceamento das regras de decência provocou, provavelmente, como contra-efeito, uma valorização e uma multiplicação dos discursos sobre o sexo no próprio campo de exercício do poder: incitação institucional a falar do sexo e a falar dele cada vez mais; obstinação das instâncias do poder a ouvir falar e a fazê-lo falar ele próprio sob a forma da articulação explícita e do detalhe infinitamente acumulado. (FOUCAULT, 2005c, p. 22)

Não se trata, portanto, da reprimir uma energia rebelde, de afirmar o que não é permitido, de impedir que se diga ou de negar a existência. Mesmo quando Foucault observa as interdições em torno do sexo, é para apontar para o que afirmam. Em hipótese alguma o poder se expressa apenas em forma de repressão, negação, censura. Há também mecanismos de afirmação, posicionamento, incitação, reforço, controle, vigilância. Um poder positivo, "[...] destinado a produzir forças, a fazê-las crescer e a ordená-las mais do que barrá-las, dobrá-las ou destruí-las" (FOUCAULT, 2005c, p. 128).

Poder, saber, discurso e verdade. Conceitos centrais para Foucault. Inicialmente, minha ideia era abordá-los em separado, mas a própria escrita os articulou. Na problematização dos conceitos, a articulação mostrou-se obrigatória, talvez em função do tema desta pesquisa. Poder sem centro, sem ponto central de irradiação, que não se restringe à censura e à repressão, mas que incita, dirige e determina. Discurso que se apresenta não apenas como instrumento na luta pelo poder, mas como o próprio poder pelo qual se luta. Poder que se expressa na posse do discurso com estatuto de verdade. Verdade em aliança profunda com o saber.

O problema da verdade foi importante para Foucault. Seu último curso foi dedicado ao tema, e dava seguimento às reflexões iniciadas em seu curso sobre o governo de si e dos outros. Percebo um fio que liga abordagens multifacetadas que articulam suas aulas sobre a vontade de saber, seus cursos sobre os anormais e o poder psiquiátrico, até chegarmos a seu primeiro curso no Collège de France, sobre a vontade de saber (1970-1971), sem desprezar o lugar das reflexões sobre o tema da verdade presentes no primeiro volume de *A história da sexualidade*, lançado em 1976.

Frédéric Gros, comentador do curso sobre a coragem da verdade, chama atenção para as diferenças em se tomar a verdade como objeto de uma epistemologia (tema da arqueologia), ou de uma ética (importante às reflexões sobre uma estética do sujeito) (FOUCAULT, 2011a, p. 304). Na terceira aula do curso de 82-83, Foucault apresenta a noção de *parresía*, conceito complexo que designa ao mesmo tempo uma virtude, um dever e uma técnica que devem ser encontradas naqueles que têm uma tarefa:

> Pois bem, [é a tarefa] de dirigir os outros, em particular de dirigir os outros em seus esforço, em sua tentativa de constituir uma relação consigo mesmos que seja uma relação adequada. Em outras palavras, a *parresía* é uma virtude, dever e técnica que devemos encontrar naquele que dirige a consciência dos outros e os ajuda a constituir sua relação consigo. (FOUCAULT, 2010d, p. 43)

Didático, Foucault também se esforça em delinear os limites do conceito, com sua já citada abordagem em negativo. Assim, fica claro que *parresía* não é uma técnica de persuasão (FOUCAULT, 2001c, p. 52), nem uma estratégia de persuasão ou exercício de retórica (Idem, p. 52), tampouco uma pedagogia ou maneira de ensinar (Ibidem, p. 53). Não se trata de debate ou controvérsia (Ibidem, p. 54), nem do objetivo último em um discurso (Ibidem, p. 55). A *parresía*, pois, é um dizer a verdade que exige coragem, pois "[...] o fato de dizer a verdade, e a fato de tê-la dito, vai ou pode ou deve acarretar consequências custosas para os que disserem a verdade" (Ibidem, p. 55).

A *parresía*, portanto, implica na *abertura de um risco* (Ibidem, p. 60). Exige do parresiasta a íntima convicção acerca dos seus ditos (Ibidem, p. 62), mas não uma patente, um estatuto, uma condição social específica (Ibidem, p. 63). Exige, por fim, uma coragem que não se expressa, não como uma exigência externa, mas como exercício de liberdade individual.

> A *parresía* [...] é portanto uma certa maneira de falar. Mais precisamente, é uma maneira de dizer a verdade. Em terceiro lugar, é uma maneira de dizer a verdade tal que abrimos para nós mesmos um risco pelo próprio fato de dizer a verdade. Em quarto lugar, a *parresía* é uma maneira de abrir esse risco vinculado ao dizer-a-verdade constituindo-nos de certo modo como parceiro de nós mesmos quando falamos, vinculando-nos ao enunciado da verdade, e vinculando-nos à enunciação da verdade. Enfim, a *parresía* é uma maneira de se vincular a si mesmo no enunciado da verdade, de vincular livremente a si mesmo e na forma de um ato corajoso. (FOUCAULT, 2010d, p. 63-64)

Se é verdade que a *parresía* implica neste vínculo livre e profundo consigo mesmo, também é verdade que a dimensão do risco aponta para uma relação com a cidade, portanto com a política. O poder de dizer o discurso verdadeiro. Poder, discurso e verdade. Se a verdade implica o sujeito em sua relação consigo mesmo, a coragem é exigência da implicação com seu contexto. Não se necessita coragem no solilóquio, mas na relação com a *pólis*, com as outras pessoas, com as instituições. Com aqueles que, mesmo pensando e se posicionando de modo diferente sobre questões fundamentais, compartilham interesses comuns.

> Fazer essa *parresía* agir no âmbito da cidade, o que é, senão precisamente [...] manipular, tratar ao mesmo tempo, lidar ao mesmo tempo com o logos e com a pólis? Fazer o logos agir na pólis – logos no sentido de palavra verdadeira, palavra sensata, palavra que persuade, palavra que pode se confrontar com as outras palavras e que só vencerá pelo peso de sua verdade e da eficiência de sua persuasão -, fazer agir essa palavra verdadeira, sensata, agonística, essa palavra de discussão no campo da pólis, é nisso que consiste a *parresía*. (FOUCAULT, 2010d, p. 98)

Palavra verdadeira, sensata, agonística. Na sociedade grega descrita por Foucault, havia um espaço reservado à fala do fraco que era alvo de uma injustiça por parte de um sujeito poderoso. Espaço ritualizado, descrito em diversas obras clássicas de caráter dramatúrgico e filosófico, que previa a possibilidade do fraco expressar publicamente sua voz de denúncia ante a injustiça impetrada pelo poderoso. E este ato ritualizado, em que o fraco assume o risco de criticar o poderoso pela injustiça sofrida, é comparado por Foucault com alguns rituais não verbais presentes em diversas sociedades contemporâneas, tais como a greve de fome e o suicídio. Estes recursos desesperados por parte de quem, vítima de uma injustiça, sente-se totalmente fraco, são categorizados como "discursos agonísticos", estruturados "em torno dessa estrutura inigualitária" (FOUCAULT, 2010d, p. 125)

Em sua dissertação de mestrado sobre as políticas de recolhimento compulsório de crianças e adolescentes posicionados como usuários de crack na cidade do Rio de Janeiro, Flávia Fernando Lima Silva problematiza este silenciamento da voz dos fracos. "Menores", não no sentido de uma tradição menorista tão presente e persistente na sociedade brasileira, mas no sentido atribuído por Deleuze em uma entrevista concedida a Toni Negri em 1990: não são minorias os grupos menos numerosos, mas aqueles que vivem suas identidades, não como um modelo pré-determinado, mas como devir, como processo, como afirmação política (DELEUZE, 2008, p. 214). E nesta afirmação dos devires – e todo devir é minoritário -, Flávia propõe novas formas de resistência, inspiradas em Nietzsche, opondo *pólemos* com *agón*:

> No antagonismo, há termo, solução. Na agonística, mantém-se o combate, não abrindo mão da contradição. Não se resolve. Nietzsche retoma Heráclito ao afirmar a dimensão trágica da vida. Evoca o *pólemos* grego, a guerra, não sem dialogar com o *agón*, o jogo, a competição. Neste sentido, defende-se a guerra como *arque*, ou princípio. Porém não é toda forma de guerra. Trata-se de uma guerra agonística. (SILVA, 2014, p. 111)

Sustentar a agonística exige não apenas compromisso ético, como também esforço material para não apenas pensar, mas realizar a democracia em ato, não como meio, mas como projeto. Não como método, mas como objetivo. Democracia como valor universal, na acepção de Carlos Nelson Coutinho (1979), ou seja: não como tática, mas como estratégia. Como fim em si, que encarna regras que permitem a todos o livre exercício da palavra. Problematizando este ponto, Foucault busca em Políbio o conceito de *isegoria*, como um dos elementos centrais à democracia (o outro é a própria *parresía*). Mas quais seriam as diferenças e as relações entre uma e outra?

> A *isegoria* é o direito de falar. O direito estatutário de falar. É o fato de que, em função do que é a constituição da cidade (sua *politeia*), cada um tem o direito de dar sua opinião, mais uma vez, seja para se defender nos tribunais, seja pelo voto, seja até, eventualmente, tomando a palavra. Esse direito de palavra é constitutivo da cidadania, ou também é um dos elementos da constituição da cidade. A *parresía*, por sua vez, está bem ligada tanto à *politeia* (à constituição da cidade) como à *isegoria*. É evidente que não pode haver *parresía* se não há esse direito de os cidadãos tomarem a palavra, darem sua opinião por meio do voto, testemunhar na justiça, etc. Portanto, para que haja parresía, é necessária essa politeia que dá a cada um o direito igual de falar (a isegoria). (FOUCAULT, 2010d, p. 147)

Será necessário retornar ainda a esta reflexão em torno das diferenças entre *agón* e *pólemos*, das complementaridades entre *isegoria* e da *parresía*, sobretudo quando da discussão sobre luta, guerra, política e contraconduta. Por ora, é preciso deixar em suspenso este bloco de questões, dando visibilidade a outros aspectos da abordagem foucaultiana sobre o problema da verdade.

A opção de iniciar por questões atinentes ao assim chamado "terceiro Foucault" foi arbitrária e não diz respeito a nenhuma questão de método: apenas era preciso iniciar por algum lugar. Agora será preciso retornar ao primeiro volume da *História da sexualidade*, fazendo com que apareçam outras questões em torno do problema da verdade. A verdade, aqui, não é mais a da *parresía*, mas aquela que emerge da vontade de saber. Não mais uma estética da existência, mas poder. E esta vontade de saber com respeito ao sexo desdobra-se em uma ciência que, "[...] a pretexto de dizer a verdade, em todo lado provocava medos" (FOUCAULT, 2005c, p. 54). Emerge uma medicina "[...] involuntariamente ingênua nos melhores casos e, voluntariamente mentirosa, nos mais frequentes" (Idem, p. 54). E esta ciência do sexo, se era fraca nos termos do rigor científico, era poderosa do ponto de vista da política:

> Mas, além desses dúbios prazeres, reivindicava outros poderes, arvorava-se em instância soberana dos imperativos da higiene, somando os velhos medos do mal venéreo aos novos temas da assepsia, os grandes mitos evolucionistas às modernas instituições de saúde pública, pretendia assegurar o vigor físico e a pureza moral do corpo social, prometia eliminar os portadores de taras, os degenerados e as populações abastardadas. Em nome de uma urgência biológica e histórica, justificava os racismos oficiais, então iminentes. E os fundamentava como "verdades". (FOUCAULT, 2005c, p. 54)

A discursividade pseudocientífica sobre o sexo que emerge em fins do século XIX articulava "credulidades imemoráveis" e "ofuscações sistemáticas" (FOUCAULT, 2005c, p. 55). Duas faces de um mesmo procedimento discursivo, já que "[...] não querer reconhecer ainda é uma peripécia da vontade de verdade" (Idem, p. 55). Não obstante, os mitos e os escotomas não são tão importantes quanto o fato de que o sexo, enfim, "[...] tenha sido constituído em objeto da verdade" (Ibidem, p. 56), "[...] não por alguma propriedade natural inerente ao próprio sexo, mas em função das táticas de poder que são imanentes a tal discurso" (Ibidem, p. 69). Uma vontade de saber:

> Essa produção de verdade, mesmo intimidada pelo método científico, talvez tenha multiplicado, intensificado e até criado seus prazeres intrínsecos. Diz-se, frequentemente, que não fomos capazes de imaginar novos prazeres. Pelo menos inventamos um outro prazer: o prazer da verdade do prazer, prazer de sabê-la, exibi-la, descobri-la, de fascinar-se ao vê-la, dizê-la, cativar e capturar os outros através dela, de confiá-la secretamente, desalojá-la por meio da astúcia; prazer específico do discurso verdadeiro sobre o prazer. (FOUCAULT, 2005c, p. 69)

Foucault fala da vontade de saber em constituída em torno do sexo. Mas, não seria possível falar de batalhões de especialistas reunidos em torno da luta pela posse do discurso verdadeiro sobre as drogas e seus usos. E não se trata de estudar as representações sociais, a ideologia que se reproduz no discurso e nas práticas, mas a verdade em seus efeitos. Efeitos de saber, efeitos de poder:

> Há efeitos de verdade que uma sociedade como a sociedade ocidental, e hoje se pode dizer a sociedade mundial, produz a cada instante. Produz-se verdade. Essas produções de verdade não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações verdade/poder, saber/poder que me preocupam. (FOUCAULT, 2003c, p. 229)

Nenhuma instância superior, centralizada, a definir o que é verdade e o que é falso. Cada domínio "relativamente autônomo" (novamente Bourdieu...) possui seus procedimentos e processos de delimitação dos enunciados verdadeiros. E que não se cometa o equívoco de imaginar tais processos como exclusivos das ciências; afinal, foi o próprio Foucault quem elaborou a noção de *episteme*, ampliando e indo além da epistemologia, esta sim, restrita aos diálogos entre filosofia e ciência. Da episteme de uma época, participam as ciências, as artes, a literatura, as religiões, a política... Nos mais diferentes domínios (os campos dos quais fala Bourdieu?), portanto, processos específicos dos quais emergem verdades sempre provisórias:

> Entendo por verdade o conjunto de procedimentos que permitem a cada instante e a cada um pronunciar enunciados que serão considerados verdadeiros. Não há absolutamente instância suprema. Há regiões onde esses efeitos de verdade são perfeitamente codificados, onde os procedimentos pelos quais se pode chegar a enunciar verdades são conhecidos previamente, regulados. São, em geral, os domínios científicos. No caso das matemáticas, é absoluto. No caso das ciências, digamos empíricas, já é muito mais flutuante. E depois, afora as ciências, têm-se também os efeitos de verdade ligados ao sistema de informações: quando alguém, um locutor de rádio ou de televisão, lhe anuncia alguma coisa¸ o senhor acredita ou não acredita, mas isso se põe a funcionar na cabeça de milhares de pessoas como verdade, unicamente porque foi pronunciado daquela maneira, naquele tom, por aquela pessoa, naquela hora. (FOUCAULT, 2003c, 233)

Há efeitos de verdade em práticas até certo ponto desprovidas de grandes compromissos com a vontade de saber, como Foucault descreve no trecho final do excerto exposto acima. Não obstante, mesmo os meios de comunicação de massa costumam reivindicar a presença de um *especialista* diante deste ou daquele tema, como uma espécie de "suplementação de verdade" que este pode emprestar ao discurso midiático; paradoxal condição dos intelectuais em suas relações com os meios de comunicação de massa, muito bem descrita em um pequeno livro de Bourdieu (1997).

Mas, por que um especialista pode empresar um suplemento de verdade ao discurso midiático? Uma resposta comum flerta com o cinismo: seria pelo simples argumento de autoridade que emanaria do diploma e demais títulos acadêmicos, ou mesmo da experiência, e que seriam suficientes para legitimar o que Bourdieu (2006b, p. 44) classificou como "senso comum douto". Não obstante, a presença do especialista é mais ou menos eficaz, na justa medida de seu prestígio no campo de saber requisitado (BOURDIEU, 2006a, p. 24).

Uma abordagem foucaultiana, entretanto, mira outros elementos. A presença do especialista não seria importante apenas por seus títulos ou por sua posição e renome em um campo, mas por fazer parte de uma trama de relações entre poder, discurso, verdade e saber:

> A esse conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar, pode-se chamar *saber*. Um saber é aquilo de que podemos falar numa prática discursiva que se encontra assim especificada: o domínio constituído pelos diferentes objetos que irão adquirir ou não um *status* científico [...]; um saber é, também, o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso [...]; um saber é também um campo de coordenação e de subordinação dos enunciados em que os conceitos aparecem, se definem, se aplicam e se transformam [...]; finalmente, um saber se define por possibilidades de utilização e de apropriação oferecidas pelo discurso [...]; mas não há saber sem uma prática discursiva definida, e toda prática discursiva pode definir-se pelo saber que ela forma. (FOUCAULT, 2005a, p. 204-205)

Saber: conjunto de elementos engendrados de maneira muito especial no discurso científico, mas não apenas nele; além disso, é também um *domínio* sem nenhuma existência anterior aos objetos que o constituem, mas que é constituído por estes mesmos objetos; um *espaço* em que os especialistas e outros atores se posicionam com respeito aos objetos que o constituem; um *campo* discursivo, com regras próprias e relativa autonomia; um *objeto* passível de apropriação e utilização no discurso. O saber em suas relações com o poder, com o discurso e com a verdade: eis o tema da arqueologia:

> Os territórios arqueológicos podem atravessar textos "literários" ou "filosóficos", bem como textos científicos. O saber não está contido somente em demonstrações; pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas. (FOUCAULT, 2005a, p. 205)

Sobre as relações entre saber e ciência, algumas coisas ainda precisam ser ditas. Que não há entre estes nenhuma hierarquia, e que "[...] o saber não é o canteiro epistemológico que desapareceria na ciência que o realiza" (FOUCAULT, 2005a, p. 206). Os discursos científicos articulados em torno de objetos específicos (como o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, por exemplo), estes é que fazem parte do de um saber determinado, e não o contrário. A ciência é, pois, elemento do saber, e é nesta articulação que Foucault retoma o tema da ideologia:

> Se a questão da ideologia pode ser posta à ciência, é na medida em que esta, sem se identificar com o saber, mas sem apagá-lo ou excluí-lo, nele se localiza, estrutura alguns de seus objetos, sistematiza algumas de suas enunciações, formaliza alguns de seus conceitos e de suas estratégias; é na medida em que, por um lado, esta elaboração escande o saber, o modifica, o redistribui, e, por outro, o conforma e o deixa valer; é na medida em que a ciência encontra seu lugar em uma regularidade discursiva e, por isso, se desdobra e funciona em todo um campo de práticas discursivas ou não. (FOUCAULT, 2005a, p. 207)

Em que pese a dicotomia entre práticas discursivas e não discursivas ainda se fazer presente neste momento da produção foucaultiana (tal dicotomia será posteriormente resolvida no conceito de *dispositivo*), esta abordagem enseja algumas proposições com respeito à ideologia, como sua convivência não excludente com critérios de cientificidade, e sua influência no que tange eventuais lacunas e impropriedades teóricas no âmbito de um discurso científico específico. Além disto, maior rigor ou autonomia do campo científico não determinam uma diminuição da influência ideológica. Tais proposições têm consequências metodológicas importantes, que detalharei no momento oportuno.

Posiciono, pois, o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas como objeto que constitui um *saber-domínio*; como *saber-espaço* que enseja posicionamentos; como *saber-território* com regras próprias. Um saber que é apropriado e utilizado nos discursos sobre as políticas públicas e as técnicas de tratamento dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. Saber que empresta legitimidade ao discurso, conferindo-lhe estatuto de verdade, amplificando seu poder. Poder que é também positivo, cuja função não se resume à repressão, mas à incitação. Um tipo de poder que expressa, por exemplo, na emergência de um discurso preventivo com respeito ao uso de drogas no campo da educação, tema abordado por Tiago Ribeiro em sua pesquisa de mestrado:

> Ao invés de um investimento maciço em aparelhamento policial e hospitalar, a fim de reprimir uso e tráfico de drogas e recuperar dependentes para a vida social produtiva, esse investimento passa a ser minorado diante da nova estratégia, que se vale da estrutura escolar já disponível, barata, na qual um professor previne dezenas de jovens, sem necessidade de contratação de novos profissionais ou mesmo de incrementos salariais aos já ativos. Substituição, portanto, ainda que parcial, dos pesados custos da manutenção de uma vigilância integral da população, pelo desenvolvimento de mecanismos de controle por meio da intervenção sobre a esfera do querer (troca da ameaça da espada pela internalização da regra, que faz da vontade e do bem do Estado a vontade e o bem do sujeito). (RIBEIRO, 2013, p. 87)

Tiago Ribeiro demonstra, em uma pesquisa que se utiliza fartamente de conceitos e de estratégias inspiradas em Michel Foucault, que o uso de drogas, tal qual o sexo, "[...] requer um aparato que congrega instituições do Estado, a família e especialistas 'capazes' de fornecer o 'conhecimento' sobre tais temas" (RIBEIRO, 2013, p. 127). Para tanto, criam-se campanhas preventivas e instâncias de vigilância e controle cuja tarefa central seria a de possibilitar "[...] a internalização das normas por parte dos jovens" (Idem, p. 127). Além disso, tanto professores quanto especialistas em educação são chamados à tarefa preventiva, sem falar nos psiquiatras, juristas e psicólogos convocados a contribuir para a "capacitação" da comunidade escolar.

> A extrapolação da autoridade médica, erigindo-se em grande força saneadora da sociedade, possibilita ao Estado uma via privilegiada de acesso aos indivíduos e à população, constituindo um poder subjetivador que alcança o indivíduo mesmo nos recônditos de sua intimidade, quando este joga pretensamente apenas consigo mesmo. O jogo do sujeito com seu corpo e com sua consciência, a experimentação psíquica, tornam-se, por esses caminhos, novos objetos da vontade de saber, novos domínios de normalização. Também os prazeres requerem controle. (RIBEIRO, 2013, p. 83-84)

Observar a prevenção do uso de drogas a partir de uma grade analítica de inspiração foucaultiana preocupada com as articulações entre saber, poder, discurso e verdade, permitiu a Tiago Ribeiro analisar os caminhos para uma espécie de "pedagogização" do tema, elemento de um conjunto de estratégias de governamentalização dos usos de álcool e outras drogas. De modo análogo e por caminhos semelhantes, seria possível acompanhar, no campo da saúde, alguns dos procedimentos discursivos que ensejaram processos de medicalização e psicologização do uso de álcool e outras drogas?

2.1.2 MEDICALIZAÇÃO, PSICOLOGIZAÇÃO, PATOLOGIZAÇÃO

Um dos eixos da história da sexualidade de Foucault é a centralidade das práticas de confissão, originárias da "[...] evolução da pastoral católica e do sacramento da confissão, depois do Concílio de Trento" (FOUCAULT, 2005c, p. 22). A nova pastoral constitui todo um conjunto de técnicas para fazer falar o sexo, impondo simultaneamente prudência e diligência ao dizê-lo (Idem, p. 23). Uma produção discursiva do sexo que existia desde muito tempo nas tradições monásticas, mas que o século XVII torna "[...] uma regra para todos" (Ibidem, p. 24). Ampliação do que se

devia e podia dizer do sexo, e constituição de "[...] uma aparelhagem para produzir discursos sobre o sexo [...], susceptíveis de funcionar e de serem efeito de sua própria economia" (Ibidem, p. 26).

No século XVIII, entretanto, a confissão foi reconfigurada e assimilada como parte de novos mecanismos de poder. Para além da moral, o sexo torna-se objeto de interesse político e econômico, que "[...] não se julga apenas, administra-se" (FOUCAULT, 2005c, p. 27). A emergente noção de "população" posiciona o sexo de modo central: taxa de natalidade, idade do casamento, nascimentos legítimos e ilegítimos, precocidade e frequência das relações sexuais... Uma "economia política da população", que torna possível a constituição de toda uma "[...] teia de observações sobre o sexo" (Idem, p. 29). Emerge a sexualidade como objeto da medicina:

> A obtenção da confissão e seus efeitos são recodificados na forma de operações terapêuticas. O que significa, inicialmente, que o domínio do sexo não será mais colocado, exclusivamente, sob o registro da culpa e do pecado, do excesso ou da transgressão e sim no regime (que, aliás, nada mais é do que sua transposição) do normal e do patológico; define-se, pela primeira vez, uma morbidez própria do sexual; o sexo aparece como um campo de alta fragilidade patológica: superfície de repercussão para outras doenças, mas também centro de uma nosografia própria, a do instinto, das tendências, das imagens, do prazer e da conduta. O que quer dizer, também, que a confissão ganhará sentido e se tornará necessária entre as intervenções médicas: exigida pelo médico, indispensável ao diagnóstico e eficaz, por si mesma, na cura. (FOUCAULT, 2005c, p. 66)

De modo análogo, Escohotado encontra essa passagem sem rupturas do discurso religioso ao médico, no que se refere uso de álcool e outras drogas, no paradigmático caso de Benjamin Rush. Iluminista, Rush foi um dos signatários da declaração de independência dos EUA. Como parlamentar, defendeu a abolição da escravatura, o ensino público e a participação das mulheres na política (EDWARDS, MARSHALL & COOK, 2005, p. 20). É considerado o pai da psiquiatria americana (seu rosto decora o selo oficial da Associação Americana de Psiquiatria), e um dos primeiros defensores da "embriaguez crônica" como "transtorno da vontade" (BERRIDGE, 1994, p. 17). Sua perspectiva, no entanto, aponta na direção de uma articulação entre ciência e religião:

> De agora em diante, será assunto do médico salvar a humanidade do vício tanto quanto até agora foi do sacerdote. Concebamos os seres humanos como pacientes em um hospital; quanto mais resistam aos nossos esforços por servi-los, mais necessitarão de nossos serviços. (RUSH *apud* ESCOHOTADO, 2008, p. 497)

Já Thomas Szasz situa a medicalização do uso de álcool no início do século XX, quando "[...] o abuso de drogas recreativas se converteu em problema médico e popular, ensejando a invenção de uma nova enfermidade – o 'abuso de drogas'" (SZASZ, 2001, p. 188-189). Para a medicina, qualquer uso não prescrito de drogas seria patológico, como a masturbação no século XIX (Idem, p. 194), citada também por Foucault:

> Primeiro, temos o que poderíamos chamar de ficção da doença total. Regularmente, nesses textos da cruzada, vocês vão encontrar a descrição fabulosa de uma espécie de doença polimorfa, absoluta, sem remissão, que culminaria em si todos os sintomas de todas as doenças possíveis ou, em todo caso, uma qualidade considerável de sintomas. Todos os sinais da doença vêm se superpor no corpo descarnado e devastado do jovem masturbador. (FOUCAULT, 2002b, p. 301)

No início do século XX, no Brasil, era possível encontrar elaborações sobre o uso de álcool e outras drogas semelhantes ao exposto acima. A degenerescência dava o tom dos discursos médicos sobre o assunto. Impedir que o povo usasse álcool e outras drogas seria um investimento na eugenia da raça brasileira, um "[...] melhoramento físico e moral dos indivíduos da nossa nacionalidade" (ARAÚJO, 1920, p. 13). Uma descrição de época do aspecto físico dos toxicômanos permite prosseguir nas analogias:

> A face macilenta e as olheiras cianóticas do morfinômano, o pigmento esverdeado do cocainômano, o hálito característico do eterômano, a algidez epidérmica, a transpiração e o edema sui generis, o andar trôpego, a gesticulação incerta, os esgares descompassados, a voz sem firmeza e sem uniformidade de timbre, o desalinho sem dignidade, e tantos outros gestos, atitudes e "tics", traem sempre o cativo de tais desgraças. (ARAÚJO, 1920, p. 21)

Desalinho, perda da dignidade, ausência de firmeza e uniformidade na voz, expressão facial inadequada, sudorese, ferimentos, mau hálito, pele fria (e esverdeada, no caso do cocainômano!), presença de tiques nervosos e gestos inesperados, rosto pálido, magro e sem brilho... Um conjunto nosológico tão rico quanto impreciso, tão vasto quanto genérico, capaz de abarcar tanto temperatura quanto asseio, tanto o tom de voz quanto edemas... Como no verbete sobre masturbação em um dos mais importantes dicionários médicos da França no século XIX:

> Esse rapaz estava no marasmo mais completo, sua vista tinha decaído inteiramente. Ele satisfazia onde quer que estivesse as necessidades da natureza. Seu corpo exalava um odor particularmente nauseabundo. Tinha a pele terrosa, a língua vacilante, os olhos cavos, as gengivas todas retraídas e cobertas de ulcerações que anunciavam uma degeneração escorbútica. Para ele, a morte era o termo feliz de seus longos padecimentos. (FOUCAULT, 2002b, p. 301)

Grotescos enunciados. Trazê-los à tona não se resume a uma exposição do risível no discurso médico, ainda que isto acentue os efeitos de poder nestes "[...] discursos de verdade que fazem rir e que têm o poder de matar [...]" (FOUCAULT, 2002b, p. 8). Mas chamar tais discursos de grotescos ou ubuescos não é simplesmente uma injúria:

> Creio que existe uma categoria precisa; em todo caso, dever-se-ia definir uma categoria precisa da análise histórico-política, que seria a categoria do grotesco ou do ubuesco. O terror ubuesco, a soberania grotesca ou, em termos mais austeros, a maximização dos efeitos do poder a partir da desqualificação de quem os produz: isso, creio eu, não é um acidente na história do poder, não é uma falha mecânica. Parece-me que é uma das engrenagens que são parte inerente dos mecanismos do poder. O poder político, pelo menos em certas sociedades, em todo caso na nossa, pode-se atribuir, e efetivamente se atribuiu, a possibilidade de transmitir seus efeitos, e muito mais que isso, de encontrar a origem de seus efeitos num canto que é manifestamente, explicitamente, voluntariamente desqualificado pelo odioso, pelo infame ou pelo ridículo. Afinal de contas, essa mecânica grotesca do poder, ou essa engrenagem do grotesco na mecânica do poder, é antiquíssima nas estruturas, no funcionamento político das nossas sociedades. (FOUCAULT, 2002b, p. 15)

Esta dimensão grotesca, até mesmo ridícula, pode ser encontrada em um sem número de dirigentes de maior ou menor grau na hierarquia. Do burocrata empedernido ao ditador brega, do fundamentalista cristão que se torna presidente do Congresso Nacional ao procurador-geral da República que desfia um sem número de frases de senso comum em uma seção do Supremo Tribunal Federal na qual se discute a descriminalização do uso de drogas... A profusão de exemplos encheria volumes e mais volumes. Exemplos que, antes de deslegitimar o poder, manifestam o que este possui de incontornável, de inevitável, podendo até mesmo "[...] funcionar com todo o seu rigor e na ponta extrema de sua racionalidade violenta, mesmo quando está nas mãos de alguém efetivamente desqualificado" (FOUCAULT, 2002b, p. 17).

Na metade do século XIX, o médico estadunidense Samuel Adolphus Cartwright publicou um artigo no *New Orleans Medical and Surgical Journal*, anunciando a descoberta de uma nova doença. A drapetomania seria "[...] uma doença da mente, como qualquer outra espécie de alienação mental", e que se caracterizaria por "[...] esta prática problemática que muitos negros têm de fugir" (CARTWRIGHT, 1851, p. 707). Corriam mais riscos os proprietários que, não seguindo a palavra de Deus, guardassem com seus escravos uma relação de "[...] muita familiaridade, tratando-os como iguais [...]; e, por outro lado, aqueles que os tratam com crueldade, negando-lhes o necessário à vida" (Idem, p. 708). Porém, seguido o "[...] aconselhamento médico adequado, esta

prática problemática que os negros têm de fugir pode ser quase totalmente impedida [...]" (Idem, p. 707). E quando os negros escravizados estivessem "[...] mal humorados ou insatisfeitos sem justa causa" (?), o tratamento consistiria em "[...] chicoteá-los, como uma medida preventiva contra a fuga ou outras condutas ruins" (Ibidem, p. 708).

Em 1924, Pernambuco Filho e Adauto Botelho, professores de medicina e diretores do Sanatório Botafogo (RJ), definem toxicomania como um "desejo constante" de usar drogas para obter "[...] ora sensações prazenteiras, ora um estado especial de bem estar", do qual decorrem "vários danos" (FILHO & BOTELHO, 1924, p. 20), e os toxicômanos como uma "[...] raça intelectual à parte, com uma degeneração psíquica especial" (Idem, p. 22), que os tornaria "falsos", "mentirosos inteligentes" e "degradados morais" (Ibidem, p. 22). Recomendam o isolamento, pois "[...] garante a segurança pública, evita violências e escândalos" (Ibidem, p. 62), e referem uma lei que determinaria a criação de um "sanatório para toxicômanos", que deveria contar com "[...] pavilhões independentes em que ficariam, nuns os toxicômanos em via de desintoxicação [...], e noutros os que, livres de tóxicos, fossem julgados pelo médico assistente, capazes de gozar maiores regalias" (Ibidem, p. 114-115).

Dois lugares, dois contextos. Dois movimentos distintos de medicalização. Os sujeitos posicionados não são os mesmos: para Cartwright, os negros que buscavam fugir da escravidão nos Estados Unidos do século XIX; para Filho e Botelho, jovens que usavam drogas, filhos de famílias ricas da Belle Époque carioca. Os pressupostos seriam igualmente distintos: de um lado o referencial religioso do sul dos Estados Unidos de 1850; do outro, o positivismo higienista e eugenista do Brasil de 1920. Os interesses econômicos também se expressam de modo característico em cada situação, na direção de uma aliança com setores dominantes distintos.

Dois lugares, dois contextos. Há, entretanto, elementos de similaridade que um olhar arqueológico permitiria identificar na maquinaria discursiva, em seus jogos e em seus efeitos. São textos em que se pode identificar um esforço de delimitação, de um recorte populacional bem definido; textos que articulam saberes que lhes emprestam poder; textos que se apresentam como portfólio de serviços que uma determinada corporação pode oferecer às classes dominantes; textos que operam como dispositivos que produzem efeitos sobre os sujeitos por ele posicionados. Saber, poder, discurso e verdade, produzindo medicalização.

Mas também seria possível cercar o conceito de medicalização em sua negação, como numa desmedicalização do sexo (o retorno de uma arte erótica em detrimento da ciência da sexualidade), ou numa despsiquiatrização da desrazão (o triunfo da loucura frente à doença mental). A insanidade e as anomalias sexuais desaparecendo, não por conta de remédios mais modernos, mas transformações radicais na ordem do discurso:

> Eu sei muito bem que, ao fazer esta última hipótese, eu contesto o que é ordinariamente admitido: que os progressos da medicina poderão, de fato, fazer desaparecer a doença mental, assim como a lepra e a tuberculose; mas uma coisa permanecerá: a relação do homem com seus fantasmas, com seu impossível, com sua dor sem corpo, com sua carcaça da noite; uma vez o patológico posto fora de circuito, a sombria pertença do homem à loucura será a memória sem idade de um mal apagado em sua forma de doença, mas obstinando-se como desgraça. (FOUCAULT, 2002c, p. 211)

Assim como o surgimento da doença mental não foi decorrência de quaisquer transformações de ordem genética ou ambiental, o seu hipotético desaparecimento também não estará ligado a mudanças estruturais em quaisquer determinantes sociais e biológicos dos processos de saúde e doença. A doença mental compõe com a medicalização da loucura, e seu eventual desaparecimento – se houver - será um efeito da desmedicalização. A "relação do homem com seus fantasmas, com sua dor sem corpo", esta seguirá existindo, mas livre do enquadre na ordem do poder psiquiátrico.

Medicalização, desmedicalização... E haveria um "momento pré-medicalização", em que os fenômenos encontram-se isentos de elaborações de ordem médica. Em sua história geral das drogas, por exemplo, Antonio Escohotado chama atenção para a ausência de qualquer referência, entre gregos e romanos, a quaisquer questões análogas ou similares ao que hoje posicionamos como "toxicomania", "dependência química" ou "uso abusivo de álcool e outras drogas" (ESCOHOTADO, 2008, p. 177):

> Nem Dioscórides, nem Escribonio, nem Galeno, nem médico algum mencionam que o ópio produza um hábito indesejado, com a férrea necessidade de empregar doses cada vez maiores para conseguir o mesmo efeito, ou a ameaça de graves sintomas de abstinência em outros casos. Pelo contrário, reina [entre os romanos] o mesmo critério grego de ir tomando o fármaco pouco a pouco, até conseguir uma "familiaridade" que evite o perigo de intoxicações agudas. (ESCOHOTADO, 2008, p. 177)

Convém citar ainda um outro conceito, que muitas vezes se confunde com a medicalização. Se esta compõe com a doença mental, sem que sejam a mesma coisa, compõe também com a medicamentalização. Não é incomum que os dois conceitos

sejam confundidos, e que se descreva a medicalização como uma prática que se expressa na prescrição indiscriminada de medicamentos. Mas não: nunca é demais repetir que a medicalização descreve a captura de fenômenos sociais no âmbito da medicina, ao passo que a medicamentalização problematiza a posição central do uso de medicamentos nas práticas de cuidado em saúde, bem como o poder da indústria farmacêutica.

Joel Birman associa-se a Foucault, lembrando o lugar marginal da psiquiatria entre as demais ciências médicas, em face das dificuldades desta em encontrar "[...] as causas físicas dos distúrbios mentais" (BIRMAN, 2007, p. 180-181). Esta realidade começa a mudar por volta de 1950, quando a psicofarmacologia possibilitou "[...] a construção de outra identidade para a psiquiatria, que então pode se aproximar dos cânones da medicina" (Idem, p. 181). Um processo que se radicaliza na contemporaneidade, na articulação entre neurociências e psicofarmacologia:

> Essa transformação epistemológica produziu mudanças terapêuticas imediatas. A psicofarmacologia se transformou no referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica, dado que as neurociências pretenderam fundar uma leitura do psiquismo. Com isso, a medicação psicofarmacológica pretende ser a modalidade essencial de intervenção psiquiátrica. Em consequência disso, a psicoterapia tende a ser eliminada do dispositivo psiquiátrico, transformando-se num instrumento totalmente secundário face à intervenção psicofarmacológica. A psicoterapia passa a ser representada como uma peça de museu, um elemento periférico, no dispositivo psiquiátrico da atualidade. (BIRMAN, 2007, p. 182)

Esta revolução psicofarmacológica permite compreender a confusões entre "medicalização" e "medicamentalização", sobretudo no âmbito da psiquiatria, "[...] que foi aos poucos dando primazia aos modos medicamentosos de intervenção" (BIRMAN, 2007, p. 241), abrindo a possibilidade de manejo dos transtornos mentais para médicos de outras especialidades. Não seria mais necessário possuir formação em psicanálise, nem mesmo dominar quaisquer técnicas psicoterápicas, bastando ao médico um conhecimento razoavelmente protocolar acerca das indicações e doses de medicações para realizar o ato da prescrição. Com isso, "[...] a escala de utilização de psicofármacos se realizou de maneira farta e massificada" (Idem, p. 242).

Desmedicalização, pré-medicalização, medicamentalização... Penso ter abordado a medicalização de modo razoável, articulando inclusive alguns aspectos deste tema na sua relação com o objeto de estudo desta tese. Não obstante, é preciso avançar ainda um

pouco mais, para dizer que este esforço de captura, por parte dos poderes médico e psiquiátrico, não dá conta das especificidades do uso de álcool e outras drogas. Seria possível falar ainda dos processos de criminalização (o ato de transformar em crime determinada prática social), e de psicologização. Como tento proceder a um sempre arbitrário recorte nas fronteiras sanitárias, limitar-me-ei ao segundo aspecto.

Em sua tese de doutorado, Cecília Coimbra problematiza as práticas *psi* brasileiras num contexto da ditadura civil-militar. Para a autora, houve uma psicologia que respondeu ao golpe assumindo posições de neutralidade, cientificidade e objetividade, escamoteando relações de poder, opressões desigualdades sociais (COIMBRA, 1995, p. 35). Coimbra chama atenção para três elementos fortes na formação do psicólogo, no Brasil: o *familiarismo* (Idem, p. 31), que foca as dinâmicas familiares em detrimento das relações sociais mais amplas; o *intimismo* (Ibidem, p. 33), que deposita ênfase nas internas aos sujeitos, em suas relações intrasubjetivas; a *psicologização do cotidiano* (Ibidem, p. 35), que transforma relações de poder e opressão em problemas psicológicos e/ou existenciais.

Outro autor que se dedica intensamente ao problema da psicologização é Luis Antonio Batista. Colega de Cecília Coimbra na Pós Graduação em Estudos da Subjetividade na Universidade Federal Fluminense, Batista também critica o foco da psicologia em uma subjetividade da qual política e cidade se ausentaram. Com essa direção, a formação em psicologia não passaria de uma "fábrica de interiores":

> O dia-a-dia exposto nos jornais é abafado nas salas de aula dos cursos de Psicologia. Falamos, com sotaque europeu, que a sexualidade não existe, é inventada, que o homem é livre para criar, e etc., mas nesse momento milhares de corpos são discriminados e violentados. A delegacia de polícia de mulheres está aí para conferirmos. Fala-se em justiça social, no oprimido, mas nossas práticas cada vez mais compactuam com as violências simbólicas e concretas. Compactua-se através do silêncio, através de atos de amor ao próximo, um próximo sem rosto, sem cheiro, sem sexo, sem cor ou país. Um amor ao invisível e ao espelho. Um narcísico e cínico ato de amor. (BAPTISTA, 2000, p. 16)

Em sua dissertação sobre a emergência da prevenção ao uso de drogas no contexto escolar brasileiro, Tiago Ribeiro também aborda o fenômeno da psicologização, mas em suas interfaces com a pedagogia. A partir de uma analítica foucaultiana das práticas de governamentalidade, afirma que "[...] o sujeito autodisciplinado que emerge como ideal da escolarização (e da prevenção ao uso de drogas)" capaz de controlar seus

impulsos e de autorregular-se, "[...] constitui um sujeito psicologizado, produto acabado de uma forma de poder que tem na psicologia um saber privilegiado". Um saber que, como já afirmado aqui por Cecília Coimbra e Luis Antônio Baptista, "[...] institui a interioridade do indivíduo como campo de intervenção" (RIBEIRO, 2013, p. 144).

Medicalização, psicologização, criminalização, pedagogização... Não seria possível falar de uma *espiritualização*, num contexto contemporâneo em que parte considerável das pessoas envolvidas em algum tipo de tratamento para seu uso de drogas está inserida em instituições de caráter religioso? Ou de uma *assistencialização*, quando a mera menção ao uso de drogas ilícitas já permite, em muitos casos, a inclusão de uma família em programas de média complexidade no âmbito das políticas públicas de assistência social? Sim, seria. Este olhar foucaultiano para os movimentos de captura das práticas sociais pode ser dirigido a múltiplos saberes e seus poderes correlatos. Para o estudo aqui proposto, entretanto, convém privilegiar os processos articulados à medicina e à psicologia, até mesmo para propor um último conceito, justamente aquele que irei privilegiar em minhas análises, devido ao seu poder de síntese dos movimentos aqui descritos no âmbito da saúde.

Nas páginas finais de sua tese de doutorado, Canguilhem (2006, p. 176) afirma que "[...] o estado patológico expressa a redução das normas de vida toleradas pelo ser vivo, a precariedade do normal estabelecido pela doença". Ser saudável não implica na ausência de doença, mas em ser normativo, e a cura não significa uma "volta à inocência biológica", mas a capacidade de "[...] criar para si novas formas de vida" (Idem, p. 176). Vinte anos depois, em um artigo que faz pouquíssimas retificações à tese, o autor afirma que sua abordagem da patologia não passa de uma ficção, e que "[...] nenhum homem são fica doente, pois ele só é doente quando sua saúde o abandona e, nesse momento, ele não é mais são" (Ibidem, p. 248):

> Por doença do homem normal deve-se compreender o distúrbio que, com o tempo, se origina da permanência do estado normal, da uniformidade incorruptível do normal, a doença que nasce da privação de doenças, de uma existência quase incompatível com a doença. É preciso admitir que o homem normal só sabe que é normal em um mundo em que nem todo homem o é, e sabe, por conseguinte, que é capaz de ficar doente, assim como um bom piloto sabe que é capaz de encalhar seu barco, ou como um homem educado sabe que é capaz de cometer uma gafe. O homem normal se sente capaz de adoecer, mas experimenta a certeza de afastar essa eventualidade. (CANGUILHEM, 2006, p. 247)

Saber-se capaz de ficar doente para saber-se saudável. Leitura estruturalista, que inscreve a díade "saúde-doença" no reino da linguagem. Foucault, orientando de Canguilhem durante seu doutorado, foi paulatinamente se afastando das concepções estruturais, mas nunca deste foco no discurso em suas relações com saber, poder e verdade. Sim, é verdade: "a loucura só existe em uma sociedade" (FOUCAULT, 2002d, p. 163). E em diferentes sociedades, existirá de modos distintos: como maldição, como bênção, como patologia... De modo análogo, seria possível falar da masturbação, da homossexualidade, e do próprio uso de drogas.

Em "Os anormais", Foucault fala da *patologização* do crime (FOUCAULT, 2002b, p. 115), das relações familiares, (Idem, p. 189), do autoerotismo infantil (Ibidem, p. 306), e no limite, do próprio instinto (Ibidem, p. 389). Em cada um destes casos, *patologizar* aparece como sinônimo de *medicalizar*, ou mesmo de *psiquiatrizar*. No âmbito desta tese, vou preferir o conceito de *patologização* em detrimento de *medicalização* e *psicologização*, sobretudo para fugir das polêmicas que posicionam psicologia e medicina (sobretudo a psiquiatria) em lados opostos de uma guerra corporativa. Fosse esta pesquisa no campo da sociologia das profissões, e tais questões poderiam interessar mais. No que concerne ao tema aqui debatido, importam muito mais estes movimentos da captura de uma prática social na ordem do discurso patologizante, independentemente de tal aprisionamento dar-se por categorias nosológicas da medicina, ou por um diagnóstico estrutural típico da psicanálise.

2.1.3 CAMPO, DOMÍNIO

Entre os momentos mais importantes que vivi durante o curso de Ciências Sociais na UFRGS, estão as aulas de epistemologia com o professor cabo-verdiano José Carlos dos Anjos, que costumava apresentar-se como *foucaultiano* e *bourdivino*. Identificado tanto com a sociologia quanto com a antropologia, desconfiava das separações disciplinares, dizendo que isto era coisa de antropólogo que não quer ler Bourdieu, ou de sociólogo que não quer estudar Geertz. Suas pesquisas multifacetadas iam da literatura em Cabo Verde às comunidades quilombolas no Brasil. Adepto de uma epistemologia de contornos sociológicos (uma sociologia do campo científico), dirigia seu aguçado olhar para os efeitos de poder do discurso com estatuto de verdade científica – justamente o ponto em que aproximava Foucault e Bourdieu,

Admito a influência das aulas do professor José Carlos no modo como articulo conceitos, pensamento e caixas de ferramentas de Foucault e Bourdieu. E percebo que não fui só eu: toda uma geração de sociólogos e antropólogos gaúchos foi exposta a este olhar, nas discussões epistemológicas conduzidas pelo professor Dos Anjos. E me pergunto: será que meus colegas, assim como eu, também descobriram que tal articulação não é óbvia, apenas a partir dos encontros com estudantes e professores de outras instituições?

Mas, o que haveria de herético numa aproximação entre o pensamento foucaultiano e "bourdivino"? A questão seria muito simples: Foucault é posicionado - à sua revelia - como um pós-estruturalista preocupado com as práticas, ao passo que Bourdieu é sempre apresentado como um autor estruturalista, com o olhar dirigido às lógicas de reprodução e dominação. Já eu concordo com Patrick Champagne, quando este afirma que grande parte das críticas dirigidas ao autor de "A reprodução" (BOURDIEU, 2011) foram realizadas por pessoas que não passaram do título, e que não conseguiram perceber que a grande contribuição da obra era outra: a elaboração e operação do conceito de violência simbólica (BOURDIEU, 2004b, p. 11). E se é verdade que Bourdieu se afasta da recusa radical às estruturas sociais, também é verdade que seu caminho em nada se parece com o de Lèvi-Strauss ou Althusser, que definiam as estruturas como sincrônicas, não históricas e indiferentes aos agentes. Aliás, este por si só já seria um importante ponto de corte entre o sociólogo francês e outros autores filiados ao estruturalismo: para Pierre Bourdieu (2005, p. 42; 72), os agentes não são apenas determinados pelas estruturas sociais (pelo campo?), como também as modificam.

As aproximações entre Foucault e Bourdieu já foram aqui mencionadas, quando falei de *domínio* e *campo*. Ao discorrer sobre *saber* e *verdade*, lembrei que cada domínio possui procedimentos específicos para delimitar enunciados considerados verdadeiros (FOUCAULT, 2003c, p. 233). Ainda que se possa falar, por exemplo, da episteme de uma época, não se deve imaginar que exista qualquer "instância suprema", universal, que implique em procedimentos padronizados e válidos para a totalidade dos territórios de saber, na produção de discursos com estatuto de verdade. Os domínios possuem, portanto, dinâmicas próprias, ao passo que o campo possui uma "autonomia relativa" (BOURDIEU: 2006b, p. 70; 2005, p. 89; 2004b, p. 30).

Por outro lado, se é possível realizar aproximações entre os conceitos, é justamente porque eles não são iguais; o fossem, e as aproximações já estariam dadas de antemão. Não se trata de mera diferença de batismo. O que Bourdieu resume no conceito de campo não é a mesma coisa que Foucault descreve quando fala em domínio. Descrever estas diferenças é muito importante, antes de propor uma síntese. Serão estes os empreendimentos expressos neste subcapítulo.

Bourdieu era um trabalhador. Mesmo com uma formação filosófica sólida, ele fugia da imagem do intelectual teórico e abstrato. Como Foucault, criava conceitos a partir de necessidades empíricas em contexto de pesquisa, já que o trabalho científico seria diferente do trabalho teórico, por exigir "[...] não a contemplação mas a implicação prática" (BOURDIEU, 2006b, p. 63). Uma implicação que reativa "[...] um novo ato de produção tão inventivo e original como o ato inicial que se opõe [...] ao metadiscurso ineficaz e esterilizante" (Idem, p. 64). Pensamento, pois, como prática (mais uma vez, Foucault). Daí a necessidade das ciências sociais "[...] exigirem união de uma grande ambição com uma extrema humildade" (Ibidem, p. 64). Uma atitude que, segundo o próprio Bourdieu, esteve na origem da noção de campo:

> Também aqui a noção serviu primeiro para indicar uma direção de pesquisa, definida negativamente como recusa à alternativa da interpretação interna e da explicação externa, perante a qual se achavam colocadas todas as ciências das obras culturais, ciências religiosas, história da arte ou história literária: nestas matérias, a oposição entre um formalismo nascido da teorização de uma arte que chegara a um alto grau de autonomia e um reducionismo emprenhado em relacionar diretamente as formas artísticas com formas sociais [...] encobria o que as duas correntes tinham de comum, a saber, o fato de ignorarem o campo de produção como espaço social de relações objetivas. (BOURDIEU, 2006b, p. 64)

De um lado, a negação de determinações absolutas a imiscuir-se nas dinâmicas internas de um campo; por outro lado, a negação da autonomia absoluta de um campo determinado, que estaria totalmente imune às pressões internas. Daí a ideia de que os campos teriam uma autonomia relativa, expressa simultaneamente em lógicas próprias de validação das produções dos agentes que compõe um espaço social específico, quanto em pressões externas que influenciariam as dinâmicas internas.

Campo como espaço social relativamente autônomo, como território de relações objetivas: lutas e alianças, recusas e consagrações, inclusões e exclusões. Campo de batalhas, no qual as armas são os capitais sociais de que falei quando da discussão sobre

o poder. Nas palavras do autor, um "campo de forças" em que "agentes e grupos de agentes" definem-se por suas "posições relativas" (BOURDIEU, 2006b, p. 134). Um campo onde "existir é diferir", como dito não só por Gabriel Tarde (2003, p. 70), mas também por Bourdieu (2006a, p. 88):

> Não é demais afirmar que a história do campo é a história da luta pelo monopólio da imposição das categorias de percepção e apreciação legítimas; é *a própria luta* que faz a história do campo; é pela luta que ele se temporaliza. [...] *Fazer época* é impor sua *marca*, fazer reconhecer (no duplo sentido) sua *diferença* em relação aos outros produtores e, sobretudo, em relação aos produtores mais consagrados; é, inseparavelmente, *fazer existir uma nova posição* para além das posições ocupadas, *à frente* dessas posições, *na vanguarda*. Introduzir a diferença é produzir tempo. (BOURDIEU, 2006a, p. 88)

Um tempo não cronológico, mas determinado pela ação social. Impor a diferença no campo é fazer avançar o tempo. Bourdieu articula estas concepções em seu trabalho sobre o campo da alta costura na França – trabalho do qual foi extraído o excerto supracitado -, analisando a ação dos agentes e grupos de agentes no campo (seus esforços na busca simultânea por reconhecimento e diferenciação). Se existir é diferir, também é verdade que só se pode diferir quando é possível fazer-se ver/ouvir. Uma luta que joga com o *passado* e o *futuro*, mas que se dá no *presente*:

> Em cada instante do tempo, seja qual for o campo de luta [...], os agentes e as instituições envolvidos no jogo são, ao mesmo tempo, contemporâneos e temporalmente discordantes. O *campo do presente* não passa de outro nome do campo de lutas [...] e a contemporaneidade como presença ao mesmo tempo presente, ao presente dos outros, só existe praticamente na *própria luta* que *sincroniza* tempos discordantes [...]; no entanto, a luta que produz a contemporaneidade como confronto de tempos diferentes só poderá ser travada porque os agentes e os grupos que ela opõe não estão presentes no mesmo presente. (BOURDIEU, 2006a, p. 89-90)

O campo não é território neutro, espaço liso em que agentes fluem balizados apenas em suas relações objetivas. Se há passado, há história, e tal qual uma instituição (seria o campo uma instituição?), há memórias, funcionamentos e modos próprios de pensar (Mary Douglas?). Para Bourdieu, o campo não é apenas o espaço vazio onde ocorrem as lutas entre agentes relacionalmente posicionados, mas também um campo de forças "[...] cuja necessidade se impõe aos agentes que nele se encontram envolvidos" (BOURDIEU, 2005, p. 50). Em uma sociologia de síntese, que bebe na fonte de todos os pais-fundadores da disciplina, o pensamento de Durkheim não poderia ficar de fora, e o campo, fato social, constrange e coage seus agentes (DURKHEIM, 2003, p. 3).

Bourdieu descreve o campo de forças "[...] como um conjunto de relações de forças objetivas impostas a todos os que entram nesse campo e irredutíveis às intenções dos agentes individuais ou mesmo às *interações* diretas entre os agentes" (BOURDIEU, 2006b, p. 134). Mas, de que maneiras pode um campo constranger e coagir os agentes e grupos de agentes que o constituem e que nele se posicionam? Em sua sociologia do campo artístico, por exemplo, Bourdieu descreve o que eu chamaria de *rebeldia consagrada*: as tentativas de "quebrar o círculo da crença" são no mais das vezes reconfiguradas em "[...] sacrilégios rituais, dessacralizações ainda sacralizantes que se limitam sempre a escandalizar os crentes", mas que terminam por fundar, no seio do próprio campo que se buscava reconfigurar (ou até mesmo destruir!), "[...] uma nova crença" (BOURDIEU, 2006a, p. 27):

> Paradoxalmente, nada é mais bem feito para mostrar a lógica do funcionamento do campo artístico do que o destino dessas tentativas – na aparência, radicais – de subversão: pelo fato de aplicarem ao ato de criação artística uma intenção de escárnio já anexada à tradição artística por Duchamp, elas são imediatamente convertidas em "ações" artísticas, registradas como tais e, assim, consagradas pelas instâncias de celebração. (BOURDIEU, 2006a, p. 28)

Importante salientar, porém, que os campos não são estruturas fixas. Introduzir diferença é produzir história, portanto transformação. Se os campos de força produzem efeitos e constrangem os agentes que deles participam, também é verdade que estão sujeitos aos movimentos de mudança introduzidos por estes mesmos agentes. Uma megacorporação empresarial que decide açambarcar novos mercados é capaz de deformar "[...] todo o espaço econômico", assim como Einstein "[...] deformou todo o espaço em torno de si" (BOURDIEU, 2004b, p. 23).

Em contrapartida ao recorrente retorno de Bourdieu ao conceito de *campo*, não é muito fácil encontrar referências definitivas sobre a noção de *domínio*. Em "A arqueologia do saber", somos informados de que a função enunciativa "[...] não pode se exercer sem a existência de um domínio associado" (FOUCAULT, 2005a, p. 108). E este domínio, "[...] que faz de uma frase ou de uma série de signos um enunciado e que lhes permite ter um contexto determinado, um contexto representativo específico, forma uma trama complexa" (Idem, p. 111), é constituído por acontecimentos na superfície do discurso: séries de formulações que expressam jogos de réplicas; de referências; de preparações enunciativas que permitem ao discurso avançar em uma determinada direção; ou mesmo de analogias e similitudes (Ibidem, p. 111).

> Não há enunciado que não suponha outros: não há nenhum que não tenha, em torno de si, um campo de coexistências, efeitos de série e de sucessão, uma distribuição de funções e de papéis. Se se pode falar de um enunciado, é na medida em que uma frase (uma proposição) figura em um ponto definido, com uma posição determinada, em um jogo enunciativo que a extrapola. (FOUCAULT, 2005a, p. 112)

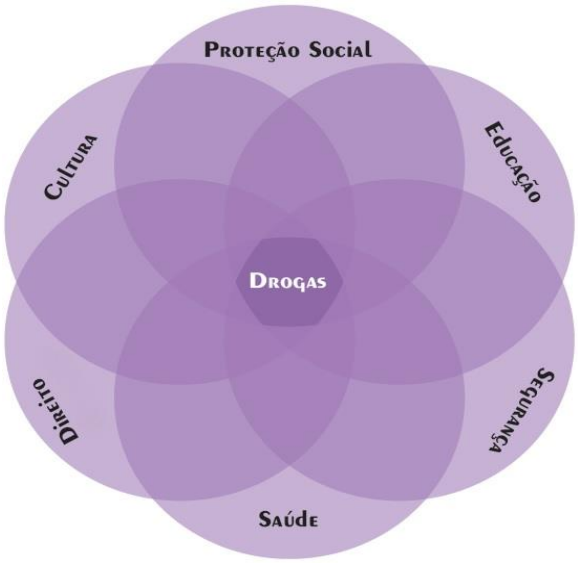
Se o domínio é esta rede de enunciados, pode-se falar dele como o território do discurso – portanto, do poder. Um poder imanente, não transcendente, que não advém de lugares outros, mas que se inscreve materialmente. Nunca é demais repetir: em Foucault, não interessa nada que esteja subjacente ao próprio discurso: é na sua materialidade que ele deve ser observado, e não nos silêncios que demandariam signos externos ao domínio, incorporáveis apenas mediantes excessivos esforços hermenêuticos. Nada de grandes teorias ou metanarrativas: a análise de discurso foucaultiana é tão monótona quanto implacável, e dispensa a interpretação em benefício da descrição dos enunciados materialmente observáveis na superfície do discurso. Uma superfície que não se resume, por exemplo, a um conjunto científico de saberes:

> Os territórios arqueológicos podem atravessar textos "literários" ou "filosóficos", bem como textos científicos. O saber não está apenas contido em demonstrações; pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas. (FOUCAULT, 2005a, p. 205)

As drogas e seus usos emergem como objeto de investimento do poder, de modo análogo ao que vimos acontecer com a loucura (FOUCAULT, 2004b), com a anormalidade (FOUCAULT, 2002b) e com a sexualidade (FOUCAULT, 2005c). Poder multifacetado, cindido e instável, expresso em múltiplas vozes, atores e instituições, e em relações de articulação, combate, diálogo... Vozes que definem droga como agregado molecular, elemento agregador (ou desagregador), substância química, fator de vulnerabilidade, mercadoria ilícita (ou lícita), *commoditie,* prova criminal, foco do discurso preventivo... Polissemia facilmente reconhecida.

Assim como o objeto, também o campo das drogas é constituído e atravessado por discursividades dos campos da saúde, cultura, segurança pública, direito, proteção social, educação. Neste sentido, não é nada incomum que um profissional de saúde utilize categorias do direito no fechamento de um diagnóstico ou na escrita de um prontuário, assim como não é incomum que um operador do direito valha-se de categorias nosológicas da psiquiatria na definição de um veredito ou na construção de uma linha argumentativa de acusação ou de defesa. É que no caso das drogas, este

contrabando terminológico não demonstra uma precária autonomia do campo, mas aponta numa direção outra: a constituição de um campo outro, que não pertence nem à saúde, nem ao direito, nem à segurança pública, nem à assistência social, nem à cultura, nem a nenhum outro domínio. Um campo das drogas, com suas categorias próprias, seus conceitos próprios, e principalmente: com suas próprias lutas e articulações.



Fonte: elaboração própria - Representação do campo das drogas, na confluência de outros campos

A imagem acima foi elaborada como parte do esforço de apresentação deste campo de lutas. O campo das drogas ganha visibilidade no centro da mandala, e compreende toda a região em tonalidade mais escura. Região mais densa, por compreender a confluência de todas as seis esferas representadas na imagem: saúde, direito, cultura, proteção social, educação e segurança. Cada uma destas esferas constitui um campo, no sentido bourdiesiano, com suas lutas, suas articulações, suas produções discursivas, suas regras e particularidades. Em cada um destes campos, um imenso conjunto de temas e objetos, dentre os quais as drogas.

Importante detalhe: em nenhum destes seis campos, as drogas podem ser entendidas como o tema ou objeto privilegiado de estudo e intervenção. Saúde, direito, cultura, proteção social, educação e segurança possuem muitos outros temas mais concorridos. Sendo assim, será apenas um número restrito de vozes, atores e instituições que, em cada campo, tomarão as drogas como tema central, constituindo um recorte de especialização, ou no mínimo de maior investimento no objeto.

Mas a partilha de um mesmo objeto em um mesmo campo não garante nenhuma unidade de pensamento. Não há nada parecido com “o olhar da saúde sobre as drogas” ou “a perspectiva do direito sobre o problema”. Há variados olhares da saúde, a múltiplas perspectivas no direito, e o mesmo vale para todos os outros campos onde as drogas aglutinam vozes, atores e instituições. Há lutas, disputas e controvérsias: embate agônico, sem vencidos ou vencedores. Nenhum juízo final. Nenhuma paz.

Agentes e grupos de agentes encontram-se em um território constituído, não por um saber, mas por um objeto polissêmico, multifacetado e transbordante de sentidos. Para este território, os agentes exportam suas lutas, suas vozes, permitindo aos agentes e grupos de agentes de outros campos não apenas a observação, mas também a partilha e o posicionamento. Constitui-se uma linguagem comum, um vocabulário híbrido, atravessada por conceitos que vem da saúde, do direito, da proteção social...

Em “As afinidades eletivas”, Goethe (1998) descreve os jogos de desejos que interpelam dois casais reunidos para um jantar informal. O título é inspirado em uma propriedade da química segundo a qual certos elementos têm a capacidade de se atraírem mutuamente. Na sociologia clássica, Max Weber (2004) utilizou-se da noção de “afinidades eletivas” para descrever as relações entre a ética protestante e o espírito do capitalismo. Mais contemporaneamente, Pierre Bourdieu (2007a) dedicou um subcapítulo de “A distinção” para problematizar contribuições decorrentes do conceito.

No caso em questão, as afinidades eletivas permitem compreender como se relacionam, no interior do campo das drogas, agentes e grupos de agentes originários de distintas esferas. Permite observar, por exemplo, como agentes do campo da saúde e do direito podem estabelecer conexões que expressam - em si mesmas - desconexões com outros agentes relacionalmente posicionados nos campo da saúde e do direito; ou como grupos de agentes do campo da proteção social afastam-se uns dos outros na justa medida em que se aproximam de distintos grupos de agentes do campo da educação.

De fato, a simples partilha de um mesmo campo de atuação não garante nenhuma proximidade entre agentes e grupos de agentes no seio do campo das drogas. As afinidades eletivas aproximam e separam psiquiatra, psicóloga, psicanalista, historiador, socióloga, antropólogo, e o estudante universitário que milita em alguma organização social. Agentes. Sujeitos?

2.1.4 AGENTE, SUJEITO

Ator, sujeito, cidadão, indivíduo, persona, informante, átomo do social, pessoa, nativo, personagem, agente, dobra do social... São variados os conceitos utilizados nas Ciências Sociais para referir o ser humano em suas relações com os outros e com o seu meio, e muitos os sentidos para pelo menos alguns um deles. *Ator*, por exemplo: em Goffman (1996, p. 9), ele desempenha um papel no drama social; em Touraine (1996, p. 28), é alguém engajado nas lutas de seu tempo histórico; em Dubet (1994, p. 50), é o próprio sistema. E existem ainda os possíveis adjetivos agregados aos conceitos, como no caso de Stuart Hall, que adjetiva o sujeito de três diferentes maneiras: sujeito do Iluminismo, sujeito sociológico e sujeito moderno (HALL, 2006, p. 10).

O tema é vasto e complexo. Uma ampla e sistemática revisão justificaria toda uma investigação, e sua realização talvez exigisse a montagem de uma equipe de pesquisa. Felizmente, o objetivo deste subcapítulo é muito mais modesto: apresentar e problematizar as noções de *sujeito* em Michel Foucault e de *agente* em Pierre Bourdieu, discutindo suas diferenças e complementaridades. Autores que tampouco dedicaram suas vidas a estas construções conceituais, mas que delas necessitaram em função do tipo de mirada e de pesquisa que desenvolveram ao longo de suas trajetórias. Em ambos os casos, conceitos produzidos no calor da pesquisa.

Bourdieu usa o conceito de agente não apenas como uma palavra qualquer para designar o ser humano, mas como conceito que define um "indivíduo construído" (para além de sua condição biológica de ser humano, portanto), e "eficiente em um campo" (BOURDIEU, 2005, p. 82). Não basta ser humano e estar vivo para ser um agente; é preciso participar de um campo: ajudar a construí-lo e sustentá-lo, dar sentido às suas controvérsias, tomar partido em suas lutas... Os agentes: pessoas diferentes, mas com alguma coisa em comum:

> Entre pessoas que ocupam posições opostas em um campo, e que parecem radicalmente opostas em tudo, observa-se que há um acordo oculto e tácito a respeito do fato de que vale à pena lutar a respeito das coisas que estão em jogo no campo. O apolitismo primário, que não cessa de crescer, já que o campo político tende cada vez mais a fechar-se sobre si mesmo e a funcionar sem se referir à clientela (isto é, um pouco como um campo artístico), apoia-se sobre uma espécie de consciência confusa dessa cumplicidade profunda entre os adversários inseridos no mesmo campo: eles se enfrentam, mas estão de acordo pelo menos a respeito do objeto do desacordo. (BOURDIEU, 2005, p. 141)

A evocação de um prazer associado ao envolvimento com tais práticas lembra os escritos de Bourdieu sobre o *esporte escolástico*, no qual há um "jogar sério" que se posiciona entre "jogo" e "seriedade" (BOURDIEU, 2007b, p. 24). Cumplicidades e hostilidades. Os agentes reconhecem um campo: o discutem, refletem sobre sua dinâmica, estabelecendo relações objetivas. Reconhecem-se mutuamente como agentes neste campo. Entre si, estabelecem acordos, articulações, controvérsias e lutas. Campo de forças, campo de lutas.

> Pelo fato de que os participantes de um jogo chegam a um acordo sobre os lances, pelo menos, no que diz respeito à sua disputa, pode-se acentuar, à vontade, as cumplicidades que os unem na hostilidade ou as hostilidades que os separam na cumplicidade. (BOURDIEU, 2007a, p. 296)

A esta fé que os agentes depositam no jogo, Bourdieu chama *ilusio*, e participar dela "[...] é o mesmo que levar a sério [...] os móveis dessa competição os quais, nascidos da lógica do próprio jogo, conferem seriedade ao jogo" (BOURDIEU, 2007b, p. 21). Esta profissão de fé afasta o cinismo, e se desdobra numa espécie de interesse desinteressado, impedindo que se dominem "[...] explicitamente aqueles mecanismos cujo domínio prático é a condição do seu êxito" (BOURDIEU, 2006b, p. 82). Participar da *ilusio* no campo das drogas, por exemplo, implica posicionar-se com ou contra a legalização das drogas hoje consideradas ilícitas (ou ao menos de algumas delas, como a maconha), com ou contra a internação compulsória, com ou contra o financiamento público para o tratamento em CT's, com ou contra a implementação de políticas públicas que tomam a RD como diretriz do cuidado... Implica, enfim, em participar destes debates, como se deles dependesse a própria vida.

Os agentes acreditam na importância do campo do qual participam, do campo que ajudam a construir e sustentar. Mas a crença dos agentes não é do mesmo tipo que aquela manifesta pelas pessoas que têm interesse pelos debates na condição de meros espectadores. As lutas que envolvem os ouvintes após um espetáculo de música clássica, em suas conversas regadas a vinho e tagliatelle, não são do mesmo tipo que aquelas vividas por músicos, estudantes, maestros e críticos especializados. Em sua análise do campo da alta costura na França, Bourdieu reconhece as lutas entre "[...] os dominantes que só precisam ser o que são" e os recém-chegados, empenhados em "[...] romper com certas convenções em vigor" (BOURDIEU, 2006a, p. 120-121). No jogo relacional de posições em um campo, há esquerda, direita e centro:

> E esse campo que tem sua direita e sua esquerda, seus conservadores e seus revolucionários, tem também seu centro, seu lugar neutro, representado aqui por Saint-Laurent que atrai para si os elogios unânimes por meio de uma arte que une, de acordo com uma hábil dosagem, as qualidades polares [...]; que recupera as inovações espalhafatosas dos outros para transformá-las em audácias aceitáveis [...]; que transforma as revoltas da vanguarda em liberdades legítimas [...]; e que não hesita em declarar: "É preciso vir para a rua". E podemos deixar a última palavra à revista *Le Nouvel Observateur*, que conhece o assunto: "O responsável por essa *abertura à esquerda* é, precisamente, um antigo grande costureiro, ou seja, Ives Saint-Laurent". (BOURDIEU, 2006a, p. 124).

Não posso deixar de evocar Deleuze (2005, p. 130), a dizer que o sujeito é uma dobra do social. Um Bourdieu quase poético afirma que "[...] o espaço social me engloba como um ponto", para logo em seguida ponderar que "[...] esse ponto é um *ponto de vista*, princípio de uma visão assumida a partir [...] de uma *perspectiva* definida em sua forma e conteúdo pela posição objetiva a partir da qual é assumida" (BOURDIEU, 2005, p. 27). O agente é, pois, uma posição no campo, e se é uma identidade, esta é sempre relacional; uma estrutura estruturada por sua própria trajetória (e também pelas forças do campo), e uma estrutura estruturante que age sobre o campo, podendo moldá-lo, modificá-lo, adequá-lo. Ou não.

> Os agentes bem ajustados ao jogo são possuídos por ele, e tanto mais, sem dúvida, quanto melhor o compreendem. Por exemplo, um dos privilégios associados ao fato de se nascer em um jogo é que podemos economizar cinismo, já que temos o sentido do jogo; como um bom jogador de tênis, estamos localizados, não onde a bola está, mas onde ela vai cair; estamos localizados, e no lugar, não onde está o lucro, mas onde ele vai ser encontrado. (BOURDIEU, 2005, p. 142)

Um elemento determinante para compreender a posição ocupada no jogo é a trajetória de cada jogador. Bourdieu critica a perspectiva utilitarista, pois os agentes envolvidos pela *ilusio* não se posicionam no campo como simples carreiristas, mas como pessoas que "[...] visam certos fins sem colocá-los como tais" (BOURDIEU, 2005, p. 143). A carreira, pois não é vivida como carreira, e o agente sente-se simplesmente como alguém que está "[...] envolvido em seus afazeres" (Idem, p. 143). Faltaria, portanto, aos adeptos da teoria dos jogos e da escolha racional, a percepção de que os agentes são estrategistas sem intenção estratégica – o que torna suas estratégias muito mais estratégicas (Ibidem, p. 145). Conceber os agentes como cínicos oportunistas com objetivos inconfessáveis é um erro comum entre cientistas sociais que estudam a história de um determinado campo:

> [...] podemos, por exemplo, ajustar-nos às necessidades de um jogo, podemos fazer uma belíssima carreira acadêmica, sem nunca ter a necessidade de postular tal objetivo. Inspirador por um desejo de desmistificação, os pesquisadores frequentemente tendem a agir como se os agentes sempre tivessem tido como finalidade, no sentido de objetivo, o fim, no sentido de termo, de sua trajetória. Transformando o trajeto em projeto, agem como se o intelectual consagrado, cuja carreira eles pesquisam, tivesse tido em mente, desde o momento em que escolheu uma disciplina, um orientador de tese, um objeto de pesquisa, a ambição de tornar-se professor do Collège de France. (BOURDIEU, 2005, p. 146)

É retrospectivamente que os passos dados por agentes possuídos pela *ilusio* de um determinado campo são vistos como etapas de um projeto, e transformados em uma trajetória (BOURDIEU, 2007b, p. 254). Isto ficou muito claro nas infinitas conversas com profissionais que atuam em diferentes áreas daquilo que vou chamar de um campo constituído em torno das técnicas de cuidado e das políticas públicas de saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Questão tanto teórica quanto metodológica, esta compreensão fez-me rapidamente modificar o modo como conduzia as entrevistas: de início, eu interrogava os agentes sobre suas carreiras acadêmicas, e apenas depois sobre seu encontro com o tema das drogas; posteriormente, dei-me conta de que as duas questões deveriam ser colocadas simultaneamente, já que a visão retrospectiva poderia resultar na produção de trajetórias capazes de posicionar o encontro com a temática em um momento até mesmo anterior à entrada na academia – o que de fato se verificou em alguns casos.

Os agentes, que se posicionam relacionalmente em um campo e compartilham da *ilusio* correspondente, são "[...] produtores de práticas classificáveis objetivamente", ao mesmo tempo em que são "[...] operações não menos objetivas de classificação, por sua vez classificáveis" (BOURDIEU, 2007a, p. 162). E são assim em função de seu *habitus*, que é justamente este "[...] *princípio gerador* de práticas objetivamente classificáveis e, ao mesmo tempo, *sistema de classificação* de tais práticas" (Idem, p. 162). *Ilusio* como crença no jogo, *habitus* como um corpo adequado ao jogo.

> Uma das funções principais da noção de habitus consiste em descartar dois erros complementares cujo princípio é a visão escolástica: deum lado, o mecanismo segundo o qual a ação constitui o efeito mecânico da coerção das causas externas; de outro, o finalismo segundo o qual, sobretudo por conta da teoria da ação racional, o agente atua de maneira livre, consciente e, como dizem alguns utilitaristas, with full understanding, sendo a ação o produto de um cálculo das chances e dos ganhos. (BOURDIEU, 2007b, p. 169)

"Necessidade incorporada", o *habitus* se expressa em um conjunto de disposições "geradoras de práticas sensatas e percepções capazes de fornecer sentido às práticas" (BOURDIEU, 2007a, p. 163). Estas "disposições adquiridas" são "[...] maneiras de ser permanentes, duráveis que podem, em particular, levá-los a resistir, a opor-se às forças do campo", sobretudo quando adquiridas "[...] longe do campo em que se inscrevem (BOURDIEU, 2004b, p. 28). Em "O poder simbólico", Bourdieu descreve um tipo de situação limite em que se torna impossível distinguir, nas práticas dos agentes, o que seria "[...] efeito das posições e o que decorre do efeito das atitudes introduzidas pelos agentes nessas posições" (BOURDIEU, 2006b, p. 90). Tal condição seria determinante, tanto à posição objetiva dos agentes, quanto à sua apreensão subjetiva das dinâmicas do campo. E esta condição limite, penso, será muito importante para a compreensão das mudanças estruturais no campo das drogas à partir do acontecimento da RD, e da respectiva introdução de novos agentes:

> Esta dialética nunca se mostra tão bem, paradoxalmente, como no caso das posições situadas em zonas de incerteza do espaço social e das profissões pouco "profissionalizadas", quer dizer, ainda mal definidas em relação tanto às condições de acesso como às condições de exercício: estes postos, a fazer mais propriamente do que feitos – feitos para serem feitos – são feitos para aqueles que são e se sentem feitos para fazerem seu posto, que não se sentem feitos para os postos já feitos e que, entre as velhas alternativas, escolhem *contra* o já feito e *por* o que se faz, contra o fechado e pelo aberto. A definição destes postos mal definidos, mal delimitados, mal garantidos, reside, paradoxalmente, na liberdade que consentem seus ocupantes de os definir e de os delimitar introduzindo-lhes os seus limites, a sua definição, toda a necessidade que é constitutiva do seu *habitus*. Estes postos serão o que são os seus ocupantes ou, pelo menos, aqueles que, nas lutas internas da "profissão" e nas confrontações com as profissões afins e concorrentes, consigam impor a definição profissional mais favorável àquilo que eles são. (BOURDIEU, 2006b, p. 90-91)

Se o agente de Pierre Bourdieu está conectado a um campo, o sujeito da arqueologia de Michel Foucault é o sujeito em sua relação com um determinado discurso. Em sua já referida forma de afirmar por meio de negações, Foucault explica que o sujeito não deve ser reduzido às suas formas gramaticais ou à sua função dentro de uma determinada frase; também não se deve confundi-lo com o autor (para a análise arqueológica, o autor tem pouca ou nenhuma importância); não deve ser tomado como "[...] causa, origem ou ponto de partida do fenômeno da articulação escrita ou oral de uma frase", tampouco como a intenção que ordena as palavras (FOUCAULT, 2005a, p. 107). O que é, então, o sujeito do discurso?

> É um lugar determinado e vazio que pode ser efetivamente ocupado por indivíduos diferentes; mas esse lugar, em vez de ser definido de uma vez por todas e de se manter uniforme ao longo de um texto, de um livro ou de uma obra, varia – ou melhor, é variável o bastante para poder continuar, idêntico a si mesmo, através de várias frases, bem como para se modificar a cada uma. (FOUCAULT, 2005a, p. 107)

Um lugar determinado e vazio, variável o bastante para manter-se idêntico a si mesmo. Quando estudei o discurso nas campanhas de prevenção ao uso de crack realizadas no Brasil entre 2009 e 2012, deparei-me com esta questão do sujeito que se modifica num movimento de manter-se idêntico. Foi realmente impressionante encontrar o sujeito do discurso preventivo com relação às drogas em suas variações (o diambista na primeira metade do século XX, o craqueiro no início do século XXI): pessoas outras, drogas diferentes, conjunturas distintas, mas uma mesma discursividade, fixando um mesmo sujeito. Voltarei a esta questão no momento apropriado.

Movimentos de institucionalização dos corpos. Não mais o louco em suas relações com a comunidade onde vive, não mais o homem que faz sexo com outros homens com suas vivências afetivas, não mais o infrator como "[...] o simples sujeito de suas aventuras" (FOUCAULT, 2010e, p. 76), mas um sujeito posicionado na ordem do discurso, tornado objeto por "[...] uma instituição – 'sociologia', 'psiquiatria', 'psicologia', 'criminologia', pouco importa o seu nome" (Idem, p. 76). O sujeito da arqueologia foucaultiana não fala por sua própria voz, mas é chamado a responder as perguntas que lhe fazem, para que suas palavras sejam submetidas pelo saber-poder:

> Os condenados só existem no plural por efeito e graça de um discurso "científico" sustentado por um preposto. Eles formam um conjunto, porque os agrupamos sob categorias gerais; devem ter palavras ou ideias em comum, são palavras pelas quais os designamos, e as noções que lhes aplicamos. A análise ou a reflexão é conduzida do exterior: não lhes perguntamos qual é a deles; exercitamo-la sobre eles com todo cuidado possível. A verdade os clareia de cima. (FOUCAULT, 2010e, p. 76)

Nestes movimentos de captura, a ordem do discurso científico não concebe os sujeitos como corpos capazes de qualquer movimento coletivo, mas como meros exemplares de uma população – ou de uma "coleção", na escrita ácida de Foucault. Suas vozes tornam-se meros suportes para que o discurso afirme sua verdade, e as reflexões e os sentidos atribuídos pelos indivíduos são soterrados por camadas de uma discursividade asséptica que psiquiatriza o louco, que criminaliza o aventureiro, que torna anormal o homem que faz sexo com outros homens:

> Eis a cena: você, você é o indivíduo, a aventura, a memória: falará na primeira pessoa, em condições de uma escrita cuja lei só nós detemos; a esse preço será compreendido e absolvido. Nós, nós escutaremos narrativas fictícias (inquietantes-tranquilizadoras) em que sua aventura irregular será seguida, reconstituída, controlada por um certo cálculo racional que triunfará sobre suas astúcias e resolverá o enigma por um engenhoso achado. E, enquanto estivermos encantados com essas ficções, vocês, que são sábios, serão os únicos a poderem transformar a aventura singular que conta a memória individual em um fenômeno de conjunto que, em nome da ciência, vocês designarão e desarmarão com o termo de delinquência. (FOUCAULT, 2010e, p. 77)

Se o sujeito que fala na primeira pessoa parece ausente da arqueologia foucaultiana, não é por desprezo às suas vozes, mas exatamente pelo contrário, ou seja: pelo imenso fascínio que estas discursividades exerciam sobre o velho arqueólogo. Pierre Rivière, Herculine Barbin, Lancenaire, Jean Genet... Foucault considera estes escritos pessoais, estas memórias, como peças muito raras, capazes de expor o poder em um gesto. Disse memórias? Não apenas: são discursos que reivindicam ao louco o direito de falar da psiquiatria, ao delinquente o direito de falar da lei, ao *gay* o direito de falar dos processos de normalização da sexualidade. Mas uma importante advertência é feita pelo próprio Foucault, quando escreve seu prefácio ao livro com as memórias do aventureiro Lancenaire:

> Não quero dizer que ele "representa" o que pensam os detentos em sua totalidade ou mesmo em sua maioria. Digo que é um elemento dessa luta; que nasceu dela e que representará um papel. É a expressão individual e forte de uma certa experiência e de um certo pensamento populares da lei e da ilegalidade. Uma filosofia do povo. (FOUCAULT, 2010e, p. 79)

Mas estas dinâmicas de sujeitamento, de captura dos corpos na ordem do discurso, não são uma exclusividade das ciências. Foucault as encontra também na prática política dos partidos que reivindicam uma orientação marxista, num movimento por meio do qual "[...] as vontades individuais e subjetivas tornam-se uma espécie de vontade coletiva" (FOUCAULT, 2010f, p. 206). É este movimento dos partidos comunistas que possibilitará transformar toda uma classe social em sujeito histórico, permitindo a emergência do proletariado. O partido torna-se, consequentemente, "[...] a consciência do proletariado, ao mesmo tempo em que, para o proletariado [...], é sua condição de existência" (Idem, p. 206). E aqui, novamente, a afirmação da necessidade de se aguçar olhos e ouvidos para a possibilidade de emergência de vozes outras, singulares e livres de elaboração:

> Será preciso destruir a ideia de que a filosofia é o único pensamento normativo. É preciso que as vozes de um número incalculável de sujeitos falantes ecoem e se faça falar uma inumerável experiência. Não é necessário que o sujeito falante seja sempre o mesmo. Não é necessário que somente ecoem palavras normativas da filosofia. É preciso fazer falar todas as espécies de experiências dar ouvido aos afásicos, aos excluídos, aos moribundos, pois estamos no exterior, enquanto são eles que efetivamente enfrentam o aspecto sombrio e solitário das lutas. Creio que a tarefa de um praticante da filosofia, vivendo no Ocidente, é a de dar ouvidos a todas essas vozes. (FOUCAULT, 2010f, p. 207-208)

Esta menção ao indivíduo que se posiciona para além da ordem do discurso me remete a Borges, autor por quem Foucault nutria profunda admiração. Penso na "História universal da infâmia" (BORGES, 2001, p. 311-379): Lazarus Morell, Tom Castro, Monk Eastman, Bill Harrigan... Escroques, corruptos, assassinos, valentões, que fogem aos enquadres criminológico, psicopatológico, sociológico... Também Carlo Ginzburg (2006) realizou esforços neste sentido, como em "O queijo e os vermes": o caso do moleiro Domenico Scandella, vulgo Menocchio, que viveu no norte da Itália em meados do século XIV, processado pelo Tribunal do Santo Ofício por suas teses singulares a respeito do milagre da criação; um legítimo teólogo popular.

Interessam a Foucault estes dois acontecimentos: as vozes que escapam aos processos de sujeitamento; a captura dos corpos e das vidas na ordem do discurso. A ligar um e outro, o poder. Esquadrinhamento e controle por um lado, resistência por outro. E uma resistência que surge onde as tecnologias discursivas de produção de sujeitos se encontram com os indivíduos que resistem a estes processos, de inúmeras maneiras (FOUCAULT, 2005c, p. 91). A respeito das vidas infames em seu encontro com o poder, Foucault escreve:

> O que as arranca da noite em que elas teriam podido, e talvez sempre devido, permanecer é o encontro com o poder: sem esse choque, nenhuma palavra, sem dúvidas, estaria mais ali para lembrar seu fugidio trajeto. O poder que espreitava essas vidas, que as perseguiu, que prestou atenção, ainda que por um instante, em suas queixas e em seu pequeno tumulto, e que as marcou com suas garras, foi ele que suscitou as poucas palavras que disso nos restam; seja por se ter querido dirigir a ele para denunciar, queixar-se, solicitar, suplicar, seja por ele ter querido intervir e tenha, em poucas palavras, julgado e decidido. Todas essas vidas destinadas a passar por baixo de qualquer discurso e a desaparecer sem nunca terem sido faladas só puderam deixar rastros – breves, incisivos, com frequência enigmáticos – a partir do momento de seu contato instantâneo com o poder. (FOUCAULT, 2003d, p. 207-208)

Há os corpos biológicos, livres de elaboração; há o sujeito do discurso; há, por fim, os indivíduos. Foucault identifica uma linha do que ele mesmo vai chamar de "processos de individualização" no poder pastoral. Em seu momento histórico, o pastorado emerge como uma forma totalmente nova de poder, que individualiza os corpos de modo inédito, que "[...] não vai ser definida pelo estatuto de um indivíduo, nem por seu nascimento, nem pelo brilho das suas ações" (FOUCAULT, 2008b, p. 242), mas de três maneiras: pela análise dos méritos e deméritos no ato da confissão; pela servidão de todos a todos, e não pelo cuidado de si ou pelo autocontrole; por fim, pela "[...] produção de uma verdade interior, secreta e oculta" (Idem, p. 243). Nas palavras do próprio Foucault: identificação analítica, sujeição, subjetivação.

Esta gênese da história do indivíduo é o próprio prelúdio dos processos de governamentalização, pela constituição "[...] de um sujeito cujos méritos são identificados de maneira analítica", que é "[...] sujeitado em redes contínuas de obediência", que é "[...] subjetivado pela extração da verdade que lhe é imposta" (FOUCAULT, 2008b, p. 243). Para Foucault, portanto, será desta forma que o poder pastoral irá contribuir decisivamente para a constituição do que se costuma chamar de "o sujeito moderno" (Idem, p. 244).

> Identidade, sujeição, interioridade: a individualização do homem ocidental durante o longo milênio do pastorado cristão foi realizada à custa da subjetividade. Por subjetivação. É preciso tornar-se sujeito para se tornar indivíduo. (todos os sentidos da palavra sujeito). Ora, na medida em que era fator e agente de individualização, o pastorado criava um formidável apelo, um apetite de pastorado: como se tornar sujeito sem ser sujeitado? Enorme desejo de individualidade, bem anterior à consciência burguesa e que opõe radicalmente o cristianismo ao budismo. (FOUCAULT, 2008b, p. 310)

Mas também é possível encontrar referências a um sujeito foucaultiano que em muito faz lembrar o agente de Pierre Bourdieu. No curso "Em defesa da sociedade", Foucault fala de uma "[...] trama epistêmica muito densa", a permitir que "[...] diferentes sujeitos falem, possam ocupar posições taticamente opostas, para que possam, uns em face dos outros, encontrar-se me posição de adversários", e isto tanto na ordem do saber quanto da política (FOUCAULT, 1999, p. 250). Não se trata de polêmica, mas de relações de força, dissimétricas. Uma guerra que nunca cessa, e que é o motor das instituições; nesta trama epistêmica, não há sujeitos neutros, e cada um é necessariamente adversário de alguém (Idem, p. 61). Voltarei a este ponto quando falar sobre o conceito de luta.

Há ainda uma outra perspectiva foucaultiana com respeito ao poder, que se expressa sobretudo nos trabalhos realizados pelo professor do Collège de France junto às pessoas condenadas à penas de prisão. Já falei do sujeito posicionado na ordem do discurso, e do sujeito resgatado por autores como Ginzburg e Borges. Faltaria ainda lembrar os sujeitos que falam por si, sem mediadores ou representantes. Vozes singulares, mas não individuais (Deleuze falaria em "agenciamentos coletivos de enunciação", conceito que muito me agrada). Diante destes, caberia ao intelectual o esforço de abrir espaço para que suas vozes irrompam nas arenas públicas de debates, e nunca colocar-se na condição de porta-voz:

> Não temos a pretensão de fazer com que os detentos e suas famílias tomem consciência das condições que lhes são dadas. Essa consciência, há muito tempo eles a possuem, mas ela não tem os meios de se expressar. O conhecimento, as reações, as indignações, as reflexões sobre a situação penitenciária, tudo isso existe, no nível dos indivíduos, mas ainda não aparece. Doravante, é preciso que a informação circule, de boca a orelha, de grupo a grupo. O método pode surpreender, mas ainda é o melhor. É preciso que a informação faça ricochete; é preciso transformar a experiência individual em saber coletivo. Quer dizer, em saber político. (FOUCAULT, 2003f, p. 7)

O projeto da arqueologia foucaultiana não foi outro que não o de liberar as vozes soterradas por densas camadas de verdade, discurso, saber e poder, ao mesmo tempo em que expunha os modos de operação de uma maquinaria de captura que se constituiu sobre o sujeito psiquiatrizado, patologizado, normalizado, criminalizado. Projeto científico, levado a cabo por meio de uma metodologia tão insólita quanto rigorosa: descrever os enunciados em sua materialidade, expor o discurso, sem lançar mão de chaves interpretativas pré-concebidas ou de pretensos sentidos ocultos nas entrelinhas. Projeto político de um pesquisador que se recusava a falar por seus eloquentes objetos. Agenda política e investigativa. Luta.

> E quanto mais isso anda, menos eu me interesso pela escrita institucionalizada sob a forma da literatura. Em compensação, tudo o que pode escapar a isso, o discurso anônimo, o discurso cotidiano, todas essas falas esmagadas, recusadas pela instituição ou afastadas pelo tempo, o que dizem os loucos na profundeza dos asilos há séculos, o que os operários não cessaram de dizer, de clamar, de gritar, desde que o proletariado existe como classe e tem consciência de construir uma classe, o que foi dito nessas condições, essa linguagem a um só tempo transitória e obstinada, que jamais ultrapassou os limites da instituição literária, da instituição da escrita, é essa linguagem que me interessa cada vez mais. (FOUCAULT, 2003e, p. 56)

2.1.5 LUTA, GUERRA, POLÍTICA, CONTRACONDUTA, AGÓN

> Eu mesmo tenho frequentemente lembrado que, se existe uma verdade, é que a verdade é um lugar de lutas. (BOURDIEU, 2005, p. 83)

"A verdade é um lugar de lutas". Foucault poderia ter escrito tal frase. Luta-se pelo monopólio do discurso verdadeiro, pelo direito de inscrição na ordem do discurso. Discurso que não é apenas um instrumento de luta, "[...] mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar" (FOUCAULT, 2005b, p. 10). Bourdieu, por seu turno, toca em outro ponto: para ele, não se trata focar as articulações de enunciados dispersos na superfície do discurso, mas agentes em um campo, submetidos às suas forças, e simultaneamente produzindo este campo em suas relações (BOURDIEU, 2006, p. 134).

Por outro lado, já mencionei que se pode encontrar em Foucault elaborações muito próximas às de Bourdieu: similarmente ao campo, uma trama epistêmica; à semelhança dos agentes, adversários; ao invés de autonomia, densidade; em ambos, a diferença como condição de existência. E a luta, sempre condicionada às regras do campo, ou à ordem do discurso:

> Em outras palavras, a reversibilidade tática do discurso depende diretamente da homogeneidade das regras de formação desse discurso. É a regularidade do campo epistêmico, é a homogeneidade no modo de formação do discurso, que vai deixa-lo utilizável nas lutas que, quanto a elas, são extradiscursivas. Era por essa razão de método, portanto, que insisti nessa distribuição de diferentes táticas discursivas no interior de um campo histórico-político coerente, regular e formado de maneira muito densa. (FOUCAULT, 1999, p. 250-251)

Mas há muitas diferenças. Aproximando-se de Nietzsche, Foucault inverte a clássica proposição de Clausewitz: "a política é a guerra continuada por outros meios" (FOUCAULT, 1999, p. 22). Isto implica três afirmações: primeiro, que a política estanca a guerra apenas para "[...] reinserir perpetuamente essa relação de força, mediante uma espécie de guerra silenciosa, e de reinseri-la nas instituições, nas desigualdades econômicas, na linguagem, até nos corpos de uns e de outros" (Idem, p. 23); segundo, que a paz civil que aparentemente suspende a guerra, na verdade a esconde "[...] a história dessa mesma guerra, mesmo quando se escreve a história da paz e de suas instituições" (Ibidem, p. 23); por fim, afirmar que a política é a guerra por outros meios implica reconhecer que "[...] a derradeira batalha suspenderia afinal, e afinal somente, o exercício do poder como guerra continuada" (Ibidem, p. 23).

> Eu gostaria de tentar ver em que medida o esquema binário da guerra, da luta, do enfrentamento das forças, pode ser efetivamente identificado como o fundamento da sociedade civil, a um só tempo o princípio e o motor do exercício do poder político. É mesmo exatamente da guerra que se deve falar para analisar o funcionamento do poder? São válidas as noções de "tática", de "estratégia", de "relação de força"? Em que medida são? O poder, pura e simplesmente, é uma guerra continuada por outros meios que não as armas ou batalhas? (FOUCAULT, 1999, p. 26)

Na discussão que trouxe acerca do poder, utilizei muitos elementos presentes no primeiro volume de "História da sexualidade". Ali, uma das frases clássicas de Foucault a me dizer "[...] que lá onde há poder, há resistência" (FOUCAULT, 2005c, p. 105). Resistências que se expressam não apenas nas formas reconhecidas dos movimentos sociais e das revoltas populares minimamente organizadas, mas em no encontro dos corpos com as mais extremas filigranas do poder. Ou, ainda mais radical, o corpo investido pelo poder, que se apresenta como campo de batalha, como o próprio território das lutas, atravessado por toda uma série de sensações, que é a "[...] sede das intensidades múltiplas de prazer", que é "[...] animado, sustentado, eventualmente contido por uma vontade que consente ou não consente" (FOUCAULT, 2002b, p. 255). Em "Os anormais", tal discussão aparece com o problema das mulheres possuídas pelo demônio, especialmente no que tange às suas diferenças para com o problema da feiticeira: enquanto esta era sempre uma "[...] mulher da periferia da aldeia ou do limite da floresta", a possuída aparece no seio do próprio cristianismo, principalmente entre freiras, "[...] onde o catolicismo tentar introduzir seus mecanismos de poder e de controle, onde ele tenta introduzir suas obrigações discursivas: no próprio corpo dos indivíduos" (Idem, p. 260). O corpo da feiticeira, portanto, "[...] goza de prestígios que lhe permitem participar da potência diabólica, que lhe permitem por conseguinte escapar dos que a perseguem" (Ibidem, p. 267). Mas, e a possuída:

> O corpo da possuída é bem diferente. Não está envolto em prestígios; é o lugar de um teatro. É nele, nesse corpo, no interior desse corpo, que se manifestam os diferentes poderes, seus enfrentamentos. Não é um corpo transportado: é um corpo atravessado em sua espessura. É um corpo dos investimentos e contrainvestimentos. No fundo, é um corpo fortaleza: fortaleza investida e sitiada. Corpo-cidadela, corpo-batalha: batalha entre o demônio e a possuída que resiste; batalha entre o que, na possuída, resiste a esta parte dela mesma, ao contrário, que consente e se trai; batalha entre os demônios, os exorcistas, os diretores e a possuída, que ora os ajuda, ora os trai, ficando ora do lado do demônio pelo jogo dos prazeres, ora do lado dos diretores e dos exorcistas por meio de suas resistências. (FOUCAULT, 2002b, p. 268)

A convulsão e a possessão não pertencem, portanto, a uma história das crendices, das superstições, tampouco das mentalidades; pertencem menos ainda a uma história das doenças psíquicas ou neurológicas tomadas como problemas espirituais. A convulsão e a possessão pertencem, isto sim, a uma história política do corpo, a uma história das lutas, e das lutas políticas, que têm seu lugar no corpo mesmo (FOUCAULT, 2002b, p. 271). A carne convulsiva é, portanto, "[...] o corpo atravessado pelo direito de exame, o corpo submetido à obrigação da confissão exaustiva e o corpo eriçado contra essa obrigação da confissão exaustiva", bem como "[...] o efeito da resistência dessa cristianização no nível dos corpos individuais" (Idem, p. 270).

> O que é a convulsão? A convulsão é a forma plástica e visível do combate no corpo da possuída. A onipotência do demônio, sua *performance* física, pode ser encontrada em aspectos dos fenômenos de convulsão como a rigidez, o arco de círculo, a insensibilidade às pancadas. Sempre nesse fenômeno da convulsão, também encontramos – como efeito puramente mecânico do combate, de certo modo como o abalo dessas forças que se enfrentam mutuamente – as agitações, os tremores, etc. Também encontramos toda a série de gestos involuntários, mas significantes: debater-se, cuspir, tomar atitudes de denegação, dizer palavras obcenas, irreligiosas, blasfematórias, mas sempre automáticas. Tudo isso constitui os episódios sucessivos da batalha, os ataques e contra-ataques, a vitória de um de outro. E, enfim, as sufocações, os engasgos, os desmaios assinalam o momento, o ponto em que o corpo vai ser destruído nesse combate, pelos próprios excessos das forças em presença. (FOUCAULT, 2002b, p. 269)

Um corpo que convulsiona não é um corpo máquina de guerra que se apresenta às lutas, mas um corpo campo de batalha, atravessado e tomado tanto pelo poder como pela resistência. Um é o corpo que se encontra com o poder, enfrentando-o; outro é o corpo no qual se dá o encontro, a batalha com o poder. Diferente, portanto, do corpo do supliciado no encontro com o algoz descrito em "Vigiar e punir", que inicia com a detalhada descrição do suplício de Robert-François Damiens, camponês condenado ao esquartejamento pela tentativa de assassinato do Rei Luis XV em 1757. O suplício, assim como a tortura, "[...] é um jogo judiciário estrito" (FOUCAULT, 2004d, p. 38):

> Entre o juiz que ordena a tortura e o suspeito que é torturado, há ainda como uma espécie de justa: o "paciente" - é o termo pelo qual é designado o supliciado - é submetido a uma série de provas, de severidade graduada e que ele ganha "aguentando", ou perde confessando. Mas o juiz não impõe a tortura sem, por seu lado, correr riscos (e não é só o perigo de ver morrer o suspeito); ele põe alguma coisa em jogo no torneio, que são os elementos de prova que já reuniu; pois a regra diz que, se o condenado "aguenta" e não confessa, o magistrado é obrigado a abandonar as acusações. O supliciado

> ganhou. Daí o hábito, que se introduzira para os casos mais graves, de impor suplício do interrogatório "com reserva de provas": nesse caso o juiz podia continuar, depois das torturas, a fazer valer as presunções reunidas; o suspeito não era inocentado por sua resistência; mas pelo menos devia ele à sua vitória não mais poder ser condenado à morte. O juiz conservava todas as cartas, menos a principal. *Omnia citra mortem*. Daí a recomendação que se faz muitas vezes aos juízes de não submeter a suplício do interrogatório um suspeito contra o qual há convicção suficiente dos crimes mais graves, pois se ele viesse a resistir à tortura, o juiz não teria mais o direito de lhe infligir a pena de morte, que ele merece, entretanto; nessa justa, a justiça perderia [...]. (FOUCAULT, 2004d, p. 38-39)

Uma luta que se expressa, não no encontro de duas pessoas, mas no encontro do sujeito com o poder: do sujeito delinquente contra o poder punitivo; do sujeito homossexual contra o poder médico; do sujeito louco contra o poder psiquiátrico; do sujeito desertor contra o poder militar; dos sujeitos contra o poder disciplinar, de um modo geral. E dos sujeitos capturados no interior de instituições que materializam o poder em suas estruturas arquitetônicas, em seus cronogramas, em suas hierarquias, em suas técnicas e tempos. Para definir estas lutas contra determinadas condutas instituídas, Foucault utiliza o conceito de contraconduta, que se expressa, por exemplo, na recusa à educação cívica, moral ou religiosa, aos valores morais ou ao sistema político em uma dada sociedade, a certas obrigações e imposições, a um tratamento ou estratégia de atenção à saúde... (FOUCAULT, 2008b, p. 261-262). Nem revolta, nem dissidência, mas uma trama específica de resistências que se opõe ativamente ao poder em sua expressão positiva:

> Contraconduta no sentido de luta contra os procedimentos postos em prática para conduzir os outros; o que faz com que eu prefira esta palavra a "inconduta", que só se refere ao sentido passivo da palavra, do comportamento: não se conduzir como se deve. Além disso, essa palavra – "contraconduta" – talvez também permita evitar certa substantificação que a palavra "dissidente" permite. Porque de "dissidência" vem "dissidente", ou o inverso, pouco importa – em todo caso, faz dissidência quem é dissidente. Ora, não estou muito certo de que esta substantificação seja útil. Temo inclusive que seja perigosa, porque sem dúvida não tem muito sentido dizer, por exemplo, que um louco ou um delinquente são dissidentes. Temos aí um procedimento de santificação ou de heroização que não me parece muito válido. Em compensação, empregando a palavra contraconduta, é sem dúvida possível, sem ter de sacralizar como dissidente fulano ou beltrano, analisar os componentes na maneira como alguém age efetivamente no campo muito geral da política ou no campo muito geral das relações de poder. Isso permite identificar [...] a dimensão de contraconduta que podemos encontrar perfeitamente nos delinquentes, nos loucos, nos doentes. (Foucault, 2008b, p. 266)

No âmbito desta pesquisa, o conceito de contraconduta será útil no momento em que aparecerem, ainda que de modo precário (são apenas dois exemplos!), os relatos de pessoas que usam drogas submetidas a técnicas de tratamento que eles próprios julgaram inadequadas. Já o suspeito que resiste ao interrogatório pode dizer algo das lutas em que pessoas que usam drogas resistem às imposições expressas em processos de patologização, pela medicina, psiquiatria ou mesmo por intermédio da psicologia, ainda que nesses casos, a resistência seja frequentemente relançada na ordem do discurso *psi*, e posicionada como sintoma. Voltarei a este ponto no momento apropriado.

Foucault se esforça para produzir uma grade analítica, inspirada em Nietzsche, que permita analisar os movimentos de luta de uma maneira distinta da analítica marxista. Algo que permitisse, por exemplo, dar conta de problemas historicamente renegados pelo marxismo, como as questões ligadas à sexualidade, à loucura, à delinquência e o poder médico (FOUCAULT, 2010f, p. 194). Neste sentido, a leitura que Nietzsche faz de Schopenhauer permitiu introduzir o problema da vontade na análise: vontade-paixão, vontade fantasma, vontade de saber, vontade de poder... (Idem, p. 195). Não obstante, Foucault considera que a abordagem nietzschiana não ensejou, na filosofia ocidental, uma metodologia que permitisse superar o vazio acerca do tema, e propõe a estratégia militar como método capaz de posicionar a vontade como luta (Ibidem, p. 196). Algo que permitiria ocupar o vazio da análise marxista sobre o problema da luta:

> Marx diz, efetivamente, que o motor da história reside na luta de classes. E muitos, depois dele, repetiram essa tese. Com efeito, é um fato inegável. Os sociólogos reanimam o debate, para saber o que é uma classe e quem a ela pertence. Mas até aqui ninguém examinou nem aprofundou a questão de saber o que é a luta. O que é a luta, quando dizemos luta de classes? Visto que dizemos luta, trata-se de conflito e de guerra. Mas como essa guerra se desenvolve? Qual o seu objetivo? Quais são seus meios? Sobre que qualidades racionais repousa? O que gostaria de discutir, a partir de Marx, não é o problema da sociologia das classes, mas o método estratégico relativo à luta. É onde se ancora meu interesse por Marx, e é a partir disso que eu gostaria de colocar os problemas. (FOUCAULT, 2010f, p. 197)

Há, sem dúvidas, desdobramentos concretos decorrentes dessa opção nietzschiana. Um deles diz respeito à posição do intelectual no campo de batalhas, e nas suas relações com os partidos políticos. Para Foucault, o papel do intelectual não seria o "[...] de fazer a lei, de propor soluções, de profetizar", pois ao agir assim, ele apenas contribuiria para uma "[...] situação de poder determinada que deve [...] ser criticada"

(FOUCAULT, 2010c, p. 338). Nada de operar como porta-voz ou intelectual orgânico dos loucos, dos detentos, dos *gays* ou dos proletários, mas investir, se necessário, "[...] dezenas de anos de trabalho [...] com as pessoas diretamente envolvidas, dando-lhes o direito à palavra e à imaginação política" (Idem, p. 338). Realizando um trabalho deste tipo junto aos presos, por exemplo, Foucault percebe que "[...] eles próprios tinham uma teoria da prisão, da penalidade, da justiça" (FOUCAULT, 2003g, p. 40).

> É todo um trabalho social, no interior do corpo da sociedade e sobre ela mesma, que gostaria de facilitar. Gostaria de poder participar desse trabalho, sem delegar responsabilidades a nenhum especialista, não menos a mim do que a outros. Fazer de sorte que, no seio mesmo da sociedade, os dados do problema sejam modificados e que os impasses se desbloqueiem. Em suma, acabar com os porta-vozes. (FOUCAULT, 2010c, p. 338-339)

Recusa ao sujeito de suposto saber, ao farol teórico que ilumina o caminho do incauto lumpesinato. Há um poder que rouba a potência das elaborações dos sujeitos envolvidos diretamente nas lutas, e deste poder, os próprios intelectuais participam. Recusa a ideia do intelectual que fala em nome daqueles com quem se julga comprometido; neste sentido, o único engajamento que faria sentido a Foucault seria aquele do intelectual na relação com suas próprias lutas, em seu próprio território de enfrentamentos, no encontro com seus pares (FOUCAULT, 2003g, p. 39).

Para além das lutas que têm lugar nos corpos, ou que ocorrem no encontro dos sujeitos com o poder, há também as lutas que ocorrem na própria superfície do discurso, em sua materialidade. Afinal de contas, "[...] uma formação discursiva não é, pois, o texto ideal, contínuo e sem aspereza, [...] tampouco a superfície em que sem vem refletir, sob mil aspectos diferentes, uma contradição que estaria sempre em segundo plano" (FOUCAULT, 2005a, p. 175). O que a arqueologia busca ao operar seu método de análise sobre uma determinada formação discursiva é outra coisa, muito diferente: "[...] em suma, trata-se de manter o discurso em suas asperezas múltiplas e de suprimir, em consequência disso, o tema de uma contradição uniformemente perdida e reencontrada, resolvida e sempre renascente, no elemento indiferenciado do logos" (Idem, p. 176).

Foucault demonstra certo desprezo pela polêmica, e mesmo quando reconhece operações similares àquelas da guerra se imiscuindo nas lutas ideológicas, é para denunciar as práticas que posicionam adversários como inimigos de classe. Frente a este tipo de estratégia de luta, a estas formas bélicas de debate, admitia receio; julgava-as perigosas, enxergando ali a afirmação de lógicas de opressão. Ao invés disso, propunha

“[...] considerar que aqueles com os quais se está em desacordo estavam enganados ou que não se compreendeu o que queriam fazer” (FOUCAULT, 2010c, p. 347). Como já referi anteriormente, citando a leitura que Flávia Fernando Lima Silva (2015) faz das proposições de Nietzsche: em lugar do *pólemos*, *agón*; em lugar da guerra, o jogo agonístico que recusa a eliminação do adversário. O objetivo da luta é outro:

> Luta contra o poder, luta para fazê-lo aparecer e abalá-lo ali onde ele é mais invisível e mais insidioso. Luta, não por uma “tomada de consciência” (há muito tempo que a consciência como saber é adquirida pelas massas, e que a consciência como tema é tomada, ocupada pela burguesia), mas para minar e pela tomada do poder, ao lado, com todos os que lutam por ela, e não em recuo para esclarecê-los. (FOUCAULT, 2003g, p. 39)

Mas afirmar que as lutas se sustentam lá onde os sujeitos têm seus corpos tocados pelo poder, e que se sustentam na ação destes próprios sujeitos, não implicaria uma dispersão tal que inviabilizaria qualquer possibilidade de transformação estrutural da sociedade? Não isolaria cada grupo sujeitado em seu próprio território de poder e de lutas? Foucault acredita que os sujeitos, ao engajarem-se nestas lutas pontuais, no enfrentamento das relações de poder que atravessam violentamente seus corpos, “[...] entram em processo revolucionário”, e o fazem “[...] como aliados, sem dúvida, do proletariado” (FOUCAULT, 2003g, p. 46):

> As mulheres, os prisioneiros, os soldados do contingente, os doentes nos hospitais, os homossexuais encetaram nesse movimento um luta específica contra a forma particular de poder, de coação, de controle que se exerce sobre eles. Tais lutas fazem parte atualmente do movimento revolucionário, sob a condição de que sejam radicais, sem compromisso nem reformismo, sem tentativa para reordenar o mesmo poder fazendo, quando muito, uma mudança de titular. E esses movimentos estão ligados ao próprio movimento revolucionário do proletariado, uma vez que ele tem de combater todos os controles e coações que reconduzem por toda parte ao mesmo poder. (FOUCAULT, 2003g, p. 46-47)

Há o corpo que convulsiona, há o suspeito que faz de sua resistência à tortura uma forma de luta, e há os processos articulados de combate coletivo. E há ligações e continuidades entre estas diferentes formas de resistência. Foucault descreve um caso exemplar: em 1971, pouco tempo depois da criação do GIP (Grupo de Informação sobre as Prisões), os detentos em penitenciárias francesas obtém o direito de acesso aos jornais, fato que lhes permite acessar notícias sobre a realidade prisional de outras instituições, e até mesmo de outros países (a grande revolta em Attica ocorre naquele mesmo ano de 1971). Quinze dias depois, dois detentos franceses tentam escapar da

penitenciária de Clairvaux, e terminam por matar duas pessoas que foram tomadas como reféns. As mortes acabam sendo utilizadas pelas autoridades e imprensa como mote para uma campanha para desmoralizar os presidiários (FOUCAULT, 2003h, p. 62). A reação se deu na forma de uma revolta totalmente diferente de tudo o que a França havia visto até então:

> Em dezembro de 1971, dois meses, portanto, depois de Clairvaux, dois meses e meio depois de Attica, quatro meses depois da autorização dos jornais, um ano depois da fundação do GIP, uma revolta explodiu em Toul, como jamais se havia visto desde o século XIX: uma prisão inteira se revolta, os prisioneiros sobrem nos telhados, atiram panfletos, desdobram faixas, fazem apelos utilizando megafone e explicam o que querem. (FOUCAULT, 2003h, p. 63)

É possível observar a política no corpo que convulsiona, na justa entre torturador e interrogado, na fuga isolada de dois presos, e numa rebelião que reúne todos os detentos de uma grande penitenciária. Foucault, entretanto, não define a todos esses acontecimentos como "ação política", preservando este conceito apenas para processos coletivos, que expressam demandas claras e dirigem-nas "[...] ao poder, ao governo, ao partido no poder" (FOUCAULT, 2003h, p. 63). O caráter político de uma ação, portanto, reside não apenas nos objetivos estritos da ação, "[...] mas pela forma, pela maneira com que os objetos, problemas, inquietudes e sofrimentos banidos pela tradição política europeia do século XIX como indignos da ação política são politizados" (Idem, p. 64).

Fica claro que a genealogia de Michel Foucault posiciona o poder como onipresente, não para dizer de sua inescrutabilidade, mas para afirmar exatamente o contrário, ou seja: se há poder em toda parte, em toda parte a luta e resistência. É por este motivo que o método genealógico busca fazer aparecer "[...] a luta perpétua e multiforme", e não a "[...] dominação morna e estável de um aparelho uniformizante" (FOUCAULT, 2003c, p. 232). Quanto à Bourdieu, uma de suas mais importantes obras apresenta o conceito de dominação já desde o título: a "dominação masculina" seria "[...] o exemplo por excelência dessa submissão paradoxal, resultante daquilo que eu chamo de violência simbólica [...] que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento" (BOURDIEU, 2010, p. 7).

> Ao atribuirmos, como faz o mau funcionalismo, os efeitos de dominação a uma vontade única e central, ficamos impossibilitados de apreender a contribuição própria que os agentes (incluindo os dominados) dão, quer queiram quer não, quer saibam quer não, para o exercício da dominação por meio da relação que se estabelece entre as suas atitudes, ligadas às suas condições sociais de produção, e as

> expectativas e interesses inscritos nas suas posições no seio desses campos de luta [...]. A submissão a certos fins, significações ou interesses transcendentes, quer dizer, superiores e exteriores aos interesses individuais, raramente é efeito de uma imposição imperativa e de uma submissão consciente. (BOURDIEU, 2006b, p. 86)

Mas não é de dominação que quero falar. Tampouco de reprodução. Eis aí, provavelmente, as duas obras que posicionam Bourdieu como um autor estruturalista. Tanto em "A dominação masculina" quanto em "A reprodução", as estruturas de dominação e reprodução que se expressam em distintas formas de violência simbólica parecem absolutamente indestrutíveis, e sentimo-nos como que fadados a existências miseráveis, totalmente refratárias a quaisquer processos de transformação.

É de luta que quero falar. De Bourdieu, já falei de campo, posição, poder, verdade, agentes, capital simbólico, *ilusio* e *habitus*. As lutas, estas se estabelecem entre agentes e grupos de agentes envolvidos pela *ilusio* e pelo *habitus* de um campo, que esgrimam capitais simbólicos determinantes de suas posições neste campo. Já disse que a verdade é um lugar de lutas, mas também seria possível dizer: um lugar que é também objetivo. Em uma tosca metáfora com os esportes marciais, a verdade é ringue e troféu, é tatame e é medalha. E as lutas, estas não posicionam apenas aos agentes, uns contra os outros; luta-se também contra as forças do próprio campo:

> Aqueles que adquirem, longe do campo em que se inscrevem, as disposições que não são aquelas que esse campo exige, arriscam-se, por exemplo, a estar sempre defasados, deslocados, mal colocados, mal em sua própria pele, na contramão e na hora errada, com todas as consequências que se possa imaginar. Mas eles podem também lutar com as forças do campo, resistir-lhes e, em vez de submeter suas disposições às estruturas, tentar modificar as estruturas em razão de suas disposições, para conformá-las às suas disposições. (BOURDIEU, 2004b, p. 28-29)

A obra de Bourdieu é crivada dessas porosidades. É como se o sociólogo francês tivesse deixado, aqui e acolá, na superfície de seu discurso aparentemente duro e hermeticamente fechado em si mesmo, alguns buracos a espera de esgarçamentos. É o que me proponho a fazer, humildemente, talvez influenciado por uma confissão de Deleuze, ao explicar como lidou com autores da filosofia considerados inimigos:

> Mas minha principal maneira de me safar nessa época foi concebendo a história da filosofia como uma espécie de enrabada, ou, o que dá no mesmo, de imaculada concepção. Eu me imaginava chegando pelas costas de um autor e lhe fazendo um filho, que seria seu, e no entanto seria monstruoso. Que fosse seu era muito importante, porque o autor

> precisava efetivamente ter dito tudo aquilo que eu lhe fazia dizer. Mas que o filho fosse monstruoso também representava uma necessidade, porque era preciso passar por toda espécie de descentramentos, deslizes, quebras, emissões secretas que me deram muito prazer. (DELEUZE, 2008, p. 14)

Sodomias a parte, as lutas em um campo se dão segundo as regras que lhe são imanentes. Quanto maior a autonomia, tanto menor as possibilidades de que enunciados estranhos ao campo possam produzir algum efeito nas lutas que ali se dão. Bourdieu explica que quando se quer vencer uma discussão entre matemáticos, deve-se usar da matemática, mas reconhece que sempre pode haver um soldado romano pronto a cortar a cabeça de um dos litigantes (BOURDIEU, 2004b, p. 32). No entanto, sendo o campo matemático razoavelmente autônomo, decepar adversários não garante vitória alguma:

> Quanto mais um campo é heterônomo, mais a concorrência é imperfeita e é mais lícito para os agentes fazer intervir forças não-científicas nas lutas científicas. Ao contrário, quanto mais um campo é autônomo e próximo de uma concorrência pura e perfeita, mais a censura é puramente científica e exclui a intervenção das forças puramente sociais (argumento de autoridade, sanções de carreira, etc.) e as pressões sociais assumem a forma de pressões lógicas, e reciprocamente: para se fazer valer aí, é preciso fazer valer razões; para aí triunfar, é preciso fazer triunfar argumentos, demonstrações e refutações. (BOURDIEU, 2004b, p. 32)

Uma das teses que defendo neste estudo é a de que se pode, sim, falar em um campo um campo das drogas, constituído na articulação de agentes e grupos de agentes oriundos de campos outros. Um campo interdisciplinar por excelência, que articula direito, saúde, serviço social, ciências humanas e *psi*, educação, direitos humanos... Uma heteronomia, portanto, que não deixa de ser sua forma específica de autonomia. Assim, se um profissional de saúde se sente seguro para discutir a criminalização de pessoas que usam drogas, ou se um operador do direito polemiza a respeito de políticas de internação compulsória, não é por falta de autonomia no campo das drogas, mas por sua própria natureza heterônoma. Uma heteronomia que é a própria forma da autonomia do campo das drogas.

Mas não estou falando do campo das drogas propriamente dito. O tema, aqui, é algo que se poderia chamar de um "subcampo" das drogas: o campo constituído em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Um subcampo com suas lutas características, seu agentes e grupos de agentes, com suas especificidades; mas ainda assim, um campo profundamente atravessado por argumentos e discursividades produzidas alhures. É no

campo da saúde que se comprovam os riscos de determinadas drogas, e é em resposta a tais elaborações que campos outros definem estratégias para a proibição; é no campo da saúde que se produzem evidências a respeito dos efeitos da criminalização para a saúde de pessoas que usam drogas, o que exige de campos outros o esforço em prol da descrimininalização.

Sim, eu sei... Em alguns aspectos, a concepção de campo de Pierre Bourdieu torna-se precária para definir o que acontece no campo das drogas, ou mesmo neste subcampo dedicado às articulações entre drogas e saúde. Há momentos em que os objetos sociotécnicos e a concepção de ator-rede de Bruno Latour parecem fazer mais sentido, e a tarefa do sociólogo não consistiria mais em "[...] impor a ordem, em limitar o número de entidades aceitáveis, em revelar aos atores o que eles são ou em acrescentar alguma lucidez à sua prática cega", mas seguir os próprios atores para "[...] entender suas inovações frequentemente bizarras, a fim de descobrir o que a existência coletiva se tornou em suas mãos" (LATOUR, 2012, p. 31). Neste processo, o método latouriano consistiria em incentivar os atores a exporem suas controvérsias, sem operar enquadres prévios em quaisquer categorias sociológicas; o senso de ordem, este viria do trabalho de "[...] rastrear conexões *entre* as próprias controvérsias e não tentar decidir como resolvê-las" (Idem, p. 44).

A teoria e o método de Latour, no entanto, parecem-me apresentar dois problemas. O primeiro, de ordem muito pessoal, é que sou o que se poderia chamar de "um agente informado do campo", o que traz vantagens e problemas: dentre as principais vantagens, destaco o fato de que me sinto muito a vontade na condução de entrevistas que mais se assemelham a "conversas infinitas" (voltarei a isto na discussão de método), bem como a facilidade com que consigo mapear os agentes a serem entrevistados para dar conta das discussões que propus. Quanto aos problemas, o principal é que ser um agente informado num campo de lutas tão viscerais pode produzir algumas dificuldades de acesso a alguns personagens importantes, que podem situar-me como um inimigo a ser evitado (o que de fato ocorreu, em alguma medida).

O segundo problema, no entanto, é mais sério, e foi o que definitivamente me convenceu a não trabalhar com Latour nesta pesquisa. Falo da polêmica entre o autor italiano e Bourdieu a respeito da concepção de campo. Para Latour, "[...] não há grupo relevante ao qual possa ser atribuído o poder de compor agregados sociais, e não há componente estabelecido a ser utilizado como ponto de partida incontroverso"

(LATOUR, 2012, p. 51-52). Desaparece inclusive a noção bourdieusiana de um "campo de forças", e permanece a ideia de que "[...] se você parar de fazer e refazer grupos, parará de ter grupos" (Idem, p. 60). Mas quando observo o campo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil, não vejo nem a estrutura limpa e organizada de Bourdieu, tampouco o caos entrópico de Latour. Como militante, eu confesso que as teses do epistemólogo italiano me agradam, e contribuem para sustentar a ação diligente em torno da sustentação e articulação dos coletivos reunidos em luta por determinadas causas; mas, como pesquisador, devo admitir que as concepções de Pierre Bourdieu parecem mais apropriadas à realidade histórica e social que me proponho a estudar.

Volto, pois, a Bourdieu, para quem o campo é o próprio "[...] princípio da eficácia de todos os atos de consagração" perseguidos pelos agentes (BOURDIEU, 2006a, p. 25). Sendo assim, o valor das produções os agentes relacionalmente posicionados em um campo "[...] se engendram nas incessantes e inumeráveis lutas travadas com a finalidade de fundamentar o valor desta ou daquela obra particular" (Idem, p. 25). E este "valor", se está para além da dimensão econômica, tampouco dela prescinde, ao ponto que a denúncia de um cinismo interesseiro é sempre um argumento forte nas lutas, por meio da "[...] denúncia dos comprometimentos mercantis ou das manobras calculistas do adversário" (Ibidem, p. 26). Esta denegação econômica é apenas um dos elementos esgrimados nas lutas:

> Para o artista de vanguarda que considera a idade artística como a medida da idade, o artista *burguês é velho* por suas obras. No entanto, a própria idade artística, que se denuncia através da forma de arte praticada, é uma dimensão de uma verdadeira maneira de viver a *vida de artista* e, em particular, a denegação da "economia" e dos comprometimentos temporais que a define de modo específico. Inversamente aos artistas de vanguarda que, de alguma forma, são duplamente *jovens* – pela idade artística, é claro, mas também pela recusa (*provisória*) das grandezas temporais por onde chega o envelhecimento artístico -, os artistas fósseis são, de alguma forma, duplamente velhos, pela idade de seus esquemas de produção, é claro, mas também por um verdadeiro estilo de vida que, entre outras dimensões, se manifesta pelo estilo de suas obras, além de implicar a submissão direta e imediata às obrigações e gratificações do século. (BOURDIEU, 2006a, p. 76-77)

Bourdieu está falando do campo artístico, especialmente das artes plásticas, mas penso que tais reflexões podem dizer algumas coisas a respeito do tema desta tese. Importante salientar a ausência, no fragmento acima, de qualquer referência à idade

biológica; fala-se de uma senilidade das obras, e de uma forma de relação com o mercado da arte que se expressa no investimento em caminhos seguros. O artista de vanguarda, nesse caso, poderia ser comparado com o agente que, inserido no campo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, ousa trazer ideias novas (jovens?) e arrisca-se em cenários de pesquisa e de tratamento que não oferecem a mesma segurança dos esquemas tradicionais (velhos?), seja no que concerne ao levantamento de recursos junto a agências financiadoras de pesquisa, seja na captação de pacientes dispostos a experimentar abordagens terapêuticas inovadoras.

Como já referi anteriormente, é a luta que faz a história de um campo. Sem lutas, sem embates de ideias, se confrontos entre estabelecidos e *outsiders*, talvez nem mesmo se possa falar em um campo com as propriedades descritas por Bourdieu (campo de força, campo de luta). Neste sentido, só se poderia falar de um campo engendrado por agentes e grupos de agentes envolvidos pela *ilusio* que os faz levar à sério o tema das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, se fosse possível identificar lutas disparadas pela tentativa de impor diferença. O campo possui uma história a ser contada, que não apenas a história de seus decanos, homenageados com fotografias solenes expostas na parede de alguma instituição qualquer? Os congressos sobre o tema eram meros encontros amigáveis onde colegas de profissão se encontravam para agradáveis conversas regadas a chá e café, ou seria possível encontrar o registro de embates mais ou menos ásperos?

A chegada ao Brasil das ideias e práticas de RD introduziu algo de novo, produzindo história. Seria este o momento zero da constituição de um campo político e reflexivo em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil? A psiquiatra Anna Simões me dizia que não, e eu me senti provocado a buscar os registros da outras lutas, de outros esforços de introdução da diferença. Bourdieu afirma que "[...] a ortodoxia necessita da heresia porque a oposição entre uma e outra implica o reconhecimento do interesse que está em jogo", posto que "[...] a luta pelo monopólio da legitimidade que habita o campo [...] contribui para o fortalecimento da legitimidade em nome da qual ela é conduzida" (BOURDIEU, 2006a, p. 167). Sendo assim, seria de se esperar que os embates fossem vividos de modo mais generoso pelos agentes do campo – algo que não

pude perceber, nem em minhas vivências como agente informado do campo, nem nas entrevistas que conduzi ao longo da pesquisa. Um primeiro olhar parece indicar que a realidade refuta este ponto das teses de Bourdieu, quando este afirma que o trabalho de "[...] expor a lógica agonística de funcionamento do campo científico não é ignorar que a concorrência não exclui complementaridade ou a cooperação". No caso em questão, entretanto, não me parece que "[...] da concorrência e da competição é que podem surgir os 'controles' e os 'interesses de reconhecimento'" tão importantes à autonomia do campo (BOURDIEU, 2005, p. 86). Retornarei a este ponto no momento apropriado.

2.1.6 DISPOSITIVO

Como já mencionei anteriormente, no subcapítulo dedicado à discussão sobre poder, saber, discurso e verdade, Michel Foucault sustentou a divisão entre práticas discursivas e não discursivas até um certo ponto de suas pesquisas (a dita "fase arqueológica"). Diante de novos objetos, entretanto, a dicotomia se fragiliza: o poder disciplinar e a sexualidade permitiram ao professor do Collège de France a observação de uma unidade entre diagnósticos, conceitos científicos, engendros arquitetônicos, divisões espaciais, cronogramas, classificações... E uma unidade expressa, sobretudo, nos efeitos similares e complementares que elementos tão radicalmente heterogêneos pareciam produzir, quando articulados e postos em funcionamento. Em ato, um dos ensinamentos metodológicos mais característicos da abordagem foucaultiana: os conceitos emergem no calor da pesquisa, e jamais devem ser colocados de antemão.

Pelo menos dois autores beberam nas águas foucaultianas e reinventaram à sua maneira o conceito de dispositivo: Gilles Deleuze e Giorgio Agamben. Deleuze compara o dispositivo a um novelo composto por linhas de natureza diferente, sem qualquer homogeneidade, que "[...] seguem em direções diferentes, formam processos sempre em desequilíbrio" (DELEUZE, 1990, p. 155). Na relação com o dispositivo, o visível, o enunciável e os sujeitos por ele posicionados, "[...] são como vetores ou tensores" (Idem, p. 155).

> As primeiras duas dimensões de um dispositivo, ou aquelas que Foucault destaca em primeiro lugar, são as curvas de visibilidade e as curvas de enunciação. O certo é que os dispositivos são como as máquinas de Raymond Roussel, máquinas de fazer ver e de fazer falar, tal como são analisadas por Foucault. A visibilidade não se refere à luz em geral que iluminara objetos pré-existentes; é formada de linhas de luz que formam figuras variáveis e inseparáveis deste ou daquele

> dispositivo. Cada dispositivo tem seu regime de luz, a maneira em que esta cai, se esvai, se difunde ao distribuir o visível e o invisível, ao fazer nascer ou desaparecer o objeto que não existe sem ela. (DELEUZE, 1990, p. 155)

O dispositivo existe no encontro entre saber e poder, e nas produções daí advindas. Aliás, olhar diretamente para um dispositivo não é o melhor método para sua identificação; é preciso observá-lo em seus efeitos, no que mostra e oculta, no que faz ver e falar, no que afirma e nega, no que espreita e deixa passar. Neste sentido, seria possível dizer que o dispositivo é sempre um fenômeno discursivo, mesmo quando se trata, por exemplo, da arquitetura de uma escola ou serviço de saúde.

Deleuze fala de uma "filosofia dos dispositivos", e afirma que operar a partir desta concepção implica alguns compromissos, que trazem algumas consequências concretas à investigação filosófica ou sociológica. Dentre estes, vale ressaltar a recusa em pensar por meio de universais filosóficos, posto que um universal "[...] nada explica, é ele que deve ser explicado" (DELEUZE, 1990¸ p. 158). Aliás, seria possível dizer que uma filosofia dos dispositivos teria como consequência um esvaziamento dos universais, e é esta uma das contribuições centrais que este conceito-operação aporta a esta pesquisa. Como já foi dito anteriormente: privilégio, portanto, das práticas, em detrimento das estruturas.

Em Agamben, esta problematização também está presente, mas de modo diferente: enquanto Deleuze considera o dispositivo como uma dissolução dos universais, o filósofo italiano afirma que, em Foucault "[...] os dispositivos são precisamente o que na estratégia foucaultiana ocupa o lugar dos universais" (AGAMBEN, 2005, p. 11); além disso, o dispositivo poderia ser também definido como "[...] uma série de práticas e de mecanismos (ao mesmo tempo linguísticos e não linguísticos, jurídicos, técnicos e militares) com o objetivo de fazer frente a uma urgência e de obter um efeito" (Idem, p. 11). E se para Deleuze a filosofia dos dispositivos é, *per se*, uma operação de desconstrução dos universais, para Agamben este procedimento recebe o nome de profanação: "o contradispositivo que restitui ao uso comum aquilo que o sacrifício havia separado e dividido" (Ibidem, p. 14).

Em entrevista concedida a alguns importantes psicanalistas franceses, como Jacques-Alain Miller, Guy Le Gaufey, Gérard Wajeman e Alam Grosrichard, Michel Foucault é interrogado sobre seus estudos acerca da história da sexualidade. Instado a falar sobre o conceito de dispositivo logo de saída, o filósofo oferece uma resposta em

três partes: em primeiro lugar, o conceito busca demarcar um conjunto heterogêneo de "[...] discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas" (FOUCAULT, 2011b, p. 244); em segundo lugar, o conceito busca demarcar a rede de relações entre esses elementos discursivos e não discursivos; por fim, terceiro ponto, o dispositivo busca definir "[...] um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência", possuindo, portanto, "[...] uma função estratégica dominante" (Idem, p. 244).

> A respeito do dispositivo, encontro-me diante de um problema que ainda não resolvi. Disse que o dispositivo era de natureza essencialmente estratégica, o que supõe que trata-se no caso de uma certa manipulação das relações de força, de uma intervenção racional e organizada nestas relações de força, seja para desenvolvê-las em determinada direção, seja para bloqueá-las, para estabilizá-las, utilizá-las, etc... O dispositivo, portanto, está sempre inscrito em um jogo de poder, estando sempre, no entanto, ligado a uma ou a configurações de saber que dele nascem mas que igualmente o condicionam. É isto, o dispositivo: estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por eles. (FOUCAULT, 2011b, p. 246)

De fato, um problema. Em "As palavras e as coisas", e também em "Arqueologia do saber", Foucault havia afirmado a existência dicotômica, porém articulada de práticas discursivas e não discursivas. Uma das tarefas do método arqueológico seria justamente a de fazer aparecer tais articulações, não para "[...] revelar grandes continuidades culturais ou isolar mecanismos de causalidadade", mas para "[...] determinar como as regras de formação de que depende" um determinado conjunto de fatos enunciativos "[...] podem estar ligadas a sistemas não discursivos" (FOUCAULT, 2005a, p. 184).

Nas pesquisas que resultaram em "Vigiar e punir", e também no primeiro volume da "História da sexualidade", entretanto, Foucault depara-se com algo muito diferente, e que não pode ser apreendido a partir desta perspectiva, em que práticas discursivas e não discursivas articulam-se. São máquinas, instituições, diagnósticos, cronogramas, conceitos, projetos arquitetônicos, e uma infinidade de outros elementos absolutamente heterogêneos, mas que podem ser agrupados em função de algumas características: articulação entre o visível e o enunciável (por exemplo, entre o presídio e o direito penal), articulação entre saber e poder, produção de efeitos de visibilidade e dizibilidade, operação estratégica que faz funcionar relações de poder.

É o caso do panóptico de Bentham, um dispositivo que "[...] automatiza e desindividualiza o poder" por meio de uma "[...] distribuição concentrada dos corpos, das superfícies, das luzes, dos olhares", procedimento que assegura "[...] a dissimetria, o desequilíbrio, a diferença" (FOUCAULT, 2004d, p. 167). Pouco importam as motivações de quem opera a máquina, já que mesmo [...] a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder" (Idem, p. 167). Apenas um exemplo destas máquinas mudas e cegas, que se constituem no encontro entre saber e poder:

> Pequenas astúcias dotadas de um grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza, são eles entretanto que levaram à mutação do regime punitivo, no limiar da época contemporânea. Descrevê-los implicará na demora sobre o detalhe e na atenção às minúcias: sob as mínimas figuras, procurar não um sentido, mas uma precaução; recolocá-las não apenas na solidariedade de um funcionamento, mas na coerência de uma tática. Astúcias, não tanto de grande razão que trabalha até durante o sono e dá um sentido ao insignificante, quanto da atenta "malevolência" que de tudo se alimenta. A disciplina é uma anatomia política do detalhe. (FOUCAULT, 2004d, p. 120)

Cada dispositivo possui seu próprio regime de luz e sombra que oculta e faz ver, seu próprio regime discursivo que faz falar e ouvir. E o dispositivo da sexualidade, em suas características e efeitos, oferece boas pontes teóricas e metodológicas para o trabalho aqui desenvolvido. Em sua hipótese antirrepressiva a respeito do sexo, Foucault diz que "[...] focalizou-se o discurso no sexo, através de um dispositivo completo e de efeitos variados que não se pode esgotar na simples relação com uma lei de interdição" (FOUCAULT, 2005c, p. 26). Um regime de discursividade que tornou o sexo "[...] algo que se deve dizer, e dizer exaustivamente, segundo dispositivos discursivos diversos, mas todos constrangedores, cada um à sua maneira" (Idem, p. 34).

O século XVIII viu ascender o dispositivo da sexualidade, "[...] que funciona com técnicas móveis, polimorfas e conjunturais de poder", que faz surgir uma "[...] extensão permanente dos domínios e das formas de controle" (FOUCAULT, 2005c, p. 101). Para o dispositivo da sexualidade, importam "[...] as sensações do corpo, a qualidade dos prazeres, a natureza das impressões" (Idem, p. 101). Por fim, ao dispositivo da sexualidade importa "[...] o proliferar, inovar, anexar, inventar, penetrar nos corpos de maneira cada vez mais detalhada e controlar as populações de modo cada vez mais global" (Ibidem, p 101).

Dispositivo como conceito que permite a quebra dos universais; rachar as palavras, fazer aparecer as coisas – e as práticas. Seria possível pensar droga como um universal? Como um dispositivo operando em rede? Que coisas e práticas emergem quando se transforma droga em um dispositivo? Como quebrar a droga?

2.1.7 DROGA

*PRF apreende 29 kg de **drogas** no RS*[5]*. James Franco viverá traficante de **drogas** em filme de Stallone*[6]*. **Droga** pode desmascarar HIV escondido em células humanas*[7]*. Comissão sugere descriminalizar uso e plantio de **drogas***[8]*. Reality 'Intervenção', com dependentes de **drogas**, é criticado por psiquiatra*[9]*. Guerra às **drogas** migra para a África*[10]*. Estudo une **drogas** contra câncer de pulmão*[11]*. Relatório da ONU aponta uso de **drogas** por 5% da população mundial*[12]*. Polícia apreende 60 kg de nova **droga***[13]*. Nova **droga** adia piora de tumor de mama avançado*[14]*.*

Que conceito é este, capaz de inserir-se em redes discursivas tão diferenciadas quanto as expressas acima (uma listagem produzida a partir de uma simples e rápida busca *on line* junto às manchetes de um único veículo de comunicação)? O que é este flexível objeto, passível de apreensão, tráfico, descriminalização, uso e plantio, capaz de constituir-se em foco de estudos estatísticos, em elemento presente no argumento de filmes ou no contexto de uma guerra que migra para África, depois de passar sabe-se lá

---

[5] http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1132434-prf-apreende-29-kg-de-drogas-no-rs.shtml?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter ;

[6] http://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/1129785-james-franco-vivera-traficante-de-drogas-em-filme-de-stallone.shtml

[7] http://www1.folha.uol.com.br/ciencia/1125894-droga-pode-desmascarar-hiv-escondido-em-celulas-humanas.shtml

[8] http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1096760-comissao-sugere-descriminalizar-uso-e-plantio-de-drogas.shtml

[9] http://www1.folha.uol.com.br/ilustrada/1127105-reality-intervencao-com-dependentes-de-drogas-e-criticado-por-psiquiatra.shtml

[10] http://www1.folha.uol.com.br/mundo/1127182-guerra-as-drogas-migra-para-a-africa.shtml

[11] http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1125898-estudo-une-drogas-contra-cancer-de-pulmao.shtml

[12] http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1110723-relatorio-da-onu-aponta-uso-de-drogas-por-5-da-populacao-mundial.shtml

[13] http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/910011-policia-apreende-60-kg-de-nova-droga.shtml

[14] http://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/1101560-nova-droga-adia-piora-de-tumor-de-mama-avancado.shtml

por onde? Que polissêmico substantivo é este, que nomina algo que é perseguido pelas autoridades policiais, ao mesmo tempo em que é empregado no combate a tumores de mama, à Aids e ao câncer de pulmão?

Não existe uma resposta unívoca para tais questões. Nas primeiras páginas de seu "Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional", Tarso Araújo arrisca algumas inspiradas linhas sobre o tema. O jornalista parte da definição adotada oficialmente pela Organização Mundial de Saúde, que considera droga qualquer substância capaz de alterar o funcionamento normal de um organismo, para logo a seguir problematizar outras definições correntes, como aquela segundo a qual é droga "qualquer substância que dá barato" (o que excluiria diversos medicamentos, mas incluiria o café), ou então outra, que vai definir droga como toda substância proibida (ARAÚJO, 2012, p. 14-15). Teríamos, portanto, três diferentes entendimentos em torno do objeto "droga": um que seria mais próximo ao campo da saúde; outro às pessoas que usam drogas; e um último que se mostraria coerente às práticas e políticas de repressão.

Pletora de sentido, pletora de significados. Múltiplos campos, pluralidades de redes discursivas, das quais poder-se-ia dizer, à moda de Bourdieu, que possuem uma autonomia bastante relativa (BOURDIEU, 2006b, p. 70). Um objeto tão impreciso permitiria questionar sua própria objetividade? Pois assim o fizeram, por exemplo, o historiador Henrique Carneiro e o antropólogo Maurício Fiore. O primeiro, ao afirmar que "a droga como objeto claro e definido nunca existiu. […] A droga sempre foi um conceito antes de tudo moral" (CARNEIRO, 1994, p. 157); o segundo, ao grafar o termo "droga" sempre entre aspas ao longo de toda sua dissertação de mestrado, chamando atenção para a imensa polissemia oculta por trás de uma pretensa ilusão de objetividade, de universalidade do conceito (FIORE, 2007, p. 19). Nas palavras de Fiore:

> Isto se deve ao fato de que uma das tarefas a que o trabalho se propõe é discutir o significado do termo. O significado mais comum do termo, substâncias psicoativas ilegais, não esgota sua polissemia. Assim, escrevê-lo entre aspas serve, entre outras coisas, como sinal de perigo. (FIORE, 2007, p. 19)

As problematizações de Carneiro e Fiore assemelham-se ao movimento empreendido por Stuart Hall em torno da noção de "identidade", posicionada pelo sociólogo jamaicano a partir de uma "perspectiva desconstrutiva", que "coloca certos conceitos-chave 'sob rasura'":

> O sinal de “rasura” (X) indica que eles não servem mais – não são mais “bons para pensar” - em sua forma original, não-reconstruída. Mas uma vez que eles não foram dialeticamente superados e que não existem outros conceitos, inteiramente diferentes, que possam substituí-los, não existe nada a fazer senão continuar a se pensar com eles – embora agora em suas formas destotalizadas e desconstruídas, não se trabalhando mais no paradigma no qual eles foram originalmente gerados. As duas linhas cruzadas (X) que sinalizam que eles estão cancelados permitem, de forma paradoxal, que eles continuem a ser lidos. (HALL, 2008, p. 104)

Herege este movimento de apropriação da ideia de Hall, com respeito ao conceito de identidade, para pensar o tema das drogas. Admito a heresia: Deleuze, além de propor a sodomia conceitual de que já falei, também usa *intercessores* que podem ser pessoas que vêm de fora do campo de ideias e práticas com as quais se está envolvido: “[...] para um filósofo, artistas ou cientistas; para um cientista, filósofos ou artistas” (DELEUZE, 2008, p. 156). Até aqui, aproximei-me das reflexões de sociólogos, filósofos, antropólogos, historiadores e jornalistas. Vali-me também de manchetes de jornal nas quais pode-se ler a palavra “droga”. Deleuze diz que os intercessores podem ser até mesmo animais, e cita Carlos Casteneda (1982), antropólogo que conviveu com brujos yaqui no México para com estes aprender sobre o uso de plantas de poder: diante dos relatos do etnólogo sobre suas experiências alucinógenas, o brujo Don Juan sempre valorizava a visão de animais, pois estes ajudavam na produção de sentido após as viagens de seu discípulo.

Dando prosseguimento a este herege movimento de tomar por trás meus intercessores, aproximo-me sorrateiramente de Bruno Latour, para dele tomar (roubar?) a noção de *fe(i)tiche* (ou *fatiche*, a depender da tradução). Afinal, mesmo que não sejam claros e definidos, não há dúvidas de que objetos aos quais denominamos “drogas” efetivamente existem, ainda que com aspas ou devidamente rasurados. No entanto, também é verdade que a linha divisória entre os agregados moleculares aos quais chamamos “droga” e aqueles que chamamos “alimento”, por exemplo, são precárias e arbitrárias. Diante disto, como o antropólogo e epistemólogo italiano poderia nos ajudar?

> A palavra “fato” parece remeter à realidade exterior, a palavra “fetiche” às crenças absurdas do sujeito. […] Ao juntar as duas fontes etimológicas, chamaremos *fe(i)tiche* à firme certeza que permite à prática passar à ação, sem jamais acreditar na diferença entre construção e compilação, imanência e transcendência. (LATOUR, 2002, p. 45-46)

Inútil investir num esforço de definição, de opção entre o construtivismo ou um essencialismo. Assim como fazem os crentes com seus deuses, os cientistas produzem conceitos, que não apenas existem como fazem funcionar uma série de dinâmicas sociais. Dinâmicas sociais, políticas, que participam ativamente da construção destes mesmos conceitos. Além da noção de *fe(i)tiche*, Latour também nos fala de *objetos sociotécnicos*, híbridos construídos tanto no calor das lutas sociais, quanto na frieza dos gabinetes e laboratórios. Assim, é possível ver: indígenas e remanescentes de quilombos articularem suas problemáticas a partir de categorias antropológicas; ambientalistas discutirem a composição química de emissões de resíduos industriais na atmosfera; portadores de patologias e seus familiares discutindo ardorosamente categorias diagnósticas... A lista é infinita! O caso de pessoas vivendo com Aids há três décadas talvez seja extremamente emblemático desta dimensão sociotécnica dos objetos científicos: suas vidas não são apenas territórios para a observação dos infectologistas (não apenas com respeito à história natural da doença, mas também com relação aos efeitos colaterais decorrentes do uso prolongado de antirretrovirais); ao longo de anos de ativismo político no movimento de Aids, muitas destas pessoas não apenas possuem um saber técnico invejável sobre o tema, como articulam estes conhecimentos aos embates políticos do campo. Desta maneira, não raro reúnem-se com políticos, gestores públicos, autoridades sanitárias, representantes da Organização Mundial de Saúde, cientistas e dirigentes de laboratórios.

Se pensarmos as drogas a partir das contribuições de Bruno Latour, poderíamos delas dizer: são *fe(i)tiches*, simultaneamente imanentes e transcendentes, como imagens sagradas em um altar religioso; são *objetos sociotécnicos*, simultaneamente técnicos e políticos, engendrados não em um autônomo campo científico de fronteiras relativamente delimitadas, mas em redes porosas, constituídas, sustentadas, articuladas e operadas por uma infinidade de atores. Avançaríamos, portanto, na quebra da ingenuidade epistemológica em torno do conceito de droga.

A ideia de referir-se às drogas como *objetos sociotécnicos* também aparece nas reflexões de Eduardo Viana Vargas. Não parece, no entanto, que Vargas tenha Bruno Latour como um de seus intercessores; em sua genealogia das drogas, o antropólogo prefere pensar as "[...] relações que configuram uma espécie de *dispositivo das drogas*" (VARGAS, 2008, p. 55), de modo semelhante ao que foi feito por Foucault em sua história da sexualidade (FOUCAULT, 1988, p. 100):

> Tal exploração propõe que as drogas sejam consideradas como uma categoria complexa e polissêmica que recobre e reúne, por vezes de modo marcadamente ambíguo, como também isola e separa, tantas vezes de modo instável, matérias moleculares as mais variadas. Ela também propõe que essas matérias moleculares constituem objetos sócio-técnicos que, embora sempre possam ser distinguidos conforme as modalidades de uso (matar, tratar, alimentar, por exemplo), não comportam diferenças intrínsecas absolutas ou essenciais, mas sempre e somente diferenças relacionais. Pois sucede às drogas (e aos medicamentos e alimentos) o mesmo que às armas (e às ferramentas): tais objetos sócio-técnicos permanecem integralmente indeterminados até que sejam reportados aos agenciamentos que os constituem enquanto tais. (VARGAS, 2008, p. 41)

Não é objetivo deste texto uma ampla revisão de definições e problematizações em torno do conceito de droga. Caberia, sim, um esforço arqueológico em torno dos discursos que constituem este objeto, suas múltiplas clivagens e as diferentes redes de signos que se articulam ao seu redor. Não obstante, o objetivo deste texto é mais modesto, e se passo ao largo de uma série de autores, é porque restrinjo-me àqueles que de alguma maneira parecem-me contribuir para o debate em torno da precária universalidade da ideia de droga, mesmo quando não se debruçam sobre este tema. São os casos de Stuart Hall com sua noção de *conceito sob rasura*, de Bruno Latour com sua ideia de *fe(i)tiche*, e mesmo do próprio Michel Foucault com seu conceito de *dispositivo*: de diferentes maneiras, cada um destes autores me ajuda a problematizar a objetividade e a universalidade do conceito "droga".

Em seu curso sobre biopolítica, ao adentrar nas questões de método, Foucault (2008, p. 4) explica que sua opção por debruçar-se sobre a arte de governar, sobre as práticas de governo, seria uma forma de "[...] deixar de lado [...] um certo número de noções, como, por exemplo, o soberano, a soberania, o povo, os súditos, o Estado, a sociedade civil – todos esses universais que a análise sociológica […] utiliza para explicar efetivamente a prática governamental". A ideia consiste em manter o foco nas práticas sociais: lutas, articulações, discursos, dispositivos, muitas vezes obnubilados por categorias de análise que, como diria Stuart Hall, "não são boas pra pensar":

> Em outras palavras, em vez de partir dos universais para deles deduzir fenômenos concretos, ou antes, em vez de partir dos universais como grade de inteligibilidade obrigatória para um certo número de práticas concretas, gostaria de partir dessas práticas concretas e, de certo modo, passar os universais pela grade dessas práticas. (FOUCAULT, 2008, p. 5)

Em uma grade analítica que permita observar as diferenças entre seres humanos e animais irracionais (grade esta que se torna cada dia mais frágil, diga-se de passagem!), um dos elementos poderia ser o modo característico com que nominamos fenômenos e objetos, diferenciando-os uns dos outros. Assim, dividimos os seres nos reinos "animal" e "vegetal", além de constituirmos um "reino mineral" do qual participam todas as coisas que não são vivas; por fim, separamos a nós mesmos de todo o resto. Insatisfeitos, seguimos neste processo de nominação por meio do qual chamaremos "alimento" às coisas que ingerimos, líquidas ou sólidas. E dentre os alimentos, haverá os que chamaremos de "drogas" (PETUCO, 2008, p. 105-106).

Mas, que características comuns podem ser encontradas nestes amontoados de "matéria molecular"? Que elementos permitiriam situar as drogas em um território diferente daquele destinado aos alimentos? Para a Organização Mundial de Saúde, seria a propriedade de modificar o funcionamento de nosso organismo (ou no caso em questão, de nosso sistema nervoso central); tal definição incluiria não apenas às drogas lícitas e ilícitas utilizadas em contextos não médicos, mas também os fármacos adquiridos em farmácias ou utilizados em serviços de saúde. Qual o potencial heurístico de um conceito tão saturado de sentidos?

> O problema não era mostrar que tinha se formado na cabeça dos psiquiatras certa teoria, ou certa ciência, ou certo discurso com pretensões científicas, que teria sido a psiquiatria e que teria se concretizado ou teria encontrado seu lugar de aplicação no interior dos hospitais psiquiátricos. Tampouco se tratava de mostrar como instituições de encarceramento que existiam havia muito tempo tinham secretado, a partir de determinado momento, sua própria teoria e sua própria justificação numa coisa que havia sido o discurso dos psiquiatras. Tratava-se de estudar a gênese da psiquiatria a partir e através das instituições de encarceramento que estavam original e essencialmente articuladas a mecanismos de jurisdição em sentido bastante lato – pois o fato era que se tratava de jurisdições de tipo policial, mas em todo caso, por enquanto, nesse nível, isso não tem muita importância – e que, a partir de certo momento e em condições que se tratava precisamente de analisar, foram ao mesmo tempo sustentadas, substituídas, transformadas e deslocadas por processos de veridição. (FOUCAULT, 2008, p. 47)

A ideia, enfim, é focar o olhar na direção das práticas, e não dos conceitos que teriam, pretensamente, o poder de explicar as práticas. Suspender os universais, desconfiando de suas capacidades explicativas. Como seria possível, por exemplo, construir uma história da loucura, se suspendêssemos a própria ideia de loucura? Como ficariam as políticas para o controle e o cuidado de pessoas ditas "loucas", se

abríssemos mão deste precário conceito? É este o desafio colocado no excerto acima. Que práticas emergem quando olhamos em direção à vida, abrindo mão de conceitos que explicariam à vida? Ou, se não abrindo mão, ao menos desconfiando deles?

> O método consistia em dizer: suponhamos que a loucura não exista. Qual é, por conseguinte, a história que podemos fazer deste diferentes acontecimentos e práticas que, aparentemente, se pautam por este suposto algo que é a loucura? (FOUCAULT, 2008, p. 5)

Em outro exemplo citado ao longo do mesmo curso, Foucault torna risíveis os esforços para explicar determinadas configurações econômicas emergentes na passagem dos séculos XVII e XVIII, a partir da noção de *mercantilismo*, pois "[...] isso, ao mesmo tempo que é verdade, não esclarece nada" (FOUCAULT, 2008, p. 46). Crítica, no estruturalismo, à crença de que os conceitos poderiam substituir à realidade, operando problematizações, não a partir de um olhar criterioso para a realidade, mas de estruturas elementares pelas quais se construíam modelos para pensar a realidade. Foi assim com a *loucura*, foi assim com o *mercantilismo*, e foi assim com a *sexualidade*:

> Do mesmo modo, estudar a genealogia do objeto "sexualidade" através de um certo número de instituições queria dizer tentar identificar em coisas como as práticas da confissão, a direção de consciência, o relatório médico, etc., o momento em que se faz a troca e o cruzamento entre certa jurisdição das relações sexuais, que definem o que é permitido e o que é proibido, e a veridição do desejo, que é aquilo em que se manifesta atualmente a armadura fundamental do objeto "sexualidade". (FOUCAULT, 2008, p. 48)

O objeto do curso de Foucault sobre o nascimento da biopolítica não é a *loucura*, o *mercantilismo* ou a *sexualidade*, mas o *Estado*. Ou melhor dizendo: sobre arte de governar, sobre as práticas de *governamentalidade*. Não mais as práticas de governo como instrumentos do Estado, à semelhança das teses de Althusser quanto aos "aparelhos ideológicos do Estado" (ALTHUSSER, 1985), mas exatamente o contrário, ou seja: o Estado como efeito do governo:

> O Estado nada mais é que o efeito, o perfil, o recorte móvel de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem, que fazem deslizar insidiosamente as fontes de financiamento, as modalidades de investimento, os centros de decisão, as formas e os tipos de controle, as relações entre as autoridades locais, a autoridade central... Em suma, o Estado não tem entranhas, como se sabe, não só pelo fato de não ter sentimentos, nem bons nem maus, mas não tem entranhas no sentido de que não tem interior. O Estado não é nada mais que o efeito móvel de um regime de governamentalidades múltiplas. (FOUCAULT, 2008, p. 105-106)

Não se trata, portanto, de constituir uma nova teoria do Estado. A este respeito, aliás, Foucault irá afirmar: a ausência de uma "teoria do Estado" em Marx – apontada por críticos como uma fragilidade do pensamento marxiano – não seria nenhum problema grave, mas sim a ausência de uma "[...] definição do que seria no socialismo uma racionalidade governamental, isto é, uma medida razoável e calculável da extensão das modalidades e dos objetivos da ação governamental" (FOUCAULT, 2008, p. 123). Não há nenhum ponto central de onde parte o poder, que é definido por Foucault como: 1) "a multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio onde se exercem e constitutivas de sua organização"; 2) "o jogo que, através de lutas e afrontamentos incessantes as transforma, reforça, inverte"; 3) "os apoios que tais correlações de força encontram umas nas outras, formando cadeias ou sistemas ou ao contrário, as defasagens e contradições que as isolam entre si"; 4) "as estratégias em que se originam e cujo esboço geral ou cristalização institucional toma corpo nos aparelhos estatais, na formulação da lei, nas hegemonias sociais". O poder, enfim, "está em toda parte" porque "provém de todos os lugares" (FOUCAULT, 1988, p. 88-89).

Por em suspenso os universais. O que poderíamos falar dos fenômenos humanos aos quais definimos como "loucura", se não apelássemos para a ideia da loucura como grade explicativa? Que dizer das práticas sexuais, se deixamos de lado à noção de "sexualidade"? Como problematizar as práticas de governo, quando as observamos como mais do que meras operações estatais. O que são "sexualidade", "loucura" e "Estado", se deixamos de vê-los como universais, como categorias unívocas, como grades explicativas para os fenômenos sociais?

> E foi aí que procurei lhes mostrar que o Estado, longe de ser uma espécie de dado histórico-natural, que se desenvolveria por seu próprio dinamismo como um "monstro frio" cuja semente teria sido jogada num momento dado da história e, pouco a pouco, a devoraria, o Estado não é isso, o Estado não é um monstro frio, é o correlato de uma certa maneira de governar. (FOUCAULT, 2008, p. 8-9)

Nos últimos oito anos, eu tenho me dedicado ao trabalho com equipes de saúde e assistência social que atuam na atenção a pessoas e famílias em situações de risco e/ou vulnerabilidade social associadas ao uso de drogas. Muitas vezes, inicio as atividades de formação pedindo que os participantes me digam o que é droga. A resposta mais comum, sem sombra de dúvida, fala de substâncias que alteram o funcionamento do organismo; também são frequentes as definições focadas na relação obcecada que se possa estabelecer com os mais variados objetos e as mais variadas práticas sociais (comida,

televisão, pessoas, compras, relacionamentos amorosos, jogos de azar, internet...); há os que respondem que droga é tudo aquilo que faz mal à saúde (alimentos gordurosos, açúcar e sal em demasia...); existem as respostas lacônicas (destruição, sofrimento, angústia, tristeza, desespero...); e há, por fim, uma resposta que sempre me chama a atenção, em função da articulação de duas definições diferentes (droga como substância química e também como coisa ruim): "a droga é uma droga".

Eduardo Viana Vargas reporta-se a uma atividade semelhante, realizada com um grupo de pessoas que usam drogas da cidade de Juiz de Fora (MG). Interrogados com a mesma pergunta (o que são drogas?), os entrevistados trouxeram respostas também muito diversas: houve quem respondesse, por exemplo, que se trata de um "conceito muito amplo", "genérico demais", "muito relativo" ou que "depende do sentido". Outros apresentaram exemplos de drogas como resposta à pergunta: "maconha", "cocaína", "LSD", "cogumelos", "inalantes", "heroína", "álcool", "tabaco" (houve uma quantidade importante que fez questão de frisar que "maconha não é droga"). Parte considerável das respostas referia-se a medicamentos: "antibióticos", "descongestionantes nasais", "calmantes", "anabolizantes", além de "produtos químicos", "agrotóxicos", "medicamentos" e "alimentos em geral". Irônicos, muitos ofereceram respostas hilárias: "Xuxa", "Flamengo", "Vasco", "FHC", "Tia Glória". Mas as respostas mais interessantes talvez sejam aquelas em que os participantes problematizam a própria ideia de droga: "Eu não gosto do conceito droga, entendeu? Eu acho que é porque ficou muito batido, né?"; ou esta outra: "Deturparam tudo, né? A palavra 'droga' tinha o sentido de drogaria, negócio de remédio, pô. Entendeu? Deturparam mesmo. Porque 'droga' fica forte, né? Um lance, assim, uma palavra forte. Choca, entendeu?" (VARGAS, 2005, p. 599).

Curiosas diferenças podem ser percebidas nas respostas colhidas nas atividades que realizo com trabalhadores de saúde e assistência social, e aquelas trazidas por pessoas que usam drogas ilícitas no artigo de Eduardo Viana Vargas. Ousaria dizer que existe, da parte dos profissionais, uma certa ingenuidade (tanto moral quanto epistemológica), manifesta não apenas em uma presença maciça da definição conforme à OMS (uma profissão de fé?), mas também em um certo moralismo antidrogas que beira o senso comum; já da parte dos jovens entrevistados em Juiz de Fora, pelo contrário, há uma certa desconfiança para com a firmeza do conceito ("Eu não gosto do conceito droga, entendeu?"), e uma arraigada certeza quanto à dimensão polissêmica do

objeto (“depende do sentido”, “conceito muito amplo” ou “muito relativo”, “genérico demais”). Ao que parece, encontramos nas problematizações dos jovens entrevistados por Eduardo Viana Vargas uma maior proximidade com uma certa epistemologia crítica, que desconfia da solidez do objeto droga, do que entre os profissionais de saúde e assistência social (estes, ao que parece, muito mais crédulos na solidez do conceito).

Não se trata apenas de elegância conceitual; esta “fé no conceito” tem repercussões no trabalho cotidiano em serviços de saúde e assistência social. Por trás da frase “Fulano está sob efeito de drogas”, há uma quase infinita lista de possibilidades, que se inscrevem: 1) naquilo que o emissor queria efetivamente comunicar; 2) nos sentidos que esta frase pode assumir para quem a escuta; 3) naquilo que efetivamente se passa com o sujeito. Se pensamos, por exemplo, a partir dos tipos de efeitos de drogas descritos por Antonio Escohotado (1997, p. 39), seremos forçados a admitir que a frase esconde ao menos três possibilidades: em função do uso de drogas, o sujeito em questão pode estar *relaxado*, *estimulado* ou em uma *viagem onírica*. Poderíamos então imaginar uma situação em que a recepcionista de um serviço de saúde observa uma pessoa que parece-lhe extremamente estimulada, e relata a um dos técnicos da equipe que “Fulano está sob efeito de drogas”; o técnico pode imaginar Fulano profundamente relaxado; Fulano, por fim, pode estar sob efeito de droga nenhuma, mas em surto psicótico!

As tentativas de construção de uma definição unívoca e objetiva do objeto droga têm contribuído para a produção de uma série de problemas, não apenas de ordem conceitual, mas no cotidiano da vida vivida. Objeto precário, perigosamente polissêmico, ainda que pretensamente universal. Como método de análise, Foucault propõe que deixemos em suspenso os universais, as metanarrativas, os discursos que impõem-se com estatuto de verdade, e que nos concentremos nas práticas sociais. Como o poder engendra o objeto droga? Como funcionam os diferentes discursos que o constituem e atravessam? Quais são estes discursos, e o que dizem? Que efeitos de poder podem ser observados quando se acompanham os fios destas discursividades?

Essa suspensão dos universais conduz à noção de *dispositivo* em Foucault. Este caminho já foi percorrido por Eduardo Viana Vargas: a droga como dispositivo de esquadrinhamento e controle de um amplo e diversificado conjunto de práticas sociais (VARGAS, 2008, p. 55). A potência de uma produção acadêmica a partir deste viés reflexivo, parece-me, justifica o esforço: pode contribuir não apenas para a qualificação do discurso científico neste território (uma epistemologia do campo político-reflexivo

organizado em torno do tema das drogas), como também para problematizar às formas de governamentalidade acionadas pelo dispositivo droga. Por em suspenso a universalidade do objeto droga poderia implicar em mudanças nas práticas sociais relacionadas às drogas? Permitiria, por exemplo, repensar as políticas públicas de saúde, educação e assistência social, relacionadas ao tema das drogas? Ou contribuir para o aperfeiçoamento das legislações que criminalizam práticas de plantio, manufatura, armazenamento, transporte, comércio e consumo de drogas qualificadas como ilícitas? Ou incidir nas práticas preventivas e de cuidado dirigidas a pessoas que usam drogas?

É preciso um pouco de humildade quanto ao poder de fogo das elaborações acadêmicas no que tange à produção de políticas públicas, de legislações e de tecnologias sociais (prevenção, cuidado e tratamento), sobretudo com respeito ao tema das drogas, tão atravessado por questões morais e preconceitos. Não obstante, é justamente neste ato de reivindicar uma dimensão mais humilde à prática científica que paradoxalmente se amplia a potência da reflexão conceitual; potência que reside, não no triunfo de uma verdade sobre outra, mas na simples ampliação do universo discursivo, na mera inclusão da diferença no território modorrento do discurso único.

Polifonia, polissemia. Abertura a novas vozes. Qual o papel do cientista social diante deste quadro? Dizer a verdade da droga e de seus usos, indicando caminhos a técnicos, legisladores e gestores quanto à produção de técnicas, leis e políticas públicas? Ou fazer emergir as múltiplas vozes, pavimentando passarelas por meio das quais as discursividades minoritárias possam irromper nas arenas de debates, nos territórios de luta e articulação, nas instâncias de discussão, participação e controle social? Nesta segunda perspectiva, o cientista social vale-se cada vez mais dos saberes e práticas da etnografia; não de um antropólogo que investiga “estruturas elementares do comportamento humano”, ou do hermeneuta preso ao primado da interpretação, mas do etnógrafo que levanta narrativas, que observa práticas sociais, que registra discursividades. Aproximar-se das práticas, afastar-se das teorias. Distanciar-se de questões como “o que este texto ou esta pessoa quer dizer?”, e ousar perguntas mais simples, como por exemplo: “O que este texto ou pessoa diz?”. Não se trata, pois, de interrogar as práticas a partir das ideias, mas justamente o contrário: interrogar, de dentro e do centro das práticas relacionadas ao dispositivo droga, à objetividade, neutralidade e universalidade do conceito. A isto, resiste o dispositivo?

2.1.8 ACONTECIMENTO, ENUNCIADO

Se em “Vigiar e punir” e no primeiro volume da “História da sexualidade” o conceito chave é *dispositivo*, em “A arqueologia do saber” a noção central é *acontecimento*. Em “A ordem do discurso”, Foucault é categórico ao afirmar que “[...] não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa” (FOUCAULT, 2005b, p. 9). Os enunciados – acontecimentos no interior do discurso (FOUCAULT, 2005a, p. 30) – não são “[...] como o ar que respiramos”, mas raros, já que “[...] poucas coisas, em suma, podem ser ditas” (Idem, p. 136).

> Certamente o acontecimento não é nem substância nem acidente, nem qualidade, nem processo; o acontecimento não é da ordem dos corpos. Entretanto, ele não é imaterial; é sempre no âmbito da materialidade que ele se efetiva, que é efeito; ele possui seu lugar e consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de elementos materiais; não é o ato nem a propriedade de um corpo; produz-se como efeito de e em uma dispersão material. Digamos que a filosofia do acontecimento deveria avançar na direção paradoxal, à primeira vista, de um materialismo incorporal. (FOUCAULT, 2005b, p. 57-58)

Afirmar os enunciados como raros acontecimentos diz de um olhar específico para a história das ideias, da ciência, dos sistemas de pensamento. Um olhar focado no que Foucault chamou de *descontinuidades* (limiares, rupturas, cortes, mutações, transformações). Nada de uma história linear do conhecimento, positivista, mas que, ao contrário, parece “[...] multiplicar as rupturas e buscar todas as perturbações da continuidade” (FOUCAULT, 2005a, p. 6). E esse tipo de fazer historiográfico precisa ocupar-se de objetos outros, de temas outros, por meio de procedimentos teóricos e metodológicos diferenciados.

É aí que o conceito de *acontecimento* mostra seu valor, posto que “[...] a arqueologia, ao invés de considerar que o discurso é feito apenas de acontecimentos homogêneos [...], distingue na própria densidade do discurso, diversos planos de acontecimentos possíveis” (FOUCAULT, 2005a, p. 193). Plano dos enunciados, dos objetos, dos conceitos, das estratégias, das regras, e o mais importante de todos: “[...] o plano em que se efetua a substituição de uma formação discursiva por outra” (Idem, p. 193). Olhar para tais acontecimentos tendo como foco as descontinuidades implica procedimentos muito diferenciados:

> Inútil fazer a esse acontecimento perguntas como: "Quem é o autor? Quem falou? Em que circunstâncias e em que contexto? Animado por que intenções e tendo que projetos?" O aparecimento de uma nova positividade não é assinalado por uma frase nova – inesperada, surpreendente, logicamente imprevisível, estilisticamente desviante – que viria inserir-se em um contexto e anunciaria quer o começo de um novo capítulo, quer a intervenção de um novo locutor. Trata-se de um acontecimento de tipo totalmente diferente. (FOUCAULT, 2005a, p. 193)

Descontinuidades, enunciados, e uma população de acontecimentos na superfície do discurso, sempre relativos a um determinado domínio, a um campo de saber específico. Não seria esta uma proposta de trabalho idêntica àquela defendida por Thomas Kuhn (2003)? *Paradigma* e *acontecimento* não seriam sinônimos? Para Dreyfus e Rabinow (2001, p. 87), Kuhn defende a tese de que a assunção de um mesmo paradigma por um conjunto de pesquisadores não se deve à partilha de um determinado conjunto de procedimentos teórico-metodológicos, mas exatamente o oposto, ou seja: a coincidência de procedimentos é que decorre da partilha paradigmática. Para Foucault, entretanto, as coisas se dão de modo muito diferente, e isto guarda relação com seu olhar para uma *episteme* que está para muito além da ciência, e não para uma epistemologia entendida como simples filosofia da produção científica:

> Obviamente, Foucault não sustenta que as normas supostamente autoimpostas que definem uma disciplina por seus praticantes expliquem sua constância através de cambiantes objetos e métodos, já que estas também se modificam. Porém, quando chega a propor um princípio de unidade através das descontinuidades que não apelam aos sujeitos individuais, isto passa outra vez pela possibilidade de que as unidades disciplinares possam ser o resultado de práticas compartilhadas não reflexivas, e assume que a unidade deve fundar-se no nível do discurso regido por suas próprias regras. (DREYFUS & RABINOW, 2001, p. 87)

Mas, o que há de diferente neste tipo de acontecimento discursivo? Não é uma frase nova, e Foucault deixa isto muito claro. Não se trata de buscar alguma anomalia no seio do discurso, e muito menos escavar, em uma montanha de textos escritos para não serem lidos, o *momentum* em que emerge, pronto e acabado, "[...] todo um mundo de objetos, enunciações, conceitos, escolhas teóricas absolutamente novas [...] já armado em um texto que o situaria de uma vez por todas" (FOUCAULT, 2005a, p. 194-195). Não é isto que a arqueologia busca, mas sim as pequenas fissuras, que se expressam justamente na enunciação de novos objetos, novos temas, novos métodos... Tampouco se trata de buscar explicações extradiscursivas capazes de dar conta do que

ocorre na superfície do discurso, como revoluções ou outros grandes eventos políticos e sociais; trata-se, isto assim, de procurar pelos acontecimentos materialmente inscritos na própria superfície do discurso.

Penso nos modos convencionais de se fazer história da música, por exemplo. A obra de um autor considerado revolucionário é sempre posicionada no seu momento histórico "mais amplo", como mero efeito de uma determinada conjuntura política e social. Mas, como seria contar uma história da música que olhasse prioritariamente para a própria música? Como fazer uma história da música que não fosse a história dos compositores, de suas visões de mundo, de sua filiação ou oposição aos movimentos políticos e sociais de sua época? Como contar uma história da música, que não visse a obra como efeito da posição ou do compromisso de classe de um compositor? Como seria, por fim, uma história da música contada, não por historiadores, mas por músicos? Penso em todas estas perguntas, e encontro uma resposta diferenciada no brasileiro José Miguel Wisnik (1999), que conta sua outra história das músicas observando a emergência de acontecimentos na superfície da própria música. Acontecimentos raros, os ruídos são observados pelo compositor e professor da USP, para quem a história da música não é outra coisa senão a história das dissonâncias e dos barulhos (acontecimentos?) a imiscuir-se na harmonia. Voltarei a isto no momento apropriado.

Mas como procurar por esta população de acontecimentos na superfície das formações discursivas? Foucault propõe um método que toma de empréstimo à antropologia um de seus procedimentos mais tradicionais: a descrição. Não uma descrição densa, compreensiva, de tradução, como preconizado por Cliffford Geetz; tampouco um descrição positivista, como na tradição anglo-saxã de Radcliffe Brown ou Evans Pritchard; muito menos uma descrição interpretativa, como na antropologia estrutural de Lévi-Strauss ou na psicanálise de Jacques Lacan. O que Foucault propõe é uma descrição exaustiva, até mesmo enfadonha, que se esforça por entender os enunciados em rede, articulando-os em seu próprio solo, em suas próprias formações discursivas, excluindo da análise elementos exteriores ao discurso, a perspectiva evolucionista e as chaves interpretativas oferecidas pelos universais:

> Eu quis, pelo jogo sistemático, evitar esses expedientes e, consequentemente, esforcei-me para descrever os enunciados, grupos inteiros de enunciados, fazendo surgir as relações de implicação, de oposição, de exclusão, que podem ligá-los novamente. (FOUCAULT, 2013, p. 68)

> Tentando colocar em jogo uma descrição rigorosa dos próprios enunciados, pareceu-me que o domínio dos enunciados obedecia a leis formais, que se podia, por exemplo, encontrar um único modelo teórico para domínios epistemológicos diferentes, e que, nesse sentido, se podia concluir que haveria uma autonomia de discursos. Mas só há interesse em descrever esse estrato autônomo dos discursos na medida e que se pode relacioná-lo com outros estratos, de práticas, de instituições, de relações sociais, políticas, etc. (FOUCAULT, 2013, p. 69)

Foucault afirma que o ato de descrever rigorosamente os enunciados faz surgir suas articulações na rede discursiva. Mas o que seriam, em suma, os enunciados? Não se trata de uma frase, mesmo que possam ter esta forma (FOUCAULT, 2005a, p. 92); não é um ato de fala, pois frequentemente é preciso "[...] mais de um enunciado para efetuar um *speech act*" (Idem, p. 94); não é um mero agrupamento de signos, pois ele "[...] não existe nem do mesmo modo que a língua [...], nem do mesmo modo que objetos quaisquer apresentados à percepção" (Ibidem, p. 97); tampouco é uma estrutura (Ibidem, p. 98). Nem oculto nem óbvio, descrever o enunciado "[...] não significa isolar e caracterizar um segmento horizontal, mas definir as condições nas quais se realizou a função que deu a uma série de signos [...] uma existência específica" (Ibidem, p. 123).

> Por mais banal que seja, por menos importante que o imaginemos em suas consequências, por mais facilmente esquecido que possa ser após sua aparição, por menos entendido ou mal decifrado que o suponhamos, um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente. Trata-se de um acontecimento estranho, por certo: inicialmente porque está ligado, de um lado, a um gesto de escrita ou à articulação de uma palavra, mas, por outro lado, abre para si mesmo uma existência remanescente no campo de uma memória, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, porque é único como todo acontecimento, mas está aberto à repetição, à transformação, à reativação; finalmente, porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a consequências por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, a enunciados que o precedem e o seguem. (FOUCAULT, 2005, p. 31-32)

Descrever os enunciados dispersos na superfície do discurso sobre as técnicas e as políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, fazendo aparecer estes raros acontecimentos descritos por Foucault. Que resultados podem emergir deste procedimento? Pode-se falar na RD como um acontecimento discursivo?

2.1.9 REDUÇÃO DE DANOS

Atribui-se a expressão grega *primum non nocere* (primeiro não cause danos) a Hipócrates, filósofo grego que viveu entre os anos 460 aC e 370 aC. Nesta versão literal, no entanto, não é possível encontrar a frase em nenhum ponto de sua obra. José Roberto Goldim (s.d.) levanta a hipótese de que a frase possa ter origem em outra formulação hipocrática: “Pratique duas coisas ao lidar com as doenças; auxilie ou não prejudique o paciente”. De maneiras diferentes, as duas frases falam: da disposição para o cuidado; da prudência necessária para evitar que a intervenção não piore a situação da pessoa que procura auxílio; além de apontarem, por óbvio, para própria necessidade de auxílio.

Não seria errado dizer que toda a história das políticas e técnicas de saúde é uma história da busca de estratégias de redução de danos e riscos. Identificá-los, circunscrevê-los, minimizá-los, se possível eliminá-los. A definição dos contornos dos agravos à saúde e a luta para reduzi-los ou eliminá-los modificaram-se profundamente ao longo do tempo. No caso das drogas, dos gregos até hoje, passando por toda a Idade Média e Renascimento, atravessando a modernidade e chegando até os dias atuais, a visão que temos a respeito dos usos e as formas que construímos para lidar com o tema a partir da saúde têm uma história que ainda precisa ser contada.

Esta tarefa pode ser o trabalho de uma vida, e é impossível resolvê-la em um texto de poucas páginas. O objetivo deste fragmento de tese é muito mais modesto, e se resume a problematizar a emergência e o desenvolvimento de apenas uma parte da longa história das políticas públicas e dos cuidados em saúde dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas. O que se pretende desenvolver aqui é uma pequena história da RD, configurada a partir de uma perspectiva autoral, que organiza a emergência desta tecnologia sanitária na forma de “três nascimentos”: o primeiro na Inglaterra, o segundo na Holanda, e o terceiro no Brasil (PETUCO, 2014, p. 133-148).

Assim como os Estados Unidos sempre souberam usar suas guerras para o desenvolvimento de tecnologias bélicas, o Reino Unido soube aproveitar muito bem os seus momentos de pós-guerra para o desenvolvimento de políticas públicas e estratégias inovadoras de cuidado em saúde. Nos anos posteriores à II Guerra Mundial, por exemplo, Maxwell Jones (1972) desenvolveu as primeiras experiências com CT’s para pacientes acometidos por graves neuroses de guerra; em paralelo, nesta mesma época, o governo inglês aprofundava e aperfeiçoava o sistema público e universal de saúde (KOEN, 2000, p. 256).

Em 1924, os ingleses ainda se viam as voltas com os impactos da I Guerra Mundial. No campo da saúde, uma das questões era o aumento do uso problemático de morfina e heroína. As tentativas de se lidar com este problema com a simples suspensão do uso, mesmo que em ambiente hospitalar, mostravam-se ineficientes, já que o conjunto de sintomas relacionados à síndrome de abstinência decorrente da retirada de opiáceos impedia a completa adesão dos pacientes aos tratamentos então vigentes, focados sobretudo no abandono completo do uso de substâncias.

Foi neste contexto que o governo inglês instituiu um comitê para discutir a questão. Liderado pelo Dr. Humphry Rolleston e composto por mais sete especialistas, o comitê pesquisou o assunto por dois anos, até concluir por uma série de recomendações que passaram a ser tomadas como diretrizes para o tratamento de pessoas com dependência de opiáceos. O Relatório Rolleston (UNITED KINGDOM, 1926), como ficou conhecido, recomendava a administração de morfina e heroína sob supervisão médica como estratégia para diminuir o sofrimento decorrente da brusca retirada destas drogas, que em casos mais extremos pode levar até mesmo à morte.

A estratégia, ao mesmo tempo pragmática e humanista, foi uma revolução no tratamento de pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas. O modelo vigente até então baseava-se sobretudo no internamento como forma de evitar o contato entre o usuário e sua droga de eleição. A síndrome de abstinência, contudo, colocava limites importantes a esta abordagem. Surgia aquilo que ficou conhecido como “terapia de substituição”, inaugurando o amplo cardápio de estratégias de RD. As primeiras experiências fracassaram, até o desenvolvimento de novas drogas, em meados de 1940 (MARQUES & ZALESKI, 2011).

Com o tempo, este “primeiro nascimento da RD” desdobrou-se em outras técnicas específicas, para problemas igualmente específicos. Hoje em dia, uma prática amplamente difundida é a oferta de Metadona® para dependentes de heroína e morfina: um opiáceo muito mais “limpo”, com menos efeitos colaterais que outras drogas análogas, e que ajuda o usuário lidar com a abstinência de morfina e heroína[15]. Além disto, a distribuição pelo sistema público de saúde permite ao Estado romper os laços que unem usuários e traficantes, diminuindo o espectro de ação de organizações criminosas e os problemas de violência relacionados ao tráfico.

[15] Uma representação desta prática pode ser vista em uma das cenas do filme “As invasões bárbaras”, em que uma dependente de heroína recebe sua dose de metadona em um serviço de saúde (ARCAND, 2003).

Tecnicamente, o que define a “terapia de substituição” é a substituição de uma droga por outra de efeito similar (CORNISH, McNICHOLAS & O’BRIEN, 2001). Entram nesta categoria, por exemplo, a substituição de heroína por Metadona® (drogas depressoras), e porque não dizer, a introdução de benzodiazepínicos diante da abstinência de bebidas alcoólicas (ambas igualmente depressoras). Curiosamente, no entanto, não se costuma definir esta prática como terapia de substituição, provavelmente porque medicamentos psicoativos não são habitualmente referidos como “drogas”.

Esta reflexão em torno dos efeitos similares entre as drogas substituídas e as drogas substitutas interroga uma experiência realizada no Brasil, entre 1996 e 1998, no Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes da Universidade Federal de São Paulo (PROAD/UNIFESP). Diante dos frequentes relatos de que o uso de maconha facilitava a suspensão do uso de crack, Eliseu Labigalini e Dartiu Xavier resolveram investigar a questão, a partir de um grupo de 25 dependentes de crack que relatavam o uso de maconha. Os componentes deste grupo foram acompanhados por nove meses; durante este período, eram atendidos semanalmente, mas não recebiam nenhum tipo de medicação para os sintomas de abstinência (LABIGALINI, 2000, p. 177).

Os resultados desta pesquisa demonstraram uma altíssima eficácia da estratégia, e 68% dos participantes abandonaram o crack. Não obstante, não seria adequado referir tal prática como um exemplo de “terapia de substituição”, como se tem difundido em muitos espaços de discussão sobre o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, já que o crack é uma droga estimulante do sistema nervoso central, enquanto a maconha se apresenta como depressora ou perturbadora. O próprio autor não fala em “substituição”, e aponta que a maconha provavelmente opera como um fármaco que ajuda a lidar com a ansiedade decorrente da abstinência de crack:

> […] estudos recentes sobre a *cannabis* evidenciam que esta funcionaria como um agonista serotoninérgico e estudos recentes têm demonstrado que a anandamida é o neurotransmissor endógeno mais relacionado com os receptores canabinóides. As observações clínicas realizadas neste estudo confirmam esses dados, demonstrando que o provável aumento de serotonina após início do uso de *cannabis* trouxe diminuições importantes de impulsividade, sintomas de “fissura”, além de aumento importante do peso relacionado diretamente a alterações de apetite. (LABIGALINI, p. 182-183)

Outra discussão que se poderia fazer diz respeito a "aposta"[16] nos pacientes. Não se trata de uma posição arrogante do saber técnico-científico diante dos saberes das próprias pessoas que usam drogas, mas de uma perspectiva dialógica, que valoriza a voz dos sujeitos, para além do sintoma, como produtora de conhecimento a respeito de seu próprio cuidado. Seria o caso de perguntar: este sucesso de 68% foi fruto exclusivo dos efeitos farmacológicos da maconha, ou diria respeito também à posição do PROAD em acolher as vozes das pessoas que buscam o serviço? Este elemento de horizontalidade será importante quando discutirmos o "terceiro nascimento da RD".

Em um artigo que já se tornou um clássico da Saúde Coletiva brasileira, Emerson Merhy nos fala sobre três tipos de tecnologias sanitárias: as *tecnologias duras* (raios X, estetoscópios e quaisquer outros equipamentos); *tecnologias leve-duras* (práticas estruturadas, a exemplo dos protocolos clínicos e sistemas de levantamento epidemiológico); e por fim, as *tecnologias leves*, relacionais, que se materializam em ato, no encontro entre usuários e trabalhadores de saúde (MERHY, 2000).

As tecnologias de cuidado em saúde (leves, duras ou leve-duras) têm história, e conhecer esta história contribui para uma maior compreensão dos limites, contornos e potencialidades, seja de práticas ou de equipamentos. Em 1924, quando do primeiro nascimento da RD, os ingleses vivam um contexto de pós guerra, com um importante aumento no uso de heroína e morfina. Já o contexto do segundo nascimento está relacionado a um conjunto muito específico de eventos que tiveram lugar na cidade de Amsterdã, Holanda:

> Em 1984, motivado pelo fato de uma farmácia localizada no centro da cidade ter decidido interromper a venda de apetrechos de injeção para usuários de drogas injetáveis e do medo de uma possível epidemia de Hepatite B, a "União Junkie", uma associação de ex-usuários de drogas e usuários de drogas em atividade preocupada com o papel dos usuários de drogas na sociedade e seus direitos civis, lançou a ideia de distribuição livre de seringas para usuários de drogas. O Serviço Municipal de Saúde concordou em colaborar caso a distribuição obedecesse ao esquema de troca um-por-um (uma seringa usada por uma nova/estéril). Como esse experimento, implementado no prédio da união dos usuários, não parecia causar qualquer problema, o Serviço Municipal de Saúde decidiu auxiliá-los estendendo o projeto a diversas outras agências envolvidas com a questão das drogas. (VERSTER, 1998, p. 118)

[16] No filme "Fora de si", o psiquiatra Dartiu Xavier descreve o modo como pessoas que usam crack traziam esta questão para o serviço. Nas palavras do próprio Dartiu: "Esse relato começou a ser tão frequente entre os usuários de crack que nós resolvemos apostar nesta ideia. Vamos ver o que acontece.".

Diferente do que muitas pessoas acreditam, portanto, o primeiro programa de troca de seringas (PTS) não nasceu como uma estratégia para o enfrentamento da epidemia de Aids, que na época ainda não era percebida como um problema entre pessoas que usavam drogas por via injetável. O que motivou o segundo nascimento da RD foi uma articulação de medos: o medo que tinham os funcionários de uma farmácia em atender pessoas que usam drogas injetáveis, e o medo das autoridades sanitárias holandesas diante de uma possível epidemia de hepatites virais. No entanto, é possível supor que outras cidades do mundo convivessem com estes mesmos medos; por que então é justamente Amsterdã a primeira cidade do mundo a implantar uma tecnologia com estas características?

Em primeiro lugar, pode-se encontrar uma explicação na própria história da Holanda. Afinal, estamos falando de um país com uma sólida tradição liberal de respeito as liberdade individuais. Durante a Idade Média, por exemplo, e especialmente a partir do fim do século XVI, milhares de judeus encontravam um porto seguro em Amsterdã, ao passo que eram mortos ou obrigados à conversão ao cristianismo em diversos países, sobretudo Portugal e Espanha (LANDES, 1998, p. 152). Nas artes, este ambiente de relativa liberdade ensejou características próprias ao Renascentismo holandês, que ofereceu ao mundo criadores e livre pensadores como Erasmo de Roterdã, Hieronymus Bosch, Pieter Brueghel e Baruch de Spinoza.

Uma segunda explicação, muito mais recente, diz respeito à própria legislação holandesa sobre drogas, com descriminalização do uso e a adoção de uma perspectiva pragmática que tem a saúde como foco principal. Desta maneira, e ao contrário da maioria dos países do mundo, a Holanda define o Ministério da Saúde como a principal agência governamental para regulação de questões relacionadas com o tema das drogas. Em função desta abordagem diferenciada, Amsterdã tornou-se uma cidade atraente aas pessoas que usam drogas de outros países, não apenas no que tange ao consumo relativamente livre, mas também por conta de uma abordagem abrangente e diferenciada do ponto de vista da saúde, com serviços que vão desde o tratamento com Metadona® até a internação para desintoxicação, além de programas sociais e de prevenção. A qualidade e diversidade de serviços são tamanhas, que em um determinado momento foi necessário vetar o tratamento para estrangeiros (exceção para as eventuais emergências), criando um projeto especial para ajudar estas pessoas a buscar tratamento em seus países de origem (VERSTER, 1998, p. 116-117).

Ao acontecimento biológico da Aids (a dispersão por todo planeta de um vírus mortal), soma-se e articula-se o acontecimento político e cultural da Aids. Em outras palavras: os modos de infecção pelo HIV exigem mudanças profundas nos modos de se pensar e fazer saúde pública, especialmente no que diz respeito à prevenção. As primeiras estratégias para o enfrentamento da epidemia, calcadas na noção de "grupos de risco", mostraram-se simultaneamente ineficientes e perversas: ineficientes porque incapazes de realizar a tarefa a qual se propunham; perversas porque pródigas no que tange à produção de estigma e preconceito, ao considerar determinadas populações como culpadas pela doença. Afinal, como dizia Herbert de Souza (1992): "o grupo de risco é a própria sociedade".

Francisco Inácio Bastos chama atenção para três paradoxos no processo de implementação de programas de troca de seringas ao redor do mundo. Em primeiro lugar, o fato de que os primeiros países a adotar a estratégia foram também aqueles em que a epidemia não atingiu os patamares elevados de outras nações (ou seja: os países mais resistentes foram justamente os que mais necessitavam); em segundo lugar, o envolvimento de pessoas que usam drogas na discussão e realização das ações de troca de seringas, algo presente na experiência original holandesa, praticamente desapareceu no processo de difusão mundial, com raras exceções; por fim, em terceiro lugar, a centralidade da prevenção da Aids fez com que pesquisadores e ativistas deixassem a preocupação com outras doenças infectocontagiosas em segundo plano, abrindo o flanco para ataques contra a efetividade da proposta (BASTOS, 1998, p. 91-92).

Com os PTS, o foco se desloca do uso de drogas para os riscos relacionados a uma determinada maneira de consumi-las. Não estamos mais falando de um conjunto de proposições que tomam a totalidade dos usos de drogas como objeto de intervenção, mas de uma das formas de se usar algumas poucas substâncias. A questão é menos a droga, e muito mais o meio de utilização (no caso, a seringa). Não se trata de ajudar as pessoas a parar, diminuir o uso ou evitar o sofrimento relacionado à abstinência, mas de ajudá-las a evitar riscos relacionados, não às drogas, mas às formas de se usar drogas. Um deslocamento que se efetiva em uma possibilidade de ampliação do olhar e da intervenção em saúde. Um conjunto de estratégias construído fora do campo reflexivo das drogas, mas que a ele retorna, permitindo transformações brutais no modo como se pensa e opera o cuidado em saúde. Em outras palavras: um *acontecimento*.

A RD chega ao Brasil pelo porto de Santos, que em 1989 era a cidade brasileira com maior número de casos de Aids, muitos dos quais decorrentes do compartilhamento de seringas entre pessoas que usam drogas injetáveis. Além disto, Santos contava com gestores que reuniam capacidade técnica e coragem política para disparar profundas inovações, um ano antes da aprovação da Lei 8.080/90, que instituía o Sistema Único de Saúde (SUS), e doze anos antes da aprovação da Lei 10.216/01, que instituiu a Reforma Psiquiátrica brasileira. O secretário de saúde era o sanitarista David Capistrano Filho, um dos artífices da construção do SUS, especialmente no que tange às suas ideias sobre descentralização; o coordenador das políticas de enfrentamento à epidemia de Aids era Fábio Mesquita, que depois de alguns anos servindo a Organização Mundial de Saúde (OMS) no continente asiático, é hoje o coordenador do Programa Nacional de Aids e Hepatites Virais; para coordenar as políticas de saúde mental, foi convocado o psiquiatra Roberto Tykanori Kinoshita, que até bem pouco tempo dirigia a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas; por fim, a responsável pela montagem deste time era a prefeita Telma de Souza, que depois de concluir seu mandato e eleger David Capistrano Filho como seu sucessor, assumiu uma cadeira na Câmara de Deputados e a coordenação da Frente Parlamentar Mista de Enfrentamento às DST/HIV/Aids.

Com um grupo técnico qualificado e comprometido politicamente, a coragem de mudar se expressava em inovações extremamente ousadas, que fizeram avançar o sistema público de saúde de Santos, e inspiraram toda uma geração de sanitaristas e militantes do SUS em todo o Brasil. Uma série de experiências inéditas foram colocadas em prática: pela primeira vez uma gestão pública fechava um hospital psiquiátrico e investia em iniciativas municipais de base territorial para o acompanhamento de pessoas em sofrimento mental; promoção de saúde e cidadania e prevenção das DST's e Aids na região portuária (voltada sobretudo às pessoas envolvidas com prostituição); criação do CRAids (Centro de Referência em Aids), primeiro serviço do tipo no país; também em âmbito municipal, a abertura do Núcleo de Atenção aos Toxicodependentes... Estas e outras experimentações, que davam materialidade aos sonhos expressos pelos movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, estão registradas no livro “Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos” (CAMPOS & HENRIQUES, 1997).

Mas, e a Redução de Danos?

> Em setembro de 1989, organizamos o primeiro Seminário de Aids do Município de Santos, durante o qual apresentamos a boa nova: o Programa de Aids do Município iria começar a troca de seringas nos próximos dias. Nesse momento, nosso sonho começou a se tornar um pesadelo. Matérias nos jornais, revistas, rádios e TVs, debates na cidade, ameaças de prisão, etc. Ao final, foi estabelecido um acordo, constatando-se que naquele momento tínhamos de recuar. Sendo a Prefeitura Municipal de Santos um órgão público, passível de pressões por parte da Igreja, da Justiça e da sociedade de um modo geral, tivemos de ceder e voltar atrás, ainda que, à época, a opinião pública estivesse dividida. Essa divisão se mostrou algo acima de nossas expectativas, pois o "senso comum" mostrou ter mais bom senso do que as autoridades. (BUENO, 1998, p. 163)

A mesma cidade que avançava a passos largos na construção da Reforma Psiquiátrica, que conseguia desinstitucionalizar seus loucos, que era capaz de chamar populações marginalizadas para debater e implementar políticas de promoção de saúde, que tinha condições de sustentar experiências ousadas e inovadoras como a criação de uma rádio organizada por usuários de serviços de saúde mental, via seu PTS ser paralisado pelo preconceito e conservadorismo. E isto, justamente no momento em que uma iniciativa como esta era absolutamente imprescindível:

> Mesmo se pensarmos do ponto de vista da economia, os gastos com doentes de Aids em todo o país são imensos e parte importante deles poderia e deveria ser evitada. Quantas pessoas se infectaram de forma direta ou indireta devido a este longo período de indefinição, que fere o direito de todo cidadão à saúde? Quantos homens, mulheres e crianças não terão morrido ou ficado gravemente doentes por causa desta falta de lucidez e coragem. Não podíamos mais compactuar com esta situação... (BUENO, 1998, p. 166)

Medo e preconceito sempre mataram mais que qualquer vírus. A intransigência articulada de setores conservadores bloqueou as trocas de seringas não apenas na cidade litorânea do estado de São Paulo, mas atrasou a implementação de estratégias voltadas à prevenção da Aids junto a pessoas que usavam drogas injetáveis em todo o país. Seria preciso esperar mais seis anos até que os soteropolitanos conseguissem realizar abertamente aquilo que os santistas foram obrigados a concretizar por meio de uma clandestinidade análoga à do próprio uso de substâncias qualificadas como ilícitas[17].

Mas, por que os baianos lograram êxito naquilo que os paulistas não conseguiram? Para alguns militantes e estudiosos do assunto, a explicação pode estar no

[17] As trocas de seringas e oferta de hipoclorito de sódio para higienização de equipamento de uso injetável já eram uma realidade em alguns lugares do Brasil, mas de forma clandestina. A Bahia foi, portanto, o primeiro lugar a realizar tais ações de modo assumido (BUENO, 1998; DOMANICO, 2006).

fato de que a experiência da Bahia nasceu sob proteção do ambiente acadêmico (DOMANICO, 2006, p. 76). Em 1994, o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD), um serviço de extensão permanente do Departamento de Anatomia Patológica e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, recebe recursos da então Coordenação Nacional de DST/Aids, via Banco Mundial; será partir deste financiamento que o CETAD conseguirá tornar realidade, em 1995, o primeiro PTS do Brasil, retirando da clandestinidade as ações de RD dirigidas a pessoas que usavam drogas injetáveis.

A partir daí, as coisas avançaram com certa rapidez. Por todo o Brasil, dezenas de projetos de RD começaram ser criados, a partir da iniciativa de ONG's ou de prefeituras municipais, quase sempre com financiamento direto da Coordenação Nacional de DST/Aids. No dia 1º de dezembro de 1997, durante o II Congresso Brasileiro de Prevenção das DST/Aids, realizado em Brasília, foi criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), assumindo o importante papel de articulação técnica e política entre todas estas iniciativas. Um ano depois, em 1998, foi criada a Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos (REDUC), durante o Encontro Nacional de Redução de Danos, na cidade de São Paulo. As diferenças entre as duas organizações, nem sempre tão nítidas, poderiam ser precariamente definidas da seguinte maneira: enquanto a ABORDA reunia, sobretudo, redutoras e redutores de danos com experiência no trabalho de campo junto a pessoas que usam drogas, a REDUC reunia quadros com perfil mais técnico e acadêmico (RIGONI, 2006, p. 56).

Os anos se passavam, e as experiências de RD espalhadas por todo o território nacional, de norte a sul, iam se multiplicando e diversificando. Num país de dimensões continentais, com imensas diferenças culturais, seria impossível qualquer tipo de homogeneidade. Aliás, não apenas impossível, mas também indesejável. Neste contexto, os encontros nacionais de redutoras e redutores de danos adquiriam as caraterísticas de um verdadeiro caleidoscópio, permitindo o intercâmbio entre as pessoas e coletivos que se dedicavam a estas ações de promoção de saúde junto a pessoas que usam drogas, bem como a articulação política para a defesa das ideias e práticas de RD, sempre vulneráveis aos ataques de setores conservadores dos campos de saúde e segurança pública, bem com de organizações religiosas (SOUZA, 2007, p. 74).

Foi justamente nestes encontros que começou a ganhar visibilidade o fato de que redutoras e redutores de danos estavam indo muito além das ações de trocas de seringas.

Garantia-se o acesso às políticas de saúde, com encaminhamento a serviços de Atenção Primária que resultavam em cuidados, encaminhamento a exames e adesão a tratamentos que ultrapassavam questões objetivamente relacionadas ao uso de drogas. Articulações intersetoriais resultavam na aproximação destas pessoas com as políticas de assistência social e educação. Além disto, a incorporação de pessoas que usam drogas aos PRD's, na condição de agentes redutoras e redutores de danos, trazia para dentro do campo da saúde vozes que até então só encontravam enquadramento na ordem do sintoma, das provas judiciais ou da confissão. Dito de outro modo, na síntese elaborada por Domiciano Siqueira:

> Ao considerarmos que o caminho do crime é a cadeia, do doente o hospital e do pecador o inferno, percebemos que se mudarmos o contexto mudaremos também o caminho trilhado por estas pessoas sem necessariamente mexer com a individualidade e com as escolhas pessoais. (SIQUEIRA, 2006, p. 14)

Este deslocamento para além do sintoma, do pecado ou do crime, abre espaço para o surgimento de novas palavras, novos olhares e novas práticas com respeito ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Torna-se possível ver o que antes não era visto, dizer o que antes não era dito, fazer o que antes não era feito. Domiciano Siqueira acreditava que se uma pessoa fosse capaz de realizar algo tão radical quanto oferecer uma seringa para que alguém injetasse cocaína em suas veias, ela seria capaz de realizar qualquer coisa. E estas novidades expressavam-se em formas por vezes muito sutis, de modo que talvez fosse necessário ajudar às pessoas a perceber nuances, delicadas filigranas de um novo cuidado que se inventava, em ato.

Esta invenção tornou-se mais necessária quando um novo fenômeno relacionado ao uso de drogas surgiu: em algumas cidades antes, em outras depois, as seringas começaram a desaparecer. Com a política de controle de precursores necessários ao refino da droga deflagrada pelo governo estadunidense (ESCOHOTADO, 2008, p. 1013-1014), o crack, velho conhecido das pessoas que usam cocaína, originalmente produzido de modo artesanal como mera estratégia de diversificação das formas de uso, acabou se transformando em uma mercadoria mais barata e acessível (DOMANICO, 2006, p. 14). Neste contexto, a nova ética do cuidado engendrada pelos redutores de danos tornava-se cada vez mais visível e necessária.

Em face deste fenômeno, um grupo importante de redutoras e redutores de danos antevia o desaparecimento dos recursos que sustentavam os PRD's; afinal, o uso de

crack não trazia consigo nenhuma relação direta com os riscos de infecção pelo HIV. É claro que havia a troca de sexo por recursos para compra da droga, e uma ligação entre compartilhamento de cachimbos e contágio que se mostrava muito mais teórica do que concreta, mas nada que justificasse uma linha específica de investimentos por parte do Ministério da Saúde.

É possível que o primeiro documento que expressa este terceiro nascimento seja a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004). A política, produzida ao longo do ano de 2003 e lançada em 2004, tomava a RD, não como um cardápio de técnicas para reduzir danos e riscos associados ao uso desta ou daquela droga, mas como paradigma ético, estético e político, como diretriz para todos os serviços que trabalhavam com o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. Retomando a metáfora do Relatório Rolleston como uma certidão de nascimento, seria possível dizer que o documento do Ministério da Saúde é como as certidões de antigamente, muitas vezes lavradas meses ou até mesmo anos depois do nascimento ter de fato ocorrido; afinal, o texto não fazia outra coisa senão materializar, em palavras, o espírito já presente nas experimentações cotidianas de redutoras e redutores de danos, nos seus encontros com as tradições brasileiras das reformas sanitária e psiquiátrica, da Educação Popular, do movimento de luta contra a Aids. Um movimento que remonta nossa tradição antropofágica, que confere ao povo brasileiro esta salutar capacidade de apropriar-se de invenções estrangeiras – como a RD – reinventando-as e lhes conferindo características muito próprias.

Seria possível agora retomar a pergunta que encerrou o subcapítulo anterior: se um acontecimento é raro, se "[...] consiste na relação, coexistência, dispersão, recorte, acumulação, seleção de elementos materiais" (FOUCAULT, 2005a, p. 57); se ele "[...] produz-se como efeito e em uma dispersão material" (Idem, p. 58); se parece "[...] multiplicar as rupturas e buscar todas as perturbações da continuidade" (Ibidem, p. 6)... Se estou certo em tomar o acontecimento como conceito que define justamente estes raros enunciados que se expressam como asperezas na lisa superfície do discurso, então é possível, sim, afirmar a RD como um acontecimento na materialidade da dispersão discursiva em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Um acontecimento discursivo que produz efeitos na vida. Uma ideia que encontra outras ideias.

2.1.10 ENCONTRO, AFETO, POTÊNCIA

Como as drogas são um elemento central no tema de pesquisa aqui desenvolvido, achei por bem iniciar o diálogo com meus intercessores a partir de suas considerações sobre o assunto. Por isso eu fiz questão de trazer diversos momentos em que Foucault problematizou a questão, assim como o vazio sobre o tema na obra de Bourdieu. Agora, quando inicio o momento em que caminharei junto com Spinoza, seria de se esperar o mesmo vácuo presente no sociólogo francês: afinal, por que seria diferente com um autor que produziu sua obra no século XVII?

> Reconheço que uma tal liberdade pode ter seus inconvenientes, mas já houve alguma instituição tão sábia da qual não pudesse nascer qualquer inconveniente? Querer regulamentar tudo por leis é irritar os vícios, e não corrigi-los. O que não se pode proibir, deve-se necessariamente permitir, a despeito do dano que possa resultar. Não há males que têm sua origem no luxo, na inveja, na bebedeira e coisas semelhantes? No entanto, nós os suportamos porque não se pode proibi-los por lei, ainda que sejam realmente vícios; mais ainda a liberdade de pensamento, que na realidade é uma virtude, devendo ser admitida, e não constrangida. (SPINOZA, 2014, p. 350)

Um filósofo antiproibicionista em pleno século XVII? Em hipótese alguma, e só se poderia sustentar tal assertiva num sentido muito amplo e antecipado: amplo, porque o uso de álcool não era o centro da reflexão de Spinoza, mas apenas uma metáfora que permite abordar o tema da liberdade de expressão; antecipado, porque o movimento proibicionista é um fenômeno da modernidade, e não faria sentido colocar-se na oposição de algo que ainda não existia.

Mas não são estas as reflexões que interessam ao escopo do trabalho aqui realizado. O Spinoza que busco está presente em outra obra, concluída cinco anos depois do "Tratado teológico-político" e dois anos antes de sua morte: a "Ética", na qual explicita sua visão monista (para alguns, até mesmo panteísta) que afirma a unidade Deus/Natureza, a não separação entre corpo e alma, e uma ética em oposição ao pensamento moral, refutando a ideia platônica de que a razão deve controlar as emoções; para Spinoza, quanto mais o ser humano viver seus apetites de modo conveniente, mais divino ele será (SPINOZA, 2007, p. 11-158).

Mas, como já disse, não são as reflexões spinozistas a respeito da transcendência que interessam ao trabalho que desenvolvi. Se Spinoza pode ajudar, é com as ideias expressas na terceira parte da "Ética", quando discorre sobre "a origem da natureza e dos afetos". Ali é possível encontrar um conjunto de contribuições que têm sido muito

estudadas por trabalhadores e pesquisadores brasileiros envolvidos com temas ligados à saúde mental e à saúde coletiva, como Emerson Merhy e Túlio Franco, por exemplo. Concepções que têm fecundado a pesquisa, a produção teórica, e mesmo as diretrizes para a prática cotidiana no campo da saúde, a exemplo da Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Spinoza inicia o prefácio da terceira parte da "Ética" criticando os filósofos e teólogos que escreveram sobre os afetos e os modos de vida, não como "[...] coisas naturais, que seguem as leis comuns da natureza, mas de coisas que estão fora dela" (SPINOZA, 2007, p. 161). Para tais autores, a inconstância da alma não seria algo natural, mas um "[...] defeito da natureza humana, a qual, assim, deploram, ridiculariza, desprezam ou, mais frequentemente, abominam" (Idem, p. 161). Critica Descartes, que também teria afirmado o primado da razão sobre a emoção, mas ressalta o esforço compreensivo de sua abordagem, que em nada o aproximaria daqueles que "[...] preferem abominar ou ridicularizar os afetos e as ações dos homens" (Ibidem, p. 161). Mas ainda assim, o raciocínio de Spinoza é outro:

> Nada se produz na natureza que se possa atribuir a um defeito próprio dela, pois a natureza é sempre a mesma, e uma só e a mesma, em toda parte, sua virtude e potência de agir. Isto é, as leis e a regras da natureza, de acordo com as quais todas as coisas se produzem e mudam de forma, são sempre as mesmas em toda parte. Consequentemente, não deve, igualmente, haver mais do que uma só e mesma maneira de compreender a natureza das coisas, quaisquer que sejam elas: por meio das leis e regras universais da natureza. É por isso que os afetos do ódio, da ira, da inveja, etc., considerados em si mesmos, seguem-se da mesma necessidade e da mesma virtude da natureza das coisas que se seguem as outras coisas singulares. (SPINOZA, 2007, p. 161-162)

Um teólogo diferenciado, mesmo para os padrões contemporâneos, que pregava a compreensão contra o julgamento. No "Tratado teológico-político", Spinoza apresenta sua peculiar leitura para o mito da maçã no Jardim do Éden. Para o filósofo, a interpretação de que Deus pune Adão e Eva pelo desrespeito à suas ordens erra ao emprestar à divindade um sentimento de vingança que só faria sentido aos humanos; na perspectiva spinozista, o que ocorre ao primeiro casal não é o efeito da ira divina, mas a consequência natural de um ato impensado. Deus não teria proibido que se comesse a maçã, mas alertado Adão acerca dos riscos relacionados a tal imprudência; a expulsão do Paraíso, portanto, não seria um castigo, mas a consequência do mau encontro entre o casal e o fruto (SPINOZA, 2014, p. 114-115).

Logo depois da introdução à terceira parte da "Ética", Spinoza apresenta três definições iniciais, num esforço racionalista rigoroso com seus próprios termos, que segundo o autor, remonta ao método dos geômetras. Inicialmente, define como "[...] *causa adequada* aquela cujo efeito pode ser percebido [...] por ela mesma", em oposição à *causa inadequada*, "[...] cujo efeito não pode ser compreendido por ela só" (SPINOZA, 2007, p. 163); em seguida, à semelhança do que se vê em Max Weber, o teólogo conceitua *ação* como "[...] algo que sucede de que somos a causa adequada", e *padecimento* como "[...] algo de que não somos causa senão parcial" (Idem, p. 163); por fim, *afeto* é definido como "[...] as afecções do corpo, pelas quais sua potência de agir é aumentada ou diminuída" (Ibidem, p. 163).

Para Spinoza, não se trata de buscar os atributos essenciais dos corpos que se encontram, mas sim de observar os efeitos dos próprios encontros. Tudo é relação, nada é bom ou mau em si mesmo, e não há nada na natureza dos corpos, observados isoladamente, que nos permitiria antecipar a qualidade ou os efeitos dos encontros. Nestes, produzem-se e circulam afetos (que se referem ao espírito) e afecções (que se referem ao corpo), que podem ser entendidas como "paixões":

> Quando um corpo "encontra" outro corpo, uma ideia, outra ideia, tanto acontece que as duas relações se compõem para formar um todo mais potente, quanto que um decompõe o outro e destrói a coesão de suas partes. (DELEUZE, 2002, p. 25)

Importante dizer que para Spinoza, corpo é potência em ato. Refere-se, portanto, tanto ao corpo em si, como o conhecemos, mas também a uma coletividade, uma força, uma ideia, ou mesmo uma substância ou conjunto de substâncias. Tudo aquilo que pode participar de encontros e produzir afetos e afecções é um corpo: seres humanos encontram-se entre si, assim como ideias se encontram, assim como um ser humano encontra uma ideia, ou como um ser humano encontra uma droga, ou como duas substâncias se encontram. Tal atitude, de observação dos encontros, permite uma compreensão sem julgamento, pois há o deslocamento de foco das partes para os efeitos do encontro que ambas proporcionam. Mais uma vez, compreensão ao invés de julgamento, que me faz lembrar Antonin Artaud em seu esforço para acabar com o juízo de Deus (ARTAUD, 1986, p. 145-162). Em Spinoza, já disse, Deus não julga, mas compreende, e ao filósofo inspirado pelo amor de Deus, não caberia nunca julgar as partes que se encontram, mas compreender a dinâmica e os efeitos de um encontro (DELEUZE, 2002, p. 38).

Assim, de modo muito simples, seria possível dizer que Spinoza oferece-nos uma grade de compreensão dos acontecimentos da vida, constituída a partir deste olhar para os encontros. Nestes, circulam paixões que podem ser alegres ou tristes: as paixões tristes diminuem a potência de agir no mundo nos corpos que se encontram, produzindo tristeza (o pior dos sentimentos), ao passo que as paixões alegres aumentam a potência de agir no mundo, produzindo alegria (o mais sublime dos sentimentos):

Segundo os postulados 1 e 2 da terceira parte da Ética de Spinoza, um corpo pode ser afetado de muitas maneiras, ampliando ou diminuindo sua potência de agir, e mesmo alterando sua própria natureza, sem, no entanto, deixar de ser o que é (SPINOZA, 2007, p. 163-165). Ou, nas palavras de Deleuze:

> Um modo existente define-se por certo poder de ser afetado. Quando encontra outro modo, pode ocorrer que este outro modo seja "bom" para ele, isto é, se componha com ele, ou, ao inverso, seja "mau" para ele e o decomponha: no primeiro caso, o modo existente passa a uma perfeição maior; no segundo caso, menor. Diz-se, conforme o caso, que a sua potência de agir ou força de existir aumenta ou diminui, visto que a potência do outro modo se lhe junta, ou, ao contrário, se lhe subtrai, imobilizando-a e fixando-a. A passagem a uma perfeição maior ou o aumento da potência de agir denomina-se afeto ou sentimento de *alegria*; a passagem a uma menor perfeição ou a diminuição da potência de agir, *tristeza*. (DELEUZE, 2002, p. 56-57)

Encontros como composições ou decomposições. Alegria e tristeza. Aumento e diminuição da potência de agir. Mas, o que seria potência? Deleuze menciona que não se trata de um poder tirânico, mas de uma "força de existir". Corpos, ideias, substâncias, se encontram e compõem, se encontram e se decompõem. Alegria/amor, tristeza/ódio.

> Mas a grande diferença entre os dois casos é a seguinte: na tristeza, a nossa potência como *conatus* serve toda ela para investir a marca dolorosa e para repelir ou destruir o objeto que a causou. A nossa potência está imobilizada e só pode reagir. Na alegria, pelo contrário, a nossa potência está em expansão, compõe com a potência do outro e une-se ao objeto amado. Eis porque, mesmo quando supomos constante o poder de sermos afetados, algo de nossa potência diminui ou é impedido por afecções de tristeza, aumenta ou é favorecido por afecções de alegria. Podemos dizer que a alegria aumenta a nossa *potência de agir*, e a tristeza a diminui. (DELEUZE, 2002, p. 106)

Potência como *conatus*, que é definido como o "[...] esforço para aumentar a potência de agir ou experimentar paixões alegres" (DELEUZE, 2002, p. 107). Uma espécie de energia que sustenta e que faz perseverar a existência. O fundamento primeiro, "[...] causa eficiente e não final" (Idem, p. 108), onde homens razoáveis e insensatos "[...] esforçam-se igualmente em perseverar na existência em função de tais

afecções ou afetos" (Ibidem, p. 108). Pode-se imaginar um corpo que se esforça para aumentar sua potência e experimentar paixões alegres, destruindo outros corpos que julga perigosos. Em seu abecedário, no verbete "Joie" (alegria), Deleuze afirma: "Eu diria que todo poder é triste. Mesmo se aqueles que o detém se alegram em tê-lo. Mas é uma alegria triste. Sim, existem alegrias tristes. Eu repito: não conheço nenhuma potência má" (BOUTANG, 1996). O que existiria, isto sim, é uma diminuição da potência. O efeito da tristeza não é, portanto, uma "potência má", mas a própria diminuição da capacidade de agir sobre o mundo.

Como afirmei anteriormente, as ideias de Spinoza a respeito dos encontros, da potência e dos afetos, têm influenciado autores brasileiros ligados à Saúde Mental e à Saúde Coletiva. É o caso de Túlio Franco, que num artigo escrito em parceria com Heletícia Scabelo Galavote, menciona o caso de JR, que fica paraplégico aos 34 anos depois de ser alvejado por seis tiros. O prognóstico na saída do hospital era de não mais que seis meses de vida. A unidade de saúde mais próxima começa a realizar visitas domiciliares, mas a situação de JR não melhorava. Algo, porém, começa a acontecer depois que a gerente da unidade assumiu o caso pessoalmente, buscando "[...] conectar-se com JR a partir de um tema, a esperança, o desejo de viver, a religiosidade, aspectos subjetivos que pudessem ativar forças até então inertes, algo que despertasse nele uma potência de vida" (FRANCO & GALAVOTE, 2010, p. 178). O resultado?

> O encontro acionou no JR uma força desejante de vida, e aumentou sua potência de agir. Este foi o dado fundamental que possibilitou a formulação de um projeto terapêutico que envolvia todos os cuidados necessários ao seu restabelecimento. No movimento de recuperação, inicialmente foi necessária uma nova internação hospitalar, por curto período, e posteriormente cuidados domiciliários semi-intensivos, com fisioterapia diária, assistência médica, de enfermagem e assistência social, cirurgia plástica e tratamento para escaras. Uma segunda rede de apoio se formou para o cuidado a JR, pautada na ideia de intersetorialidade, que mobilizou recursos relacionados à previdência social, documentação e provisão de recursos para atendimento às necessidades básicas. (FRANCO & GALAVOTE, 2010, p. 180)

No âmbito do estudo que embala esta tese, entretanto, não é este o uso que pretendo fazer das ideias de Spinoza. Concordo que um bom encontro entre um trabalhador de saúde com uma pessoa adoentada aciona uma circulação de afetos que faz surgir paixões alegres, e que estas aumentam a potência de agir no mundo em ambos. Mas o que interessa aqui são menos os encontros entre pessoas, ou de pessoas com ideias, mas sim os encontros entre ideias. É aí que Spinoza interessa à este estudo.

Como descrito no subcapítulo anterior, a RD desembarca no Brasil via porto de Santos em 1989. Também fiz questão de lembrar que a cidade do litoral paulista era um verdadeiro laboratório de experiências em termos de Saúde Mental e Saúde Coletiva em terras brasileiras, antecipando uma série de práticas e políticas públicas inovadoras no campo da saúde. Sendo assim, seria possível, a partir de Spinoza, definir Santos como o berço de um encontro da RD com os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica. E como todo encontro, este também engendrou a circulação de afetos que atingiram ambas todas as partes que se encontraram. Até aqui, não vejo razão para polêmicas ou problematizações. Mas cabem perguntas que vão encerrar este subcapítulo: tratou-se de um encontro bom ou mau? Os afetos que ali circularam ensejaram paixões tristes ou alegres? A potência de agir no mundo foi aumentada ou diminuída? Voltarei a estas questões mais adiante.

2.1.11 CUIDADO

Em artigo publicado na Revista Brasileira de Enfermagem, Moema da Silva Borges e Hellén Cristina Pereira da Silva (2010) discutem as representações sociais de profissionais da enfermagem em torno dos conceitos “cuidar” e “tratar”. Foram entrevistadas 45 pessoas enfermeiros e enfermeiras, por meio de questionários fechados e técnicas de livre associação, que permitiram às pesquisadores concluir que o “cuidar” estaria associado a palavras como “amor”, “dedicação”, “atenção”, “respeito”, “carinho”, “zelo”, dentre outras; já o “tratar” foi relacionado às palavras “conhecimento”, “medicação”, “cura” e “impessoalidade”. Em suas considerações finais, as autoras afirmam que “[...] a representação do cuidar guarda uma relação estreita com a ética, a promoção da vida e a humanização dos cuidados de saúde”, o que remeteria “[...] a uma forma complexa e integral na produção do serviço de enfermagem” (BORGES & SILVA, 2010, p. 828), ao passo que a representação sobre o tratar “[...] ancora-se no modelo biomédico, no qual a fragmentação do sujeito em partes privilegia a atenção à doença e resulta em uma tarefa parcelar, sem significado e sentido para o sujeito doente e o sujeito que cuida” (Idem, p. 828). Assim, o cuidado estaria mais próximo do debate ético, enquanto que o tratamento estaria ligado às questões técnicas. Uma dicotomia que, segundo as autoras, deveria ser superado por enfermeiros e enfermeiras:

> A distinção entre amar – o provável núcleo central das representações sociais sobre o cuidar – e conhecimento – o provável núcleo central das representações sociais sobre o tratar – revela a existência de um dilema que compromete a finalidade da prática profissional da enfermagem, prejudicando a delimitação de seu campo de competência, bem como sua valorização social. (BORGES & SILVA, 2010, p. 828)

Considero importante abrir este subcapítulo sobre o conceito de cuidado com esta discussão, como uma estratégia para informar aos leitores e às leitoras que não têm relação com o campo da saúde a respeito deste debate, que tem ocupado espaço relevante no território sanitário. Em artigo publicado na Revista da Escola de Enfermagem da USP, por exemplo, Elma Zoboli (2004) reporta-se às obras de Carol Gilligan e Nel Noddings para afirmar a importância dos estudos feministas na produção de uma ética do cuidado, mas não sem alertar para o fato de que "[...] enfatizar o cuidado como virtude feminina pode servir para manter as mulheres no lado mais vulnerável da relação de gêneros" (ZOBOLI, 2004, p. 27). Já Ana Cláudia Puggina e Maria Júlia Paes da Silva (2009), em seu artigo, discutem os desdobramentos de uma ética do cuidado nas diretrizes que orientam ações cotidianas no âmbito dos serviços de saúde, seja no trato com os pacientes, com seus familiares, ou mesmo nas relações entre trabalhadores de saúde. Por fim, como último exemplo, Suzana dos Santos Gomes *et all* (2010) realizam uma ampla revisão bibliográfica sobre a ética do cuidado aplicada ao universo específico da oncologia, afirmar que o aumento da preocupação com o cuidado evidencia uma virada ética e teórica no trabalho em saúde, com maior ênfase para as relações interpessoais, num campo historicamente dominado pelo tecnicismo.

Citar estes três artigos em um único parágrafo cumpre uma função ao mesmo tempo precisa e precária no estofo do trabalho aqui realizado: precisa, no sentido de compor um mero exemplo da diversidade de debates em torno do cuidado em saúde, no âmbito da reflexão sanitária brasileira; precária¸ porque não se pode imaginar que o simples lançamento de três artigos seja capaz de dar conta da imensa diversidade da produção científica em torno do assunto. Seria possível seguir com os exemplos ao infinito, passando por questões específicas da Saúde Mental e da Atenção Primária à Saúde, pelos cuidados paliativos, pelos aportes filosóficos e teóricos que vão de Heidegger e Leonardo Boff às contribuições que emergem do campo dos estudos em torno de uma epistemologia feminista, passando por Foucault e suas reflexões sobre o cuidado de si... O cenário de debates não chega a ser infinito. Mas passa perto.

Não pretendo, portanto, esgotar o tema. Aliás, sei bem que não vou nem mesmo aprofundar o assunto, não apenas por sua demasiada vastidão, mas também para não fugir ao escopo do trabalho aqui desenvolvido, muito mais centrado na luta do que nas técnicas de cuidado propriamente ditas. Limito-me, portanto, a uma breve apresentação de alguns aspectos relativos à questão, para ao fim e ao cabo explicar e explicitar minhas razões para utilizar o conceito de "cuidado" de modo generalizado, mesmo sabendo que tal generalidade é problemática, e por demais. Algo que se pode ver, por exemplo, em alguns trabalhos de José Ricardo Ayres, livre docente da USP que dedica especial atenção ao tema:

> Assim, embora a categoria Cuidado, na filosofia heideggeriana, não diga respeito ao cuidar ou descuidar no sentido operativo do senso comum, e ainda menos numa perspectiva estritamente médica, adota-se aqui o termo Cuidado como designação de uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (AYRES, 2004, p. 22)

Em uma nota de rodapé que referencia justamente a este mesmo trecho, o autor explica que quando grafa a palavra "cuidado" com inicial maiúscula, refere-se ao conceito inspirado no existencialismo de Heidegger, e com inicial minúscula quando refere-se as práticas de cuidado propriamente ditas. Sendo assim, não é qualquer forma de atenção à saúde que merecerá ser designada como "Cuidado", e fica explícito que Ayres prefere preservar esta palavra àquelas práticas que expressam "[...] uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento" (AYRES, 2005, p. 22).

Para Ayres, o cuidado é uma categoria ontológica. Sempre explicitando sua opção existencialista, o autor cita um trecho de "Ser e tempo" em que Heidegger reporta-se à clássica alegoria de Higino, em que o Cuidado cria o ser humano a partir de um punhado de barro, para logo em seguida pedir que Júpiter lhe confira um espírito. Emerge daí uma contenda em que Júpiter, Cuidado e a própria Terra lutam pelo direito de nominar aquele ser (a Terra reivindicava o direito por ter oferecido um pedaço de sua própria matéria à criatura). O mito conclui com a intervenção de Saturno: na morte do homem, caberá a Júpiter receber seu espírito, e a Terra receber seu corpo; em vida, entretanto, o ser humano pertencerá ao Cuidado, já que foi dele a inciativa de criá-lo (AYRES, 2005, p. 92).

Ayres extrai uma série de consequências desta alegoria. O cuidado deverá ser fecundado por algumas categorias: *movimento*, *interação*, *identidade* e *alteridade*, *plasticidade*, *projeto*, *desejo*, *temporalidade*, *não-causalidade* e *responsabilidade* (AYRES, 2005, p. 93-94). Um projeto mais normativo do que analítico, por certo, indispensável a um autor interessado em intervir na produção de técnicas de cuidado em saúde capazes de romper com práticas históricas tão bem descritas por Foucault, que investem sobre os corpos, "[...] disciplinando-os, regulando-os e potencializando-os como força produtiva" (Idem, p. 99). Ao cuidado entendido como categoria ontológica, portanto, soma-se um cuidado que é também uma categoria crítica (Ibidem, p. 98), e reconstrutiva (Ibidem, p. 102).

Como pesquisador militante envolvido ativamente na luta cotidiana por melhores práticas de cuidado (especialmente aquelas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas), eu me sinto parceiro de Ayres em seu esforço teórico e prático. Não obstante, para o trabalho aqui desenvolvido, esta utilização do "cuidado" como categoria crítico-normativa produz mais problemas que soluções. Será preciso posicionar o cuidado de modo mais simples, ou seja: como um conceito que possa definir as práticas de saúde, não importa quais sejam. E neste esforço, volto ao já citado artigo de Emerson Merhy, que problematiza o conceito de tecnologia:

> Acredito que o médico, para atuar, utiliza três tipos de valises: uma, vinculada a sua mão e na qual cabe, por exemplo, o estetoscópio, bem como o ecógrafo, o endoscópio, entre vários outros equipamentos que expressam uma caixa de ferramentas tecnológicas formada por "tecnologias duras"; outra, está na sua cabeça, na qual cabem saberes bem estruturados como a clínica e a epidemiologia, que expressam uma caixa formada por tecnologias leve-duras; e, finalmente, uma outra, presente no espaço relacional trabalhador–usuário, que contém tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só tem materialidade em ato. (MERHY, 2000, p. 109)

De um lado, tecnologias que possuem uma materialidade *per se* (equipamentos e protocolos); do outro, uma tecnologia inefável que se materializa no encontro "[...] que dá, em última instância, a singularidade do processo de trabalho do médico enquanto produtor do cuidado" (MERHY, 2000, p. 110). Merhy enfatiza estas "tecnologias relacionais", em contraponto a uma "medicina tecnológica" que transforma o encontro entre médico e paciente numa mera "[...] unidade de produção de procedimentos" (Idem, p. 111). No entanto, não se pode dizer que Merhy posiciona o conceito de cuidado de modo normativo, como uma ética de contornos definidos:

> O projeto terapêutico, produzido pela medicina tecnológica, é expressão de uma somatória de atos fragmentados sobre um usuário insumo, dividido por tantas unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir. A terceira valise estará colocada em um espaço subordinado, reduzida a situações objetais entre trabalhador e usuário sob a forma de procedimentos. Os produtos vinculados à realização da dimensão propriamente cuidadora ficam plenamente centrados nas lógicas corporativas e de produção de procedimentos e, assim, o vínculo passa a ser com um exame, uma consulta, por exemplo. (MERHY, 2000, p. 113)

Ao mencionar "[...] lógicas corporativas e de produção de procedimentos", Merhy não usa a expressão "tratamento", mas fala de uma "dimensão propriamente cuidadora". É ainda o cuidado, mesmo que empobrecido no que tange ao encontro. Aliás, é ainda o encontro (um mau encontro spinozista?). Nenhum maniqueísmo que se esforça em preservar o conceito de cuidado apenas para práticas mais dialógicas, horizontais, "humanizadas", ou quaisquer outros conceitos normativos que poderiam ser evocados. Em outro trabalho, o mesmo espírito não normativo está presente:

> Nos últimos séculos, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico. Mas mesmo neste modo particular de agir tecnicamente na produção do cuidado, nestes anos todos, há uma enorme multiplicidade de maneiras, ou modelos, de ação. (MERHY, 2007a, p. 117)

Em outro artigo, Merhy (2007b) problematiza dois diferentes níveis de tutela (outorgada e conquistada), mas fugindo de uma análise simplista, ao demonstrar como ambos podem efetivar práticas castradoras ou libertadoras. Para o autor, portanto, "[...] o ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castrador" (MERHY, 2007b, p. 34). O que me faz lembrar um dito popular entre militantes da luta antimanicomial brasileira: "cuidado para o cuidado não virar controle".

Isto posto, explicito minha opção, no âmbito desta pesquisa, por utilizar a categoria "cuidado" no sentido mais próximo do senso comum, sem implicações críticas, reflexivas ou normativas, mas simplesmente como conceito que define o desenvolvimento e a utilização de práticas que objetivam a melhoria do estado de saúde de pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Interessam-me sobretudo as lutas em torno destas técnicas, e é claro, das políticas públicas de saúde.

2.1.12 POLÍTICAS PÚBLICAS

Nos estertores da aula do dia 01º de fevereiro de 1978, na qual versou sobre questões como a arte de governar em Maquiavel e o triângulo "governo-população-economia política", Michel Foucault teceu alguns poucos comentários a respeito do que ele julgava ser o real tema das pesquisas que vinha desenvolvendo naquele período. Em um tom quase confessional, dizia que o título mais exato para o curso que desenvolvia naquele momento não seria "Segurança, território, população", mas algo como "História da governamentalidade" (FOUCAULT, 2008b, p. 143):

> Por esta palavra, "governamentalidade", entendo o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, as análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por "governamentalidade" entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito tempo, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de "governo" sobre os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e, por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. (FOUCAULT, 2008b, p. 143-144)

Quando da discussão sobre poder, saber, verdade e discurso, eu já havia referido ao fato de que Foucault considerava o Estado como um efeito das técnicas de governo, numa franca inversão do pensamento estruturalista de Althusser, com suas teses acerca dos aparelhos ideológicos. Mas é preciso que se diga que as coisas nem sempre foram assim; é a partir do século XV que se inicia um processo de transformação na própria natureza do Estado, e que encontra alguma estabilidade por volta do século XVIII:

> Governamentalização do Estado que é um fenômeno particularmente tortuoso, pois, embora efetivamente os problemas da governamentalidade, as técnicas de governo tenham se tornado de fato o único intuito político e o único espaço real de luta e dos embates políticos, essa governamentalização do Estado foi, apesar de tudo, o fenômeno que permitiu ao Estado sobreviver. E é possível que, se o Estado existe tal como ele existe agora, seja precisamente graças a esta governamentalidade que é ao mesmo tempo exterior e interior ao Estado, já que são as táticas de governo que, a cada instante, permitem definir o que deve ser do âmbito do Estado e o que não deve, o que é público e o que é privado, o que é estatal e o que é não-estatal. Portanto, se quiserem, o Estado em sua sobrevivência e o Estado em seus limites só devem ser compreendidos a partir das técnicas gerais da governamentalidade. (FOUCAULT, 2008b, p. 145)

O “processo tortuoso” ao qual Foucault (2008b, p. 146) se refere se inicia com a pastoral cristã e a condução das almas, passa pela constituição de todo um aparato diplomático-militar, até chegar engendro de técnicas categorizadas como “policiais”, sendo importante salientar que estas não se restringem, em hipótese alguma, àquilo que hoje entendemos como polícia, mas a todo um conjunto de estratégias de disciplinamento e controle da vida nas cidades (Idem, 2008b, p. 420), que permite aos Estados “[...] fazer crescer sua própria força” (Ibidem, p. 423). A título de demonstração, o autor cita três casos: a ausência de polícia na Itália; o caso alemão e a desenvolvimento de laboratórios estatais que serão os germens da universidade; o caso francês e a emergência de toda uma tecnocracia estatal (Ibidem, p. 425-428).

Nesta descrição dos processos de governamentalização do Estado, Foucault confere destaque para o surgimento dos birôs. Birô de polícia, birô de caridade, birô de comércio, birô de controle imobiliário, na base de um nascente Estado administrativo, que tem como primeiros objetos de sua atividade o censo populacional, a gestão de suas necessidades básicas, de sua saúde, de suas atividades e da circulação (FOUCAULT, p. 429-437). Emergência, portanto, de um Estado com características até então inéditas, que se preocupa, por meio da polícia, de “[...] assegurar-se de que os homens vivam, e vivam em grande número” (Idem, p. 438), sendo [...] capaz de articular, uma com a outra, a força do Estado e a felicidade dos indivíduos (Ibidem, p. 439).

A realizar esta genealogia das técnicas de governo dos homens, Foucault permite observar o que é muito bem sintetizado por Ana Monteiro, Cecília Coimbra e Manoel Mendonça Filho (2006, p. 11), quando convidam a repensar as relações entre Estado e políticas públicas, já que “[...] estes termos não podem ser tomados como coincidentes, visto que os domínios do Estado e do público não se justapõem”. Reflexão análoga a que se pode encontrar em um artigo de Eduardo Passos e Regina Benevides (2005, p. 566), ao afirmarem que apenas “[...] alterações da experiência coletiva é que podem gerar políticas malgrado o movimento de interiorização da máquina de Estado”, identificando tais características na constituição do Sistema Único de Saúde brasileiro:

> Esta, sem dúvida, foi a direção do movimento das políticas públicas de saúde que culminou no SUS. Com o conceito de saúde coletiva é a dimensão do público que é revigorada nas políticas de saúde. Não mais identificado a estatal, o público indica assim a dimensão do coletivo. Política pública, política dos coletivos. Saúde pública, saúde coletiva. Saúde de cada sujeito, saúde da população. (PASSOS & BENEVIDES, 2005, p. 566)

Em um consistente artigo de revisão sobre o assunto, Celina Souza, pesquisadora do Centro de Recursos Humanos da Universidade Federal da Bahia, afirma o caráter multidisciplinar do campo reflexivo constituído em torno do tema, que reúne pesquisadores de áreas tão diversas quanto ciência política, sociologia, psicologia, geografia, antropologia... (SOUZA, 2006, p. 25). Para a cientista política, a formulação de políticas públicas "[...] constitui-se no estágio em que os governos democráticos traduzem seus propósitos e plataformas eleitorais em programas e ações que produzirão resultados ou mudanças no mundo real" (Idem, p. 26). Política, governo, Estado e sociedade civil, portanto, comparecem a este processo, estabelecendo relações de conflito ou aliança:

> No processo de definição de políticas públicas, sociedades e Estados complexos como os constituídos no mundo moderno estão mais próximos da perspectiva teórica daqueles que defendem que existe uma "autonomia relativa do Estado", o que faz com que o mesmo tenha um espaço próprio de atuação, embora permeável a influências externas e internas. Essa autonomia relativa gera determinadas capacidades, as quais, por sua vez, criam as condições para a implementação de objetivos de políticas públicas. A margem dessa "autonomia" e o desenvolvimento dessas "capacidades" dependem, obviamente, de muitos fatores e dos diferentes momentos históricos de cada país. (SOUZA, 2006, p. 27)

Há uma diferença importante na abordagem de Celina Souza, em comparação com os dois artigos citados anteriormente, que de algum modo aproxima o debate que estabeleço aqui com as reflexões que fiz quando da discussão sobre cuidado. É que tanto no artigo de Ana Monteiro, Cecília Coimbra e Manoel Mendonça Filho, como no de Regina Benevides e Eduardo Passos, a política pública é reconhecida como um tipo específico de resposta governamental às demandas sociais, sobretudo no que tange à sua formulação, que deve necessariamente passar pela discussão com a sociedade civil. Diferença, portanto, entre política pública e política estatal.

Já o artigo de Celina Souza não estabelece nenhuma normatividade acerca da garantia de processos participativos para que uma política possa ser adjetivada como pública. Sua revisão, bem como as categorias empregadas, são muito mais analíticas e descritivas, do que "críticas e atuantes", para citar o nome de uma importante publicação sobre ciências sociais e humanas na área da saúde coletiva. Política pública, portanto, é toda resposta governamental às demandas sociais, independentemente de uma maior ou menos porosidade do Estado à participação social.

Assim como já fiz na discussão sobre cuidado, declaro minha simpatia militante para com a perspectiva defendida nos artigos dos professores vinculados a Universidade Federal Fluminense. De minha parte, também acredito que uma política pública definida a partir de amplos processos participativos resulta não apenas em melhores resultados para o público que se busca atender, como engendra processos político-pedagógicos que contribuem para uma maior porosidade do Estado, e para o aperfeiçoamento da democracia. Não obstante, o projeto aqui desenvolvido exige um conceito de política pública que me permita reunir todo tipo de resposta estatal aos agravos à saúde de pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, independentemente de um contorno mais ou menos afinado com princípios de Direitos Humanos, ou de um processo de elaboração mais ou menos permeável à participação da sociedade civil. Interessam-me, aliás, justamente estas diferenças de perspectiva, tanto nos textos quanto nas entrevistas.

2.2 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Existem pelo menos três maneiras de definir o método de um projeto. A primeira é apegar-se a um caminho e seguir com ele, por desenvoltura, apego ou até por uma pretensa vinculação política (“estatística é de direita, etnografia é de esquerda”); a segunda é mais simples, e implica em deixar tal definição para o orientador; a terceira, que eu torço para que seja a mais comum, consiste em definir um caminho metodológico afinado com as perguntas que surgem no decorrer da pesquisa. Não há nada de errado com a etnografia, nem com a estatística: errado é querer responder, por meio de uma metodologia de inspiração antropológica, a problemas que apenas uma pesquisa quantitativa pode solucionar.

Como já descrevi na introdução, minha pesquisa foi oscilando ao longo dos dois primeiros anos de doutorado. E tais mudanças de tema e objeto sempre influenciaram minhas opções metodológicas. Houve momentos em que optei por trabalhar com etnografia institucional, e outros em que a utilização de questionários semiestruturados pareceu-me mais adequada. Até que finalmente cheguei à pergunta central que me guiou ao longo deste percurso: teria sido apenas a partir das experiências brasileiras com RD que emergiram as primeiras controvérsias em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas?

Como poderia responder à pergunta que eu mesmo tinha formulado a partir da provocação da psiquiatra Anna Simões? Inicialmente, eu precisaria investigar se havia lutas entre as pessoas que trabalhavam com o tema, desde antes de 1989, ano em que ocorre a primeira experiência brasileira com RD. A primeira ideia foi de realizar entrevistas com pessoas que atuam na área desde antes de 1989; daí a escolha por procurar algumas referências brasileiras sobre o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Com isso, seria possível voltar até os anos 70, e isto me pareceu muito pouco. Decidi, então, dedicar parte da investigação a uma descontínua e arriscada pesquisa documental, que me permitisse descobrir eventuais controvérsias entre as pessoas que se dedicaram ao tema, aqui no Brasil, pelo menos ao longo do século XX. Por fim, houve também uma opção em termos de escrita, de estilo, que não deixa de ser uma opção metodológica, posto que o trabalho do cientista social não se resume à pesquisa, mas também à transmissão. Nas próximas páginas eu descreverei com mais detalhes a cada um destes elementos.

Antes disso, porém, seria preciso tecer algumas linhas sobre a perspectiva de fundo que orienta o percurso metodológico desta pesquisa de inspiração foucaultiana. É que para além dos métodos de entrevista, de escrita e da análise de discurso, há uma dimensão intermediária, que se situa entre a teoria e os métodos propriamente ditos. E neste sentido, eu falo aqui dos métodos *arqueológico* e *genealógico*, segundo Michel Foucault.

A publicação de "As palavras e as coisas" (FOUCAULT, 2002a) foi precedida de acalorados debates entre pesquisadores e epistemólogos, já que o livro, que apresentava um modo absolutamente novo de se relacionar com os discursos, muito distante de qualquer corrente epistemológica vigente à época, não continha uma linha sequer sobre seu método. O arcabouço teórico-metodológico só veio a ser explicitado em outra obra, totalmente dedicada a este fim: "A arqueologia do saber" (FOUCAULT, 2005a).

Já o método genealógico nunca chegou a ser apresentado com o mesmo vigor. Não há uma obra específica dedicada ao assunto, o que não deixa de apresentar algumas vantagens, especialmente quando se leva em consideração a resposta de Deleuze à Foucault, quando lhe diz que "[...] uma teoria é como uma caixa de ferramentas" (FOUCAULT, 2011b, p. 90).

Entretanto, há um texto em que se pode encontrar, de modo bastante sucinto, algumas palavras do próprio Foucault que permitem compreender as diferenças entre uma e outra abordagem. Trata-se da aula do dia 23 de janeiro de 1974, em seu curso sobre o poder psiquiátrico. Inicialmente, o método arqueológico:

> Mostrar que a demonstração científica no fundo nada mais é que um ritual, mostrar que o sujeito supostamente universal do conhecimento nada mais é que um indivíduo historicamente qualificado de acordo com certo número de modalidades, mostrar que a descoberta da verdade é na realidade certa modalidade de produção da verdade, trazer assim o que se dá como verdade de constatação ou como verdade de demonstração para o embasamento dos rituais, o embasamento das qualificações do indivíduo cognoscente, para o sistema da verdade-acontecimento – é isso que chamarei de arqueologia do saber. (FOUCAULT, 2006b, p. 305-306)

Os escritos positivados, as verdades históricas são como monumentos erguidos em homenagem aos vitoriosos. Por debaixo desta camada de esplendor, seria possível vasculhar os escombros das batalhas, recolhendo estilhaços de saberes derrotados. Tal é o projeto da arqueologia: resgatar dos destroços os fragmentos das lutas, as vozes historicamente silenciadas, reconstituindo as justas em torno da verdade.

Mas haveria um outro movimento, preocupado em mostrar os fluxos do poder, seus deslocamentos e reconfigurações, reconstituindo a história, não dos saberes, mas do conhecimento propriamente dito. Em contraponto à verdade-raio, uma verdade-céu "[...] universalmente presente sob a aparência das nuvens", operada na lógica da demonstração, como "[...] uma relação de dominação e de vitória, não portanto uma relação de conhecimento, mas de poder" (FOUCAULT, 2006b, p. 304):

> Mostrar como ela colonizou, parasitou a verdade-acontecimento, como acabou exercendo sobre esta uma relação de poder que talvez seja irreversível, em todo caso que é por ora um poder dominante e tirânico; como essa tecnologia da verdade demonstrativa efetivamente colonizou e agora exerce uma relação de poder sobre essa verdade cuja tecnologia está ligada ao acontecimento, à estratégia, à caça. É isso que poderíamos chamar de genealogia do conhecimento, reverso histórico indispensável à arqueologia do saber [...]. (FOUCAULT, 2006b, p. 306)

No âmbito desta pesquisa, eu busco articular estes dois esforços, de modo simultâneo e descontínuo, provavelmente sem a profundidade desejada, mas certamente com todo o rigor possível. Uma arqueologia dos saberes sobre o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, que se esforça por escutar algumas vozes desautorizadas, como as de usuários e artistas, articulada a uma genealogia do campo científico constituído em torno deste mesmo tema. Pesquisa em alguns momentos confusa, que em outros configura-se muito mais como um movimento de aproximação com vistas à elaboração de uma agenda para toda uma vida, do que no formato tradicional de uma tese de doutorado fechada em si mesma.

2.2.1 Das entrevistas

Tomo novamente as palavras de Clifford Geertz, agora como pergunta: como interpelar pessoas sensíveis com questões obtusas? Em nenhum momento desta investigação, eu ponderei a possibilidade de trabalhar com um questionário fechado. Explico: eu mesmo sou um agente interessado envolvido na construção deste (até aqui) hipotético campo das drogas. Agente interessado e afetado, faço minhas as palavras de Blanchot (2010, p. 22): "O neutro, o neutro, como isso soa estranho para mim". Desde o início, imaginei que estes encontros deveriam ser mais semelhantes a uma conversa do que a um inquérito. E numa conversa entre pares, sabemos, o jogo de cena é muito mais fluído do que em um interrogatório.

> Questionar é jogar-se na questão. A questão é este convite ao *salto*, que não se detém num resultado. É necessário um espaço livre para saltar, é necessário um solo firme, é preciso um poder que, a partir da imobilidade segura, transforme o movimento em salto. O salto, a partir e fora de qualquer firmeza, é a liberdade de questionar. Mas, na profundidade da fuga em que, questionando, fugimos, nada há de seguro, nada de firme. Tudo já está preenchido por nossa própria fuga. A fuga para a qual nos atrai a questão profunda transforma o espaço da questão numa plenitude vazia, onde somos obrigados a responder a uma questão vã, que não podemos apreender, nem a ela escapar. (BLANCHOT, 2010, p. 53)

Vertigem que proponho como método. Caminho inseguro, perigoso como um salto no vazio. Opção pelo medo em detrimento da segurança do roteiro. Conscientemente, abro mão da segura posição afirmada por um conjunto definido e delimitado de perguntas dirigidas, previamente organizadas e sistematizadas. Mas para que isto se realize, é necessário "espaço livre" e "solo firme" para o exercício da "liberdade de questionar". Este encontro entre agentes que se reconhecem na partilha de interesses (partilha que é o próprio solo que sustenta e ampara o salto), ainda que um deles se apresente na condição de pesquisador, assemelha-se muito mais a uma conversa do que a uma entrevista:

> A definição, quero dizer, a descrição mais simples de conversa mais simples, poderia ser a seguinte: quando dois homens falam juntos, eles não falam juntos, mas cada um por sua vez; um diz algo, depois para, o outro outra coisa (ou a mesma coisa), depois para. O discurso coerente que veiculam é composto de sequências que, quando elas trocam de parceiro, interrompem-se, mesmo se elas se ajustam para se corresponder. O fato da palavra precisar passar de um para o outro, seja para ser confirmada, contestada, ou desenvolvida, mostra a necessidade do intervalo. (BLANCHOT, 2010, p. 131)

Uma entrevista que se *assemelha* a uma conversa não *é* uma conversa. Ela segue sendo uma entrevista, ainda que *semelhante* a uma conversa. E dizer *semelhante*, por óbvio, não é o mesmo que dizer *igual*. É preciso ouvir mais e falar menos, sustentar silêncios e abrindo-se à escuta, tomar o cuidado para que este silêncio seja eloquente o bastante para provocar, para instigar. É preciso policiar-se com respeito aos silêncios, posto que aqui se fala de um silêncio que não significa neutralidade, mas uma pausa; um mutismo que não expressa ausência, mas antes uma presença viva e instigante; um calar que não se expressa na anulação do outro, mas em seu reverso, ou seja: na afirmação da importância de suas palavras, na valorização do depoimento histórico, pessoal, em primeira pessoa.

> Mas tal silêncio, mesmo sendo desaprovador, constitui a parte motora do discurso: sem ele não se falaria, mesmo que ulteriormente se devesse perguntar se não houve engano sobre a atitude do interlocutor e se o outro não nos levou a falar. […] Inclusive, até mesmo quando o mutismo é uma recusa, ele é raramente abrupto, ele é parte do discurso, direciona-o com suas nuances, ele coopera na esperança ou no desespero de um acordo final. Ele é ainda apenas uma palavra diferida, ou carrega a significação de uma diferença obstinadamente mantida. (BLANCHOT, 2010, p. 132)

Nestes seus escritos sobre a "conversa infinita", que jamais se resolve, posto ser impossível chegar ao outro por completo, Blanchot também nos fala da interrupção, "necessária em toda sequência de palavras", "intermitência pela qual o discurso se torna diálogo". Há pelo menos dois tipos de interrupção: uma é a "pausa ordinária que permite a alternância numa conversa"; a outra, mais próxima da forma como conduzo as entrevistas nesta pesquisa, é ao mesmo tempo "mais enigmática e mais grave", e "introduz a espera que mede a distância entre dois interlocutores, não a distância redutível, mas a irredutível":

> No espaço inter-relacional, posso tentar comunicar-me com alguém de diversas maneiras: uma primeira vez, considerando-o como *uma possibilidade objetiva do mundo* e conforme as modalidades de objetividade; uma segunda vez, olhando-o como um outro eu, muito diferente talvez, mas cuja diferença passa por uma identidade primeira, aquela de *dois seres tendo o igual poder de falar na primeira pessoa*; uma terceira vez, não mais numa relação mediata e de conhecimento impessoal, ou de compreensão pessoal, mas numa tentativa de relação imediata, o mesmo e o outro pretendendo perder-se um no outro ou *aproximar-se um do outro segundo a proximidade do "Tu" que esquece ou apaga a distância*. (BLANCHOT, 2010, p. 133, grifo nosso)

Certamente, não é deste terceiro tipo de interrupção que se trata nesta tese. Este apagar de distâncias lembra Sérgio Buarque de Hollanda e seu "homem cordial". Nada mais pernicioso como estratégia de investigação, sobretudo em uma cultura que vê as discordâncias de modo ofensivo. Como investigar posições no campo perdendo-se no outro? Por outro lado, as duas primeiras formas de interrupção apontam para posicionamentos férteis no ato de conduzir uma entrevista, e parecem-me tão próximas, que ainda me impressiona que Blanchot as tenha seccionado em duas coisas distintas. Falo deste compromisso ético, estético e político de considerar o outro como "uma possibilidade objetiva no mundo", ao mesmo tempo em que se reconhece em ambos (no caso aqui exposto, entrevistador e entrevistado) uma "identidade primeira" que se expressa no quase sagrado direito de "falar na primeira pessoa". Dito de outro modo:

reconhecer no outro algo mais que um mero “objeto de pesquisa”, mas agente histórico legítimo, livre para manifestar-se em sua singularidade tão politicamente plural. Diante deste sujeito, que meus silêncios não sejam constrangedores ou intimidatórios, mas exatamente o oposto: uma abertura dialógica à verdade do outro.

Trocando em miúdos: conduzi estas entrevistas de modo dialógico, com longos silenciamentos, permitindo uma fala livre e fluída ao outro (o que eu chamaria de um “silêncio eloquente”). Foram entrevistas longas, como longas são as conversas entre agentes interessados, que compartilham paixões. Tais conversas foram gravadas e posteriormente transcritas, sempre por mim, pois reconheço no ato de transcrição um momento precioso de elaboração e análise. Transcrição não apenas como trabalho braçal, mas como parte constitutiva de meu método de pesquisa. Este material gravado e transcrito constitui-se em matéria-prima bruta, com o qual dialoguei.

Foram vinte e duas entrevistas, com pessoas que viveram suas trajetórias acadêmicas, políticas, pessoais e profissionais, nos estados do Rio Grande do Sul, Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia, Brasília e Pernambuco. Suas atuações no cenário reflexivo das drogas permitiram não apenas redesenhar hipóteses iniciais, como mapear outras pessoas importantes à pesquisa. Além disto, é importante dizer que houve uma entrevista descartada no processo, além de três pessoas que não consegui entrevistar: uma por desacordos de agenda, outra por não responder aos e-mails e telefonemas, e uma terceira por recusar-se a colaborar.

Neste ponto, uma questão ética se impõe: como nominar as pessoas entrevistadas? Inicialmente, imaginei expor os nomes das pessoas que participaram da construção do campo das drogas no Brasil, sobretudo pelo amplo reconhecimento de que gozam. Não obstante, as primeiras entrevistas fizeram vir à tona um sem número de questões pessoais nem sempre resolvidas da forma mais tranquila. Houve momentos, por exemplo, em que alguns entrevistados solicitaram discrição para com algumas questões reveladas. Por isto, optei em manter o sigilo de seus nomes, sem que disto decorra qualquer prejuízo ao conhecimento (pretensamente) produzido por esta investigação. As pessoas que usam drogas submetidos a tratamento, dei-lhes nomes de autores que escreveram sobre suas experiências pessoais com o uso de drogas; aos pesquisadores e trabalhadores do cuidado, optei pro chamá-los simplesmente de “interlocutores”, cada qual com um número específico.

2.2.2 Da análise do discurso

Meu mestrado foi metodologicamente marcado pelo encontro com o professor Erenildo João Carlos, que já há alguns anos vale-se do método arqueológico para analisar os discursos sobre a educação de jovens e adultos no Brasil. Por dois semestres assisti sua disciplina sobre a perspectiva foucaultiana para a análise do discurso, que possui características próprias, dentre as quais destaco a opção por privilegiar a superfície do discurso, eliminando da análise elementos externos ao mesmo:

> O documento, pois, não é mais, para a história, esta matéria inerte através da qual ela tenta reconstituir o que os homens fizeram ou disseram, o que é passado e o que deixa apenas rastros: ela procura definir, no próprio tecido documental, unidades, conjuntos, séries, relações. (FOUCAULT, 2005a, p. 7)

O método arqueológico orienta a análise da própria materialidade do discurso. No caso de minha pesquisa de mestrado, os signos que compunham campanhas de prevenção ao uso de crack. Ao longo de dois anos, investiguei o discurso em variadas peças publicitárias: cartazes, filmes, panfletos, marca-páginas e outdoors. Não me interessava saber quem havia produzido tais materiais, que empresas públicas ou privadas os tinham financiado ou que veículos de mídia lhes oferecia suporte. Nada externo à superfície do próprio discurso. Interessavam, portanto, as cores, as palavras, as imagens, e sobretudo a articulação entre estes elementos. Nem a horizontalidade de uma descrição meramente técnica, tampouco a verticalidade das pessoas e instituições responsáveis pela elaboração dos materiais, mas sim o discurso, expresso de modo diagonal, na articulação dos signos que compunham as campanhas (PETUCO, 2011).

Ao descrever este compromisso foucaultiano em minha dissertação, usei as seguintes palavras:

> O desejo de honrar este mesmo compromisso ético e estético para com os discursos me conduziu nas páginas que se seguiram. Queria acompanhar os enunciados inscritos nesta campanha de prevenção ao uso de crack em sua dispersão, em seus efeitos, em seus jogos de claro e escuro, em seus ditos e interditos, em suas visibilidades e ocultações. E mais: queria fazê-lo sem buscar elementos pretensamente ocultos nas entrelinhas dos enunciados, ou mesmo fora deles, em espúrios e insondáveis interesses escondidos por trás de uma fachada humanista. Assim, busquei manter o foco tão somente naquilo que podia ser apreendido na observação cuidadosa dos enunciados aos quais me propus percorrer. (PETUCO, 2011, p. 65)

Outra pesquisa, outros objetos. Agora não se trata mais de analisar o discurso preventivo entre imagens e palavras, mas o tema das drogas na produção científica brasileira pré-emergência da RD, bem como na música e na literatura. Outra pesquisa, outro objeto, uma mesmo instrumental metodológico, uma mesma caixa de ferramentas. Nada de focar elementos exteriores ao discurso, nada de buscar algo nas entrelinhas, muito menos de interpretar a obra a partir das vidas de seus autores. Nada de perguntas como "O que isto quer dizer?"; ao invés disto, uma opção pela simplicidade, pela descrição dos enunciados diagonais ao discurso, em um percurso guiado por uma pergunta que beira a ingenuidade: "O que está sendo dito?".

> Analisamos os enunciados não como se estivessem no lugar de outros enunciados caídos abaixo da linha de emergência possível, mas como estando sempre em seu lugar próprio. Recolocamo-los em um espaço que seria inteiramente aberto e que não comportaria nenhuma reduplicação. Não há texto embaixo, portanto nenhuma pletora. O domínio enunciativo está, inteiro, em sua própria superfície. FOUCAULT, 2005a, p. 135)

Nada procura por algo externo ao discurso, por chaves capazes de tornar visível pretensos elementos o ocultos, nem mesmo qualquer esforço de desvelamento de uma ideologia que explique os enunciados, resta o enfadonho mas frutífero trabalho de descrever os enunciados, sem perguntar às coisas ditas "[...] o que escondem, o que nelas estava dito e o não-dito que involuntariamente recobrem, a abundância de pensamentos, imagens ou fantasmas que as habitam" (FOUCAULT, 2005a, p. 124). A arqueologia impõe-se uma tarefa muito mais vulgar, e que simplesmente "[...] interroga o já dito no nível de sua existência" (Idem, p. 149). "A arqueologia descreve os discursos como práticas especificadas no elemento do arquivo" (Ibidem, p. 149).

Fala-se muito sobre a existência de três "Foucaults": o primeiro, dedicado à arqueologia do discurso; o segundo, interessado na genealogia do poder; o terceiro, voltado à estética da existência. Divisão precária, não reconhecida pelo próprio autor. Não obstante, seria possível perceber nuances, sobretudo entre os dois primeiros: enquanto o método arqueológico dedica-se à descrição dos enunciados, o método genealógico mira o poder por meio da análise dos *dispositivos*, conceito com o qual Foucault põe fim às divisões entre práticas discursivas e não discursivas. Quanto ao terceiro momento, representaria muito mais uma mudança de perspectiva política que propriamente metodológica, já que o sempre mencionado "retorno aos gregos" deu-se justamente pela análise do discurso em uma perspectiva arqueológica.

Que fique claro: o que pretendo fazer não é uma arqueologia dos discursos sobre drogas no território nas ciências e nas artes. Um trabalho com esta envergadura demandaria o tempo de uma vida, e mesmo para que se desejasse estabelecer um simples ponto de partida, seria necessário dedicar toda esta tese a este trabalho (mais ou menos como fez o próprio Foucault, que utilizou seu doutoramento como ponto de partida para sua história da loucura). O que se busca é algo muito mais modesto e profano; furtar à caixa de ferramentas do filósofo francês algumas de suas ferramentas de análise do discurso, alguns de seus compromissos, algumas de suas orientações metodológicas, alguns de seus conceitos.

2.2.3 Da escrita

Ainda lembro minha primeira aula no curso de ciências sociais na UFRGS, quando a professora Cornélia Eckert teve de dar conta de uma turma de praticamente cem bixos, devido a um problema com a outra professora que também havia ficado responsável pela disciplina de introdução à antropologia. Ao final daquele encontro, Chica (é assim que ela gosta de ser chamada) disse de modo enfático: "Leiam! Leiam! Mas não leiam apenas os textos teóricos que exigiremos a vocês. Leiam Saramago, Machado de Assis... Façam isto, porque ao final do semestre, eu quero me deparar com textos bem escritos!". Aliás, lembro ainda de outra de suas frases inesquecíveis: "O trabalho do cientista social é pesquisar e escrever".

Um interessante contraponto para a abordagem de Cornélia veio mais para o meio do curso, da parte do um professor cujo nome ocultarei. Neopositivista consistente (o que me faz lembrar a imensa diversidade de orientações teóricas a que fui exposto em minha graduação, cada qual defendida por ótimos professores), este senhor explicava como gostaria que nossos trabalhos de final de semestre fossem escritos: "Um parágrafo levanta uma questão, um segundo a problematiza, e o terceiro resolve. Deve ser assim até o final do texto, de modo que seus escritos devam ter um número de parágrafos sempre múltiplo de três".

Entendo o lugar de uma escrita-relatório, e respeito seus defensores. Os textos impessoais são importantes, especialmente em alguns territórios: como pensar um texto governamental escrito em primeira pessoa, na qual se possa identificar o estilo do autor, mas que tenha a assinatura do Ministério da Saúde? Ou um relatório de pesquisa

enviado a uma instituição de fomento? Recordo de minha experiência com este tipo de escrita, quando de uma consultoria para o Ministério do Desenvolvimento Social: foram necessárias doses maciças de esforço e concentração para produzir um texto fluído e ao mesmo tempo impessoal, do qual o autor estivesse ausente. E era assim que devia ser.

Não acho que seja este o caso de uma tese de doutorado, ao menos nas ciências sociais. Não que sejamos obrigados a escrever com estilo, nem impedidos. De minha parte, penso que uma tese, que uma dissertação, se presta justamente a este encontro da liberdade com o rigor, do academicismo com o estilo. Espaço de experimentação relativamente livre, com o qual muitos de nós jamais voltaremos a nos encontrar, a menos que consigamos construir uma carreira como escritores bem sucedidos, como são os casos de Luis Eduardo Soares e Roberto DaMatta, para ficarmos apenas com dois dentre tantos. Caso contrário, teremos sempre de revisitar esta escrita formatada, nos relatórios e artigos obrigatórios à manutenção de uma carreira acadêmica.

Nesta tese, rejeitei tanto o sujeito oculto quanto a terceira pessoa do singular. Nada de "diz-se" ou de "acreditamos"; como optei pela primeira pessoa, eu digo e acredito. Como nos versos de um amigo e poeta Leonardo Retomoso Palma, "[...] falar é preciso, afirmando sempre em ato, teimosia, a suspeita que temos, transformando suspeita em poesia[18]". E por mais paradoxal que possa ser, quanto mais pessoal é esta voz, mais coletiva ela é. Como já disse em outro momento desta tese, quando iniciei o capítulo de problematizações teóricas, eu jamais me senti sozinho ao longo desta escrita; não obstante, não será este "agenciamento coletivo de enunciação", para ficar com a expressão de Guattari (1981, p. 178), que irá escamotear meus compromissos pessoais com tudo o que afirmo e deixo de afirmar.

Mas flexionar a narrativa na primeira pessoa do singular não basta; tampouco abdicar de uma escrita-relatório, mero depósito da descrição dos caminhos e das conclusões de uma pesquisa. Para além da negação, é preciso afirmar. Posicionar estas problematizações neste capítulo já é um começo disto: afirmar a escrita como método:

> Como escrever senão sobre aquilo que não se sabe ou que se sabe mal? É necessariamente neste ponto que imaginamos ter algo a dizer. Só escrevemos na extremidade de nosso próprio saber, nesta ponta extrema que separa nosso saber de nossa ignorância *e que transforma um no outro*. (DELEUZE, 2006, p. 18)

[18] Disponível em: http://desobedecendo.blogspot.com.br/2008/09/incontinente.html?m=1

Ou dito de modo muito semelhante, desta vez por Michel Foucault, em entrevista concedida ao jornalista e crítico de arte italiano Duccio Trombadore em 1978:

> Uma experiência é qualquer coisa de que se sai transformado. Se eu tivesse de escrever um livro para comunicar o que já penso, antes de começar a escrevê-lo, não teria jamais a coragem de empreendê-lo. Só o escrevo porque não sei, ainda, exatamente o que pensar sobre essa coisa em que tanto gostaria de pensar. De modo que o livro me transforma e transforma o que penso. Cada livro transforma o que eu pensava quando terminava o livro precedente. Sou um experimentador, e não um teórico. Chamo de teórico aquele que constrói um sistema global, seja de educação, seja de análise, e o aplica de maneira uniforme a campos diferentes. Não é o meu caso. Sou um experimentador no sentido em que escrevo para mudar a mim mesmo e não mais pensar na mesma coisa de antes. (FOUCAULT, 2010c, p. 289-290)

Em outras palavras, uma escrita que não se aceita como mero relatório, como mera descrição dos procedimentos e achados de uma determinada pesquisa, é uma escrita produtiva, que espreme o pensamento contra a página vazia. Muitas das questões de pesquisa emergiram neste processo de deitar sobre o écran do computador assertivas que foram muitas vezes imprecisas, e o ato de afirmá-las requereu, num sem número de vezes, um retorno às descrições dos enunciados analisados e às transcrições de entrevistas. Quantas vezes a escrita de um parágrafo fez-me voltar à estante de livros, atrás de anotações feitas nas folhas de rosto de livros de Foucault? Então, este seria um primeiro aspecto desta escrita, que se apresenta como parte de meu instrumental metodológico: uma escrita que se afirma na extremidade de minha própria ignorância.

Outra questão, talvez ainda mais importante, diz respeito ao estilo, que nem se esforça por escamotear um fim aparentemente distante da prática acadêmica: a produção de uma narrativa. Seria possível caminhar de outra maneira, respondendo de modo objetivo às questões objetivamente levantadas. Não obstante, segui outro caminho, em que perguntas respostas se configuram como uma espécie de “contação de histórias”. Aliás, antes mesmo da escrita, tal postura esteve presente já no momento das entrevistas, em que solicitava que me contassem causos, que partilhassem memórias. Transpor tal atmosfera para a tese, sem transformá-la em um relatório, foi um de meus maiores e mais prazerosos desafios. O esforço de produzir uma narrativa, que implique em uma experiência, que tenha elementos de ciência rigorosa, de ficção romanesca, que seja honesta com tudo o que foi encontrado na descrição dos enunciados históricos, e que foi relatado nas entrevistas.

> Para que possamos fazer essa experiência através desse livro, é preciso que o que se diz seja verdadeiro em termos de verdade acadêmica, historicamente verificável. Isso não pode ser exatamente um romance. Contudo, o essencial não se encontra na série dessas constatações verdadeiras ou historicamente verificáveis, mas, antes, na experiência que o livro permite fazer. Ora, essa experiência não é nem verdadeira nem falsa. Uma experiência é sempre uma ficção: é alguma coisa que se fabrica para si mesmo, que não existe antes e que poderá existir depois. É essa relação difícil com a verdade, a maneira como essa última se acha engajada em uma experiência que não está ligada a ela e que, até certo ponto, a destrói. (FOUCAULT, 2010c, p. 293-294)

Ir além das constatações, do levantamento de fatos embasados em entrevistas e revisão bibliográfica, não significa abrir mão destas dimensões, mas não com elas contentar-se. Permitir que a tese possa ser citada em seus achados por meio de um resumo, sim; mas ao mesmo tempo, desejar ir além disto, participando da produção de uma narrativa que possa ser repetida em corredores e mesas de bar que se lotam de amigos depois de congressos, seminários, simpósios. Articular literatura e escrita acadêmica. Ajudar a construir uma história do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil, articulando textos acadêmicos, a memória das lutas no campo, o relato daqueles que participaram desta história, e mesmo algumas vozes de pessoas que foram submetidas a tais abordagens. Foucault afirma que sua escrita deve muito à sua vida, ainda que isto não signifique simplesmente "[...] transpor para o saber experiências pessoais" (FOUCAULT, 2010c, p. 294). Isto seria apenas catarse. O que vale, enfim, na lógica da produção de um saber que emerge da implicação, é que a escrita seja experiência para quem lê:

> Assim, esse jogo da verdade e da ficção – ou, se você preferir, da constatação e da fabricação – permitirá fazer aparecer, claramente, o que nos liga – de maneira às vezes totalmente inconsciente – à nossa modernidade e, ao mesmo tempo, fará com que apareça alterado. A experiência pela qual chegamos a alcançar, de maneira inteligível, certos mecanismos (por exemplo, o aprisionamento, a penalização, etc.) e o modo como chegamos a nos distanciarmos deles, percebendo-os de outra forma, só devem fazer uma única e mesma coisa. É verdadeiramente o coração do que faço. (FOUCAULT, 2010c, p. 294)

CAPÍTULO 3

ADENTRANDO O CAMPO DE BATALHA

3.1 UMA PEQUENA HISTÓRIA DO CUIDADO DE PESSOAS QUE USAM DROGAS

Inicio este percurso com Carla Mourão (2001), que invoca Foucault para falar de uma *enkrateia toxicon*. Em sua história da sexualidade, Foucault (2006c, p. 61) explica que "[...] a *enkrateia* se caracteriza sobretudo por uma forma ativa de domínio de si que permite resistir ou lutar e garantir sua dominação no terreno dos desejos e dos prazeres". Era considerado "virtuoso e temperante", não o sujeito "[...] que não tem mais desejos, mas aquele que deseja com moderação, não mais do que convém, nem quando não convém" (Idem, p. 66). Um cuidado de si que posiciona, no centro das preocupações, não uma moralidade avessa aos prazeres, mas uma dietética que tem por objetivo uma vida "útil e feliz" (Ibidem, p. 96). No que concerne ao uso de drogas (sobretudo o álcool), tal perspectiva se materializava na noção de temperança (*sofrósia*), que apontava na direção do controle, do uso cuidadoso dos prazeres, e não da abstinência.

Além desta valorização do autocontrole, a concepção grega acerca dos processos de saúde e doença também é importante para uma história do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas. Hipócrates dizia que os humanos são compostos de sangue, fleuma, bile amarela e negra, e que a saúde emerge "[...] quando estes humores são harmônicos em proporção, em propriedade e em quantidade, e sobretudo quando são misturados" (HIPÓCRATES, 2005a, p. 43). Os processos de adoecimento, portanto, são determinados pelo desequilíbrio dos humores, e cabe ao médico agir para reestabelecer o equilíbrio perdido (Idem, p. 46). As dinâmicas do corpo humano seriam sempre naturais, posto que, para uma doença, "[...] não há causa divina, mas humana" (HIPÓCRATES, 2005b, p. 63).

Mas o que diziam gregos e romanos, quando se pensava especificamente no uso de álcool e outras drogas? Havia categorias como "dependência", "toxicomania" ou "adicção"? Existiam conceitos análogos aos de "tolerância", "overdose" ou "abstinência"? Como os clássicos pensavam seus usos de álcool e outras drogas?

> Como nas descrições farmacológicas gregas, chama a atenção nas romanas uma total falta de referência a fenômenos adictivos. Nem Dioscórides, nem Escribônio, nem Galeno, nem médico algum menciona que o ópio produza um hábito indesejado, com a férrea necessidade de empregar doses cada vez maiores para conseguir o mesmo efeito, e a ameaça de graves sintomas de abstinência em outro caso. Ao contrário, reina o mesmo critério grego de ir tomando o fármaco pouco a pouco, até conseguir uma "familiaridade" que evite o perigo de intoxicações agudas. (ESCOHOTADO, 2008, p. 177)

No início de minhas problematizações em torno do conceito de RD, eu fiz referência ao conselho que Hipócrates dava aos médicos para que estes evitassem produzir danos ainda maiores do que aqueles que tentavam dirimir. Sempre que possível se deveria evitar a intervenção, numa lógica coerente com o que foi exposto a pouco com respeito ao reestabelecimento do equilíbrio natural como objetivo da ação médica. No caso em questão, estes princípios se desdobravam em uma concepção neutra das substâncias psicoativas, exceção feita aos bebedores: eventualmente associados degradação ética e moral, "[...] os usuários de quaisquer outras drogas são desconhecidos como categoria clínica e social, enquanto o dipsômano constitui um personagem comum, que inspira uma mescla de ridicularidade, lástima e rechaço" (ESCOHOTADO, 2008, p. 210-211). Não obstante, o que se deplora no ébrio "[...] não é uma deterioração orgânica, mas sim uma conduta; e dentro desta conduta, não tanto a 'periculosidade' para os outros, mas a relação com sua própria virtude" (Idem, p. 211).

Com a cristianização do Império Romano, este estado de coisas vai se alterar drasticamente. De modo irônico, Escohotado afirma que "[...] os fármacos psicoativos se perderam como a geometria euclidiana ou o capitel coríntio, por uma mescla de casualidade, improvidência e falta especial de apreço" (ESCOHOTADO, 2008, p. 227). Na verdade, a posição do estudioso espanhol é bem diversa:

> Quem não se sinta inclinado a assimilar tantas casualidades ao mesmo tempo poderia ater-se a coisas bem sabidas, ainda que não mencionadas pelos historiadores deste assunto. A saber: 1) que não apenas os enteógenos, mas *todos os usos* de drogas psicoativas distintas do álcool – e inclusive este – são radicalmente repugnantes para um culto como o cristianismo ortodoxo; 2) que desde seu início o cristianismo perseguiu direta ou indiretamente, mas com grande tenacidade, os focos de cultura farmacológica; 3) que se isto não resulta hoje muito mais manifesto, é porque este esquecimento apoiou-se sobre uma prodigiosa queima de livros e no sigilo da censura. (ESCOHOTADO, 2008, p. 228)

É do próprio autor o grifo sobre "todos os usos". Escohotado (2008, p. 234) afirma que a ideia de separação entre uso recreativo ou terapêutico de alguma droga era absurda, tanto para gregos quanto para romanos, e mais ainda se a decisão sobre usá-la estivesse a cargo de um estamento religioso, e não do próprio indivíduo. No entanto, "[...] dentro do que o cristão deseja está uma considerável medida de aflição porque a dor é bem-vinda por Deus sempre que constitua uma mortificação da 'carne'" (Idem, p. 234). Afinal, convém não esquecer que Cristo recusa a oferta de vinho com mirra para diminuir sua agonia durante a crucificação.

Ao longo da Idade Média, cristaliza-se a associação de drogas não alcoólicas à bruxaria, à sensualidade e ao feminino. Mesmo assim, e mesmo diante do risco de penalização com torturas e mortes terríveis, estas práticas jamais desapareceram por completo (ESCOHOTADO, 2005, p. 52-53). Também nas Américas, a inquisição perseguiu os nativos, devido a práticas ancestrais de uso de drogas em contextos religiosos, ainda que não fossem encontradas ligações entre seus usos e o erotismo, posto que os ritos ameríndios possuíam características muito mais introspectivas que os *sabbats* europeus (Idem, p. 54).

As práticas inquisitoriais de perseguição, inclusive para com o uso de drogas, definharam devagar antes de serem completamente revogadas. As Cruzadas aproximaram os europeus dos saberes islâmicos sobre fármacos e drogas. Lentamente, chás, unguentos e triacas começaram a sair das trevas a que haviam sido relegados, e começou a se tornar comum que médicos da nobreza europeia prescrevessem drogas aos seus pacientes (ESCOHOTADO, 2005, p. 60). Não obstante, até que as fogueiras fossem definitivamente apagadas, muitas condenações ocorreram:

> A cruzada contra as bruxas mostrará como a perseguição pode multiplicar ao infinito certo dano, real ou imaginário. Em uma Europa cuja população girava em torno dos três milhões de habitantes, inquisidores católicos e protestantes queimaram vivas a umas 500.000 pessoas entre os séculos XV e XVII, além de expropriar os bens de muitos milhões mais. (ESCOHOTADO, 2005, p. 58)

Paralelamente a estes movimentos, prolifera na Europa um dispositivo destinado à segregação dos leprosos que está na gênese de uma das mais importantes estratégias de manejo dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Inicialmente destinados a questões outras, os leprosários foram constantes em toda Europa, até que a lepra praticamente desaparecesse em fins do século XV. Já no século XVI, milhares de leprosários esvaziam-se (FOUCAULT, 2004b, p. 3-7), e permanecerão em quase total abandono até serem ocupados pelos indesejáveis das cidades, os novos moradores que comporão a fauna do Hospital Geral: loucos, demenciados, mendigos, órfãos, inimigos políticos, adúlteras, pequenos larápios, e também os bêbados miseráveis (Idem, p. 49).

> Trata-se de recolher, alojar, alimentar aqueles que se apresentam de espontânea vontade, ou aqueles que para lá são encaminhados pela autoridade real ou judiciária. É preciso também zelar pela subsistência, pela boa conduta e pela ordem geral daqueles que não puderam encontrar seu lugar ali, mas que poderiam e mereciam ali estar. (FOUCAULT, 2004b, p. 49)

Havia sim, a contratação de médicos para atuar nestas instituições. Na França, Bicêtre e Salpêntrière, cada qual contava com apenas um médico, responsável por duas visitas semanais, escancarando o fato de que "[...] o Hospital Geral não é um estabelecimento médico", mas sim "[...] uma estrutura semijurídica [...] que, ao lado dos poderes já constituídos, e além dos tribunais, decide, julga e executa" (FOUCAULT, 2004b, p. 49-50). Em um eloquente fragmento do decreto de criação destas instituições, em 1656, tem-se uma amostra dos poderes de seus diretores, bem como dos "equipamentos médicos" ali empregados:

> Para tanto, os diretores disporão de: postes, golilhas de ferro, prisões e celas no dito Hospital Geral e nos lugares dele dependentes conforme for de seu parecer, sem que se possa apelar das ordens por eles dadas dentro do dito Hospital; e quanto às ordens que interfiram com o exterior, serão executadas em sua forma e disposição não obstante quaisquer oposições ou apelações feitas ou que se possam fazer e sem prejuízo daquelas, e para as quais não obstante não se concederá nenhuma defesa ou exceção. (FOUCAULT, 2004b, p. 50)

Proliferação, não apenas de dezenas destas instituições, que paulatinamente se espalham por todo território francês; prolifera também uma miríade de práticas, de entrelaçamento de múltiplas técnicas, de curiosas articulações de distintas lógicas de atendimento desta igualmente diversa população. Muitos destes hospitais são mantidos por ordens religiosas, utilizam mão de obra leiga, e a administração colegiada possui maioria burguesa. No miúdo da vida, a luta pelo privilégio de governar aqueles corpos:

> Nessas instituições também vêm-se misturar, muitas vezes não sem conflitos, os velhos privilégios da Igreja na assistência aos pobres e nos ritos da hospitalidade, e a preocupação burguesa de por em ordem o mundo da miséria; o desejo de ajudar e a necessidade de reprimir; o dever de caridade e a vontade de punir; toda uma prática equívoca cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vazios desde a Renascença mas repentinamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes. (FOUCAULT, 2004b, p. 53)

Renascença. Com ela, as drogas tornam-se propriedade dos homens de ciência (ESCOHOTADO, 2008, p. 371). Dentre as figuras de destaque está Paracelso, um dos símbolos deste movimento para retirar as drogas do universo fantasmagórico a que foram relegadas (ESCOHOTADO, 2005, p. 64). A aura mística das substâncias psicoativas foi se reduzindo, permitindo o afrouxamento das práticas instituídas que levavam perigo, não apenas às pessoas que as usavam, mas também àquelas que as preparavam, vendiam e administravam (ESCOHOTADO, 2008, p. 372).

Não é difícil imaginar as reverberações da revolução de Descartes no interior do Hospital Geral. A única separação que a grande internação propunha era aquela em que os indesejáveis são depositados na instituição asilar, dividindo a sociedade entre internos e não-internos. Dentro do hospital, entretanto, não há nenhum esforço em dispor os corpos a partir de diagnósticos ou técnicas de tratamento, "[...] nenhuma unidade institucional" (FOUCAULT P 2004b, p. 103). Pois bem: se há uma coisa que o método cartesiano faz como nenhum outro é observar, classificar e separar. Processo que nunca se esgota: primeiro, a separação entre contraventores, meros vagabundos e loucos. Com o tempo, a observação permite concluir que nem todos os insanos são do mesmo tipo, e que seria possível reconhecer distintas categorias nosológicas. O hospital geral vai lentamente se tornando uma instituição médica, na qual se engendra o saber psiquiátrico (Idem, 2004b, p. 196-197).

Ao que tudo indica, os primeiros indícios de medicalização do uso de drogas datam do século XVII. Destacam-se as teorias de Felix Plater, que considerava o uso como possível causa externa de distúrbios mentais (PESSOTTI, 1999, p. 34). No século XVIII, nos Estados Unidos, começam a surgir os primeiros rumores de que talvez houvesse algo além da vontade pura e simples instigando as pessoas ao uso de álcool e outra drogas. Uma das referências mais antigas diz respeito a um estudo sobre os efeitos da parada súbita depois do uso longo e abusivo de ópio (Idem, p. 16). Com relação ao álcool, cabe citar este trecho de um artigo científico do século XVIII:

> [...] aqueles de hábito leve, que tentaram superar sua fragilidade nervosa através da ajuda da bebida alcoólica, muitos deles começaram a usar este tóxico, por convicção de sua utilidade e não por uma questão de gosto; porém, como o alívio é temporário, o uso frequente, para manter seus efeitos, conduz à mesma ilusão até que, finalmente, o que era obtido por compulsão torna-se apego à bebida e um pequeno gole de brandy ou de gin com água torna-se tão necessário quanto o alimento; o sexo feminino, por sua natural fragilidade, adquire esse costume gradativamente, e o tóxico, ingerido em pequenas doses, apesar de lento em sua ação, não é menos doloroso em seus efeitos. (LETTSON *apud* BERRIDGE, 1994, p. 15)

Ainda que as bases para o desenvolvimento de um olhar médico sobre o uso de álcool e outras drogas já estivessem presentes no século XVIII, este processo irá realmente ganhar corpo apenas no século XIX, quando surgem também as primeiras controvérsias. Para os pioneiros, os problemas com álcool e drogas, até então tratados na esfera religiosa e moralista, deveriam encontrar seu devido lugar sob o olhar criterioso da medicina científica. Na Europa, ganha corpo a ideia de que a embriaguez

constante decorreria de disfunções no sistema nervoso central, e surgem as primeiras considerações acerca de determinações genéticas para a dipsomania (BERRIDGE, 1994, p. 16). A emergência do uso de álcool e outras drogas como problema de saúde contribuía para reforçar ideias de *insanidade moral* e *paralisia da vontade*, no rastro das teorias sobre degenerescência (Idem, p. 17).

No entanto, entender o surgimento de um olhar patologizante sobre o uso de álcool e outras drogas como sendo uma construção restrita às ciências médicas implica em uma visão reducionista da questão. O desenvolvimento de diferentes perspectivas no campo da saúde articula-se às forças políticas, sociais e culturais de seu tempo. Já em fins do século XIX, emergiam movimentos higienistas que começavam a defender propostas como a restrição do ópio aos usos médicos e proibição de bebidas alcoólicas (ESCOHOTADO, 2005, p. 97).

Em paralelo, este mesmo século XIX testemunha a emergência de uma verdadeira revolução na história das drogas e seus usos. É que "[...] desde o começo dos tempos, o homem se havia servido de fármacos em estado impuro, tais e quais plantas" (ESCOHOTADO, 2008, p. 421). Paulatinamente, uma após outra, todas as drogas passam a ter seus princípios ativos isolados: primeiro foi a morfina (1806); depois veio a codeína (1832); atropina (1833); cafeína (1841); cocaína (1860); heroína (1883); mescalina (1896)... Tal feito possibilitou lançar mão destas drogas em qualquer lugar e circunstância, posto que "[...] já não seria necessário transportar massas vegetais degradáveis de um lugar para outro, porque em uma pequena maleta cheia de morfina ou cocaína, se poderiam acumular hectares de campos semeados" (Idem, p. 421).

O isolamento dos princípios ativos permitiu uma explosão de usos de drogas. Liberto das amarras medievais, o sujeito moderno possui uma curiosidade insaciável, expressa não apenas no florescimento da ciência, mas também na busca de sensações novas, vividas inclusive com drogas que podiam ser livremente experimentadas em locais como opiários ou clubes de fumadores de haxixe (ESCOHOTADO, 2008, p. 568). A literatura deste período registrou este movimento em diversos livros, dos quais o mais famoso talvez tenha sido "Paraísos Artificiais", de Baudelaire:

> O homem não escapará à fatalidade de seu temperamento físico e moral, o haxixe será, para as impressões e os pensamentos familiares do homem, um espelho que aumenta, mas um simples espelho. (BAUDELAIRE, 1998, p. 23)

O ópio, cujos efeitos também são descritos por Baudelaire no mesmo livro, tornou-se umas das drogas mais consumidas pelos europeus do século XIX. A maior parte vinha da China, trazida por portugueses, holandeses e ingleses. No século XVIII, houve a primeira proibição do comércio de ópio com a Europa, produzindo revolta por parte do povo chinês. O governo optou por endurecer ainda mais as normas, proibindo não apenas o comércio, mas também o plantio (ESCOHOTADO, 2005, p. 83).

A escalada repressiva em torno da produção e comércio do ópio, com a adoção de pena de morte e destruição de estoques armazenados, termina por desembocar na primeira Guerra de Ópio no século XIX, declarada pela Inglaterra contra o governo chinês. A derrota dos chineses, no entanto, não resulta em uma legalização do comércio, que seguiu nominalmente proibido, ainda que efetivamente regulado e autorizado. Em poucos anos, o contrabando já superava a casa dos cinco milhões de quilos anuais. Tal era a situação quando irrompe a segunda Guerra do Ópio, vencida mais uma vez pelos ingleses (ESCOHOTADO, 2005, p. 85). A resposta, desta vez, foi diferente: ao invés de reagir como havia feito anteriormente, o governo chinês legalizou a produção e o comércio, não apenas internamente, mas abrindo a possibilidade de que chineses se envolvessem, direta e legalmente, com o comércio internacional. O negócio expandiu-se rapidamente, e em poucos anos a China ameaçava dominar todo o mercado asiático. Em resposta, o parlamento inglês aprovou uma declaração que tornava o comércio de ópio em larga escala como uma "empresa moralmente injustificável" (Idem, p. 86).

Na aurora do século XX surgem as teorias da adicção. O termo "adicto" vem do inglês, *addiction*, e significa "dedicação total", mas tem raiz no latim *adictum*, termo utilizado na Roma Antiga para descrever àqueles que, por dívida, tornavam-se escravos de seus credores por um tempo determinado, ao fim do qual a dívida cessava. De um modo geral, a medicina considerava que todos os usuários contumazes de álcool e outras drogas eram *adictos*, independente do consumo ser moderado ou não, e a *adicção* passou a ser considerada uma doença (BERRIDGE, 1994, p. 16). Em países como a Inglaterra, pessoas que usavam morfina (problema que cresceu muito naquele país depois da I Guerra Mundial) passaram a ter tratamento especializado à sua disposição, o que pode estar associado ao fato de ser esta uma droga costumeiramente consumida por pessoas de classes sociais mais abastadas. As pessoas com problemas ligados ao consumo de álcool, por sua vez, passam a receber um olhar mais condescendente da parte de profissionais e serviços de saúde (Idem, p. 18). Não obstante, e em diversos

lugares do mundo, a política pública para o tratamento de bebedores de classes desfavorecidas seguiu sendo a internação compulsória em instituições asilares, prática que em pouco ou nada se diferenciava dos modelos morais com investimento na segregação, comuns à história do tratamento para pessoas com transtornos mentais.

Ainda no início do século XX, emergem os primeiros esforços para o controle internacional de drogas, contrastando com a liberalidade do século XIX, quando todas as drogas conhecidas podiam ser adquiridas livremente em quase todo o mundo (ESCOHOTADO, 2005, p. 97). Nos Estados Unidos, ouvem-se as primeiras vozes em defesa do controle de algumas destas substâncias. Dentre estas vozes, duas se destacam: as vozes puritanas, e as vozes embasadas cientificamente, que buscavam restringir as drogas aos usos médicos (Idem, p. 98). Estes dois movimentos, inicialmente muito frágeis, vão se fortalecer mutuamente ao longo das duas primeiras décadas do século XX. De sua articulação, resultará a Lei Seca (1919-1934), e o condicionamento do comércio de certas de substâncias à posse de receita médica (Ibidem, p. 102). Em 1937, também a maconha será colocada na ilegalidade nos EUA (Ibidem, p. 112).

> Os fumantes de maconha, impotentes, desorganizados e sem motivos publicamente legítimos para ataque, não enviaram nenhum representante às audiências e seu ponto de vista não teve registro nos anais. Sem oposição, o projeto foi aprovado tanto na Câmara quanto no Senado. A iniciativa da agência produzira uma nova regra, cuja imposição subsequente ajudaria a criar uma nova classe de *outsiders* – os usuários de maconha. (BECKER, 2008, p. 151)

De minha parte, o que mais chama a atenção neste trecho do clássico de Howard Becker é a uma quase total ausência de debates, o quase total silêncio de vozes dissonantes à aprovação das leis de proibição do plantio, armazenamento, transporte, comércio e consumo de maconha nos Estados Unidos. Segundo Becker, as únicas ponderações com respeito à proibição da planta vieram de setores ligados às indústrias de óleo de semente de cânhamo e de produção de ração para pássaros:

> Fabricantes de óleo de semente de cânhamo expressaram certas objeções à linguagem do projeto, que foi rapidamente alterada para atender às suas especificações. Uma objeção mais séria, porém, veio da indústria de alimentos para aves, que na época usava cerca de 1,81 milhões de quilos de semente de cânhamo por ano. Seu represente pediu desculpas ao Congresso por aparecer no último minuto, declarando que ele e seus colegas não haviam percebido até pouco tempo antes que a planta da maconha a que o projeto se referia era a mesma de que eles obtinham um importante ingrediente de seu produto. (BECKER, 2008, p. 150)

Nenhuma associação de pessoas que usam drogas, nenhum grupo de pesquisadores, nenhuma entidade de defesa dos Direitos Humanos. Nos curtos debates que precederam a aprovação da Lei de Tributação da Maconha em 1937, nada de vozes preocupadas com os problemas relacionados à criminalização de uma prática tão arraigada em certos setores da sociedade americana. Nenhuma consideração pública quanto ao desrespeito às liberdades individuais, ao direito de livre uso do próprio corpo. As únicas ponderações vieram de entidades empresariais.

Os países europeus foram bastante reticentes em apoiar as iniciativas estadunidenses, desde o primeiro momento da ofensiva proibicionista; entre 1912 e 1914, foram realizadas, na cidade de Haya três conferências, que introduziram o tema nas esferas internacionais, mas sem maiores consequências no que tange ao endurecimento das legislações europeias.

Com o fim da I Guerra Mundial, os problemas relacionados aos ex-combatentes e suas "neuroses de guerra" provocam sérios abalos às concepções de degeneração hereditária como explicação para problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, contribuindo para o fortalecimento de uma vertente até então desprestigiada: a psicanálise (BERRIDGE, 1994, p. 21). Textos como este, do oficial médico inglês do Hospital Real para os Abalos ao Sistema Nervoso, davam a tônica:

> [...] a necessidade do álcool não se torna imperativa, a menos que haja uma grande discrepância entre o consciente e o inconsciente – isto é, quando há uma grande quantidade de energia psicológica alojada no inconsciente, sob um símbolo que está muito distante da possibilidade de aplicação consciente. (NICOLL *apud* BERRIDGE, 1994, p. 22)

Outro importante problema relacionado às drogas na Inglaterra, nos anos subsequentes ao final da primeira guerra mundial, dizia respeito às pessoas que tentavam parar com o uso de morfina, mas que padeciam de terríveis sofrimentos em decorrência de severas crises de abstinência. Surgem neste contexto as primeiras práticas de cuidado amparadas na noção de RD, que buscam a melhorias das condições gerais de saúde das pessoas envolvidas com o uso problemático de drogas, sem que a abstinência seja colocada como único e inequívoco caminho. Como forma de amenizar o mal-estar decorrente da abstinência de morfina, o Relatório Rolleston preconizava a oferta de outros opioides mais seguros e menos danosos. Hoje, estas recomendações materializam-se na administração de metadona e também na oferta de heroína para dependentes da droga (MELLO & ANDRADE, 2001, p. 42).

Sem sombra de dúvida, o surgimento dos grupos de Alcoólicos Anônimos (AA) é uma referência importante na história das estratégias de tratamento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas constituídas ao longo do século XX. Segundo a própria irmandade, "a centelha que daria origem ao primeiro grupo de AA foi acesa em Akron, Ohio, em junho de 1935, durante uma conversa entre um corretor da Bolsa de Valores de New York e um médico de Akron" (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1994, p. 11). A abordagem articula a partilha e o encontro solidário entre pares a um percurso ético-espiritual de autoanálise – o caminho de doze passos (ALCOÓLICOS ANÔNIMOS, 1995). Hoje existem grupos de AA espalhados por todo o planeta, e os doze passos se tornaram fonte de inspiração, não apenas para o tratamento em instituições, mas para irmandades focadas em uma imensa variedade de outras questões, para além do uso de álcool e outras drogas.

Do outro lado do Atlântico, chama atenção que os ingleses tenham inovado no campo da saúde mental nos momentos de pós-guerra. Foi assim com as terapias de substituição recomendadas para dependentes de morfina (recomendação posteriormente estendida aos heroinômanos), e também foi assim com o desenvolvimento das primeiras comunidades terapêuticas. Ao final da segunda guerra mundial, o psiquiatra Maxwell Jones estava descontente com as abordagens tradicionais da psiquiatria para uma série de problemas, dentre os quais destacavam-se as neuroses de guerra. Realiza então uma pesquisa, que aponta para a inexistência de base biológica na totalidade dos casos tratados na instituição por ele dirigida. Decidido a inovar, Jones inicia toda uma reorientação do trabalho terapêutico e da totalidade das relações no interior do hospital, substituindo a tradicional hierarquia por uma maior horizontalidade na relação entre a equipe técnica e os pacientes (JONES, 1972). As comunidades terapêuticas como as conhecemos hoje, com ênfase na abordagem religiosa e voltadas ao tratamento de questões relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, surgirão nos Estados Unidos apenas dez anos depois, no final dos anos 50 (DE LEON, 2003).

A partir dos anos 50, as discussões sobre os problemas de saúde relacionados ao uso de álcool e outras drogas alcançam nível mundial, resultando na criação de comitês especializados em questões associadas ao uso de álcool e outras drogas, vinculados à Organização Mundial de Saúde (OMS). A definição adotada pela organização para o uso problemático de álcool e outras drogas oscilou, durante muitos anos, entre uma questão médica ou um problema de caráter estritamente social; por outro lado, havia extremo

rigor para com as drogas tornadas ilícitas, e condescendência para com o álcool. Em 1964, a adoção da noção de "dependência de drogas" reuniu tanto adicção quanto hábito, não lhes fazendo distinção. Neste período, as definições levavam em conta principalmente os aspectos bioquímicos, deixando em segundo plano as dimensões sociais e psicológicas (BERRIDGE, 1994, p. 24).

Em 1961, os países-membros da Organização das Nações Unidas assinaram a Convenção Única de Entorpecentes, com diretrizes globais para o enfrentamento da *cadeia produtiva das substâncias qualificadas como ilícitas*[19] (UNODC, 1961). Com a convenção, o tema das drogas passou a integrar a agenda permanente das Nações Unidas, resultando na criação do Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crime (UNODC), com a missão de articular os Estados-Membros com respeito a políticas de drogas. Com o tempo, outras convenções foram se somando, o número de países envolvidos foi se ampliando, os investimentos em repressão foram aumentando. A meta da convenção de 1961 era erradicar o ópio em 15 anos, cocaína e maconha em 25; não obstante, a produção e o consumo não apenas não diminuíram como aumentaram muito, sem falar no surgimento de novas drogas (JELSMA, 2008).

A partir do fim dos anos setenta, as definições para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas no âmbito da saúde continuaram provocando polêmicas intensas. Passou-se a buscar um tipo de definição que atendesse aos interesses médicos, mas que ao mesmo tempo fosse capaz de enfrentar as críticas da sociologia e da psicologia. A saída surge com a elaboração de um conceito extremamente flexível, que agrada a todos; o alcoolismo e a adicção, pela definição da OMS, passam a ser registrados como um conjunto de "problemas relacionados ao álcool e às drogas". Deste modo, considerando que os "problemas" podem ser de qualquer ordem, em qualquer nível, a definição cai no gosto de todos, abrindo espaço, inclusive, para a conceituação de que não há tanta importância no ato de beber ou de usar drogas em si mesmo, mas sim nos problemas que eventualmente possam decorrer deste ato. Outra leitura possível é que o aumento da visibilidade do problema "droga" exige ações rápidas; tratar um "problema" é mais rápido do que uma "doença", que pode até mesmo ser uma condição permanente (BERRIDGE, 1994, p. 25).

[19] Expressão criada por Jorge Atílio Silva Ilunianelli (2007) para designar tanto a amplitude da *cadeia produtiva* (envolvendo produção, industrialização, transporte, comercialização e consumo), quanto à historicidade da qualificação de algumas drogas como ilícitas, em detrimento de outras.

Nos anos oitenta, um fenômeno novo e assustador emergiu: a epidemia de HIV/Aids. Compreendida não apenas como doença relacionada a um vírus, mas também como disparador de profundas transformações culturais, e de novíssimas práticas no campo da saúde coletiva, a Aids tornou incontornável o debate em torno de temas até então considerados tabus, como drogas e sexualidade. No que tange às drogas, a transmissão do HIV estava relacionada ao uso de seringas e outros equipamentos, que se compartilhados, permitiam que a infecção. Para fazer frente a este risco, disseminou-se por diversos países do mundo uma iniciativa pioneira da cidade de Amsterdã, projetada para fazer frente a uma epidemia de hepatites virais entre pessoas que usam drogas injetáveis: a disponibilização de seringas esterilizadas, como forma de evitar o compartilhamento de equipamentos de injeção (VERSTER, 1998, p. 116).

A troca de seringas, enquanto estratégia de prevenção da Aids, surgiu em meio a um contexto de radicalização da política de guerra às drogas. Nos EUA estas estratégias foram vistas com desconfiança, pois poderiam fragilizar o discurso de "tolerância zero" adotado para o tema das drogas (LURIE, 1998, p. 76). O fato é que as práticas de RD (tanto as trocas de seringas quanto as terapias de substituição) permitiram a ampliação do escopo de atuação dos profissionais que se dedicam ao trabalho com pessoas que usam drogas. Sem desconsiderar as intervenções que buscam contribuir para uma total abstinência dos usos de drogas, a RD – de modo não apenas prático, mas também teórico e conceitual – permite conceber o atendimento de situações de risco e/ou vulnerabilidade social associados ao uso de álcool e outras drogas, inclusive nos casos em que as pessoas que não conseguem, ou até mesmo quando não querem parar de usar.

A partir dos anos 50, começam a surgir, em diversos lugares do mundo, diferentes experiências práticas e teóricas que tinham como objetivo a transformação das políticas públicas e das técnicas de cuidado dirigidas a pessoas em situações de sofrimento psíquico. Não obstante, e ainda que as pessoas em situações de risco e/ou vulnerabilidades sociais associadas ao uso de álcool e outras drogas tenham sido sempre objeto das ciências *psi*, as reflexões com vistas à melhoria no atendimento desta população demoraram a integrar a agenda do que ficou conhecido como "movimento da reforma psiquiátrica". O "bom encontro" entre RD e luta antimanicomial, que ampliaria a potência destes dois movimentos, contribuindo para a superação do preventivismo (do lado da RD), e do vazio reflexivo em torno do cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas (do lado da saúde mental), esperou algumas décadas para ocorrer.

Hoje, reconhece-se a amplitude dos riscos associados ao uso de álcool e outras drogas. Ainda que se possam perceber diferenças importantes entre diferentes pesquisadores e teóricos do assunto, há concordância com relação à complexidade do tema, que implica na necessidade de uma atenção integral, o que necessariamente inclui suas famílias e redes sociais. Percebe-se também que não se trata de problema passível de ser solucionado com intervenções unilaterais: as estratégias precisam envolver saúde, segurança, esporte, cultura, educação, assistência social e outras áreas.

Mas reconhecer não significa realizar, e experiências avançadas convivem com invisibilidade, violação de direitos, criminalização e medo. Se há países que combinam descriminalização e acesso às redes intersetoriais, há aqueles que determinam pena capital para pessoas acusadas de envolvimento com drogas. No que tange aos sistemas de tratamento, há uma nota conjunta da ONU assinada por vários escritórios da organização[20], instando os Estados-membros das Nações Unidas a fecharem centros de detenção e reabilitação obrigatórios relacionados com drogas (ONU, 2012). A existência desta nota é um reconhecimento oficial de que as violações de direitos em centros de tratamento para pessoas que usam drogas são uma triste realidade.

Mas talvez a grande novidade contemporânea diga respeito ao amplo debate em torno das leis e políticas de drogas na contemporaneidade. Um grande conjunto de organizações se dedica ao tema, a partir de diferentes interesses e concepções. Há os movimentos preocupados com as violações de direitos contra pessoas que usam drogas (CONRAD, NORRIS & RESNER, 2001), as organizações que militam em torno da regulamentação da cannabis medicinal (ZIMMER & MORGAN, 2010), assim como os grupos que denunciam os desdobramentos, no campo das drogas, de modo análogo ao descrito descrito por Loïc Wacquant (2003; 2001), articulando repressão com desinvestimento em assistência social e à saúde. Isto sem falar nas redes internacionais de pesquisadores e de pessoas que usam drogas lícitas ou ilícitas. O marasmo deu lugar à polifonia, e o que antes era apenas uma monocórdica luta contra as drogas, agora se expressa como uma luta de concepções em torno das políticas de drogas.

[20] Alto Comissariado para os Direitos Humanos; Alto Comissariado para os Refugiados; Organização Internacional do Trabalho; Organização Mundial de Saúde; Entidade para a Igualdade de Gênero e Empoderamento das Mulheres; Programa sobre HIV/Aids; Programa Mundial de Alimentos; Programa para o Desenvolvimento; Organização para a Educação, Ciência e Cultura; Fundo de População; Fundo para a Infância; Escritório sobre Drogas e Crime.

3.2 VEREDAS DE UM SÉCULO XX - DA EUGENIA À REDUÇÃO DE DANOS

No capítulo anterior, vali-me de Howard Becker para ressaltar a quase total ausência de debates quando da discussão sobre a proibição da maconha nos EUA. No Brasil, a história parece ter sido semelhante: não se sabe de debates em torno de nossa primeira legislação sobre drogas - um artigo que proibia a venda e o consumo de maconha, incluso em um código de posturas promulgado pela Câmara Municipal do Rio de Janeiro em 1830 (ROBINSON, 1999, p.116). Nas primeiras décadas do século XX, os movimentos que conduziriam a adesão do Brasil às resoluções da Conferência Internacional do Ópio (Haia, 1911) também se deram sem que se ouvissem vozes dissonantes (FIORE, 2007, 28-30).

Até onde seria possível chegar com perguntas como: "Quando surgiu o campo das drogas?", ou "Em que momento se constituiu um debate sobre política de drogas no Brasil?". Ao invés disto, talvez fosse mais produtivo interrogar as práticas relacionadas às drogas em seu próprio solo, naquilo que os discursos permitem observar. Onde estariam as lutas? De que lutas nos falam os dispositivos que constituem esta emergente problemática das drogas no Brasil, ao longo de todo o século XX e neste início de século XXI? Ou antes mesmo, já no édito municipal de 1830, no Rio de Janeiro; de que falam estes dispositivos? Que objetos constituem?

3.2.1 PRIMÓRDIOS

Artigo 7º, Seção de Saúde, Lei de Posturas da Cidade do Rio de Janeiro. 1830:

> É proibida a venda e o uso do "pito do pango", bem como a conservação dele em casas públicas: *os contraventores* serão multados, a saber, em 20$000, *e os escravos*, e *mais pessoas que dele usarem*, em 3 dias de cadeia. (ROBINSON, 1999, 116, grifo nosso)

Duas coisas chamam atenção no curto texto do artigo: a primeira é esta intrigante separação entre *contraventores* e *escravos*, os primeiros condenáveis a pagar uma multa de 20 mil réis, os segundos passíveis de pena de reclusão por três dias, quiçá um prenúncio ancestral da diferença de tratamento penal entre traficantes e usuários, com alguma vantagem para os vendedores, libertos mediante pagamento de multa (hoje o tráfico de drogas é considerado crime hediondo, portanto inafiançável); a segunda, o lugar reservado à figura do *escravo*, destacado com clareza das *demais pessoas* que usassem o *pito do pango*.

Não resta dúvida: o sujeito do discurso, neste caso, é o negro escravizado no Rio de Janeiro da primeira metade de século XIX. Rio de Janeiro que à época era a cidade com maior população escravizada do mundo. É provável que as elites brasileiras julgassem perigosas aquelas reuniões de negros em torno do *pito do pango*, e a criminalização de práticas sociais associadas àqueles encontros (também foi assim com a capoeira e as religiões de matriz africana), servia como dispositivo de legitimação de intervenções repressivas. O medo tinha suas justificativas: com a Revolta de São Domingos (1791-1804), o Haiti, a um só tempo, declarou sua independência e aboliu a escravidão, tornando-se a primeira república dirigida por pessoas negras no continente americano. É bem possível que as notícias da América Central tenham chegado ao Rio de Janeiro, instigando os legisladores a constituírem estratégias de controle sobre os negros escravizados, dentre as quais a criminalização do uso de maconha.

Segundo Fiore (2007, p. 28-29), as drogas só passariam a ser percebidas como um tema para a saúde pública, aqui no Brasil, a partir da primeira década do século XX. Em 1914, o decreto presidencial 2.861 adéqua as leis brasileiras à Convenção de Haia (1911), colocando sob o controle do Estado drogas como cocaína, ópio e morfina. Em 1921, é formada uma comissão para propor mudanças na legislação sobre drogas; surge o Decreto 4.294, que tornava crime passível de prisão a venda de ópio e cocaína. Além disto, nos casos em que a embriaguez causasse danos a si mesmo ou a terceiros, o encaminhamento deveria ser a internação compulsória. Por fim, e ainda naquele mesmo ano de 1921, o Decreto 14.969 tipifica, "[...] pela primeira vez, a figura jurídica do toxicômano numa legislação brasileira" (FIORE, 2007, p. 30).

Mas seria preciso retornar um pouco antes, antes de seguir as veredas do século XX. Thamires Sarti abre sua dissertação sobre a emergência dos tóxicos como problema social, no início do século XX, dedicando algumas páginas à descrição de dicionários médicos da segunda metade do século XIX, no Brasil. Estes dicionários foram muito importantes para o fortalecimento do estamento médico entre a população brasileira, quando a medicina ainda estava longe do prestígio institucional de que viria a gozar posteriormente. Para ser ter uma ideia da penetração dessas publicações, o Dicionário de Medicina Popular, de Chernoviz, vendeu mais de três mil exemplares quando de seu lançamento em 1842, numa época em que a maioria da população era analfabeta, e quando os livros ainda eram artigos de luxo (SARTI, 2015, p. 23).

Mas o que de fato interessa à Thamires Sarti, nestes dicionários, é o modo como os mesmos abordam algumas substâncias em especial, a exemplo do ópio, da cocaína, do clorofórmio, do éter e do haxixe. Num período em que havia pouquíssimos médicos em atividade no país, uma das funções destas publicações era auxiliar os leitores em suas estratégias de autocuidado (incluídas aí as práticas de automedicação), orientando quais medicamentos seriam importantes na composição de uma "botica doméstica". Dentre estes, o ópio:

> O ópio poderia ser usado no curativo de quaisquer feridas ou na prevenção dos acessos de asma. Por provocar a prisão de ventre era empregado em casos de diarreia e disenteria. Também era útil em quase todas as moléstias que acompanham a gravidez: inchaço, salivação, náuseas e vômitos. Sua principal função estava relacionada à diminuição das dores. Contra as tosses intensas e dolorosas provocadas pela bronquite, o paciente poderia tomar pílulas feitas com ópio e extrato de alcaçuz. Poções à base de extrato de ópio eram usadas para combater dores causadas pelo desenvolvimento de úlcera, cancro no útero ou estômago, gangrena, gastralgia, enterite, cobreiro, nevralgia, peritonite, ou então para as cólicas uterinas, câimbra, dor de dente, "dor das cadeiras", enxaqueca, "cólica de chumbo" e assim por diante. (SARTI, 2015, p. 25)

Além do ópio e de seu mais conhecido derivado, a morfina, o dicionário também reservava espaço de destaque para algumas outras drogas. Sobre o haxixe, por exemplo, não havia nenhuma menção a eventuais usos terapêuticos, mas sim uma explanação acerca das características botânicas e das partes da planta a serem utilizadas, além de reservar algumas palavras a respeito de aspectos históricos e antropológicos de seus usos por diferentes povos do planeta. Já a cocaína é discutida à luz de recentes descobertas, à época, que davam conta de sua utilização como anestésico em procedimentos oftálmicos e odontológicos (SARTI, 2015, p. 30-32).

Mas a divulgação das propriedades e usos destas drogas não estava restrita ao dicionário de Chernoviz. Sarti menciona ainda o jornal "A Mãi de Família", que circulou em terras brasileiras (mais precisamente em Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo) entre 1879 e 1888. Em pelo menos uma de suas edições, o médico higienista Carlos Costa, proprietário do jornal, recomenda, para o tratamento de uma série de afecções bucais, "[...] uma mistura de mel, clorato de potássio e cocaína" (SARTI, 2015, p. 33). Mas as recomendações não se restringiam às receitas caseiras orientadas pelo jornal; além disso, elas ainda estavam presentes em uma infinidade de propagandas, veiculadas não apenas neste, mas em diversas outras publicações da época:

> Apesar das receitas caseiras de fácil formulação como esta, a indústria farmacêutica disponibilizava meios ainda mais práticos para que as mães pudessem amenizar as dores dos seus filhos. Em quase todos os números do jornal havia propagandas de produtos farmacêuticos à base de cocaína. Eram xaropes, pastilhas ou elixires de cloridrato de cocaína que poderiam ser usados para amenizar diversas dores. O "Xarope de Dentição Houdé" era descrito como um medicamento útil para acalmar "as dores ocasionadas nas crianças pela dentição". O anúncio indicava a fricção do xarope na gengiva da criança pela manhã, noite e quando aparecessem as crises, prometendo a rápida insensibilização das mucosas. (SARTI, 2015, p. 33)

Será apenas em suas edições revisadas lançadas a partir de fins do século XIX, que o Chernoviz passará a trazer, juntamente com as indicações terapêuticas para os usos destas substâncias, também algumas recomendações de cuidado para com eventuais problemas decorrentes destes usos. No caso da cocaína, os alertas dirão respeito a "acidentes" com erros de dosagem, que resultariam em "[...] síncopes, excitação cerebral, sensações esquisitas" (SARTI, 2015, p. 34). Já no que diz respeito à morfina, mencionam-se claramente aos riscos para o desenvolvimento de um hábito duradouro e persistente, que poderia iniciar-se com o uso terapêutico, ou não, diante do qual a vontade quedaria enfraquecida. Era a chamada "morfinomania":

> Os efeitos do uso prolongado da morfina eram descritos como excitação cerebral, - fases de bruscas depressões, tristeza, melancolia, diminuição das forças, perda da memória, alucinações, emagrecimento, diminuição do apetite e aparecimento de abscessos em diversas partes do corpo. A única maneira de salvar um indivíduo nestas situações era suprimindo seu veneno, o que só se conseguiria com bastante vigilância. Essa cessação não poderia ser brusca, pois se corria o risco de sobrevir graves acidentes. A interrupção deveria ser feita gradualmente, diminuindo as doses e fazendo o possível para evitar as recaídas. (SARTI, 2015, p. 34-35)

Thamires chama atenção para este momento, em fins do século XIX, em que o entusiasmo com estes remédios passa a conviver com o medo de acidentes ou do hábito persistente. Mais ou menos nesta época, os médicos passam a "[...] classificar usos recreativos relacionados ao prazer e alívio que esses medicamentos eram capazes de proporcionar" (SARTI, 2015, p. 36). Ao que tudo indica, tais usos de morfina e cocaína constituíam uma problemática que "[...] se restringia a uma pequena parcela mais abastada da população" (Idem, p. 38), ao passo que o ópio, para o qual não haveria usos terapêuticos e medicamentosos, tinha um tratamento social e midiático bastante diferenciado, sendo posicionado como um "vício deselegante" que acometia exclusivamente aos imigrantes chineses que viviam na capital federal (Ibidem, p. 40).

Esta preocupação, que surge em fins do século XIX, continuará crescendo cada vez mais. Em sessão da Academia Nacional de Medicina realizada no dia 14 de maio de 1920, o farmacêutico Julio Eduardo da Silva Araújo discorreu sobre os envenenamentos por morfina, cocaína e outros hipnóticos. Relata que em todo o mundo, os importadores destas substâncias estariam recebendo circulares do governo dos EUA, solicitando maior controle sobre a circulação destas drogas. Haveria apenas seis países que não teriam respondido ao referido chamamento, e um deles seria justamente o Brasil. Solicitou que a academia interferisse junto ao governo neste sentido:

> Proponho que a Academia Nacional de Medicina represente aos Poderes Públicos, solicitando regulamentação especial e fiscalização eficiente para importação e venda de artigos anestésicos e narcóticos, tais como cocaína, ópio e seus derivados, éter, clorofórmio e produtos congêneres, visando coibir os consideráveis prejuízos materiais e morais que o abuso de tais substâncias determina em nosso meio social. (ARAUJO, 1920, p. 6)

Mas o assunto não era exatamente uma novidade. Em 1914, a Academia Nacional de Medicina já havia sido solicitada a pronunciar-se sobre a Conferência Internacional do Ópio, julgando conveniente a adesão brasileira ao protocolo. Seguiu o debate para o parlamento, que se pronunciou igualmente favorável a adesão. O processo, entretanto, foi interrompido pela eclosão da I Guerra Mundial, que envolveu "[...] quase todas as nações mais interessadas no êxito da Conferência" (ARAUJO, 1920, p. 10). Com isto, o Brasil fica como não signatário da convenção, "[...] correndo, portanto, o risco de se ver privado da importação de drogas indispensáveis" (Idem, p. 10). Indispensáveis, sim, mas também suscetíveis a perigos que poderiam ser evitados pela regulação do comércio:

> As outras nações, solidárias, naturalmente acompanharão a grande República, e fácil seria prever nossas dificuldades se os recentíssimos atos dos nossos Poderes nos não tranquilizassem, prometendo estabelecer as providências que, impedindo com efetividade o abuso a tão perniciosos elementos de degeneração do indivíduo e da raça, habilitem o comércio honesto à aquisição desses agentes terapêuticos sem os quais não há medicina. (ARAUJO, 1920, p. 10)

Iniciei este capítulo na década de 1850, mas seria possível retonar mais. A dissertação de Fernando Santos (1995) teve como tema a "invenção" do alcoolismo como doença. Para tanto, Fernando analisou a produção de teses na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre 1830 e 1920. Depois de uma brevíssima introdução a respeito dos usos de álcool ao redor do mundo, o autor chega ao século XVIII, quando

“[...] o consumo de bebidas alcoólicas começou a ser considerado como um causador de distúrbios na ordem social e na moral burguesa” (SANTOS, 1995, p. 18). No século XIX, entretanto, com a expansão do modo de vida urbano e a emergência das multidões nas grandes cidades, a questão passa por severa hipostasia (Idem, p. 18).

Estas primeiras preocupações para com o uso de álcool, entretanto, conviveram por algum tempo com o senso comum, amplamente compartilhado por médicos e cientistas, de que as bebidas alcoólicas teriam propriedades alimentícias e medicinais (SANTOS, 1995, p. 23). Ideia que também teve seu lugar em terras brasileiras, como demonstra o próprio autor, ao citar um trecho da tese defendida por Cezar Augusto Pereira da Cunha, na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1882:

> Não escapa à observação a mais vulgar, a força de vários povos da Ásia: a ausência da tuberculose nos países aonde se abusa do komnis; a energia física dos ingleses, alemães, holandeses, cujos estômagos, na fase hiperbólica ou maliciosa de Poggiale, são abismos onde se perdem rios de cerveja; enfim, a robustez dos habitantes das regiões frias, os quais fazem do álcool um elemento de vida. (CUNHA *apud* SANTOS, 1995, p. 24)

Esta visão do álcool como remédio persistiu durante algumas décadas, inclusive no tratamento do alcoolismo. É o próprio autor quem o atesta, expondo um fragmento da tese defendida Lindolfo Pinheiro dos Santos em 1913. Citando médicos europeus, Cunha enaltecia o vinho, desde que “[...] consumido ao estado natural, como uma das armas mais eficazes contra o alcoolismo” (CUNHA *apud* SANTOS, 1995, p. 26). Em minhas pesquisas, encontrei a obra de Severino de Campos, publicada em 1937, um libelo em defesa do vinho, não apenas por sua importância econômica, mas também por suas propriedades medicinais no tratamento do alcoolismo. Enfático, o autor defende a tese de que “[...] não se pode privar impunemente o organismo humano dos alimentos excitantes, intimamente ligados ao sistema nervoso” (CAMPOS, 1937, p. 28), alertando para que não se preceda uma eliminação do vinho “[...] em nome de um princípio de higiene ou de moral para que ele não se torne um princípio de morte, depois de ter feito tanto para nobilitar a vida do homem” (Idem, p. 31).

> É um meio, portanto, de fazer com que as pessoas habituadas a beber satisfaçam uma exigência fisiológica, tomando vinho puro de uva, em lugar de recorrer aos alcaloides, aos destilados, como a aguardente de cana, os compostos, os quinados e outros concentrados que o gênio inventivo dos manipuladores de drogas põem ao alcance dos consumidores, satisfazendo desta forma o instinto de lucro. (CAMPOS, 1937, p. 44)

Fernando Santos (1995, p. 30) afirma que "[...] o processo de urbanização e industrialização dos países europeus induziu as classes dominantes à normalização de hábitos e atitudes considerados nocivos aos padrões éticos". Um leitor de Foucault reconhece que é o próprio nascimento da medicina social que o autor descreve, na passagem do século XVIII para o XIX (FOUCAULT, 2011b, p. 80). Já no Brasil, ou mais precisamente no Rio de Janeiro, este processo tem início mais tardio, e mais acelerado. Se no início do século XVIII a população carioca girava na faixa das 50 mil almas, em 1870 este número já chegava aos 250 mil, espremendo-se em uma urbe que crescia "[...] apertada entre o mar e o morro" (SANTOS, 1995, p. 19). Neste contexto, o uso abusivo de álcool tornou-se uma das grandes preocupações dos médicos brasileiros, quando a noção de "[...] temperança passou a ser, na sociedade burguesa, um atributo indissociável do uso permitido dos prazeres individuais" (Idem, p. 36). Afinal, o hábito de beber estava sempre associado a "maus costumes" que interferiam na "disciplina do trabalho" (Ibidem, p. 37).

> As paixões humanas passaram a representar um risco para o processo social que vinha sendo construído; principalmente os excessos praticados ao satisfazer estes desejos. A experiência histórica do capitalismo propunha, neste momento, indivíduos cujas energias estivessem completamente concentradas na esfera da produção. (SANTOS, 1995, p. 52)

A partir da segunda metade do século, a ideia de que o uso temperante de bebidas alcoólicas teria propriedades medicinais começa a ser atacada por estudiosos europeus. No Brasil, também é possível encontrar este debate, neste mesmo período, mas especificamente com respeito aos usos de álcool das classes populares. Em 1851, o médico Antônio José de Souza afirmava que "[...] quase todos os escravos são dados às bebidas alcoólicas", (SOUZA *apud* SANTOS, 1995, p. 43), enquanto Francisco Fernandes Padilha, em 1853, dizia que "[...] o abuso de aguardente de cana [...] determina, por sua ação continuada, a inflamação do duodeno e do fígado, e a cardite" (PADILHA *apud* SANTOS, 1995, p. 43). Em nossas terras, entretanto, e no mais das vezes, a grande distinção era entre os usos burgueses, tolerados com alguma ressalva, e os usos populares, amplamente rejeitados (SANTOS, 1995, p. 45).

É possível perceber, no início do século XX, todo um conjunto de esforços articulados no sentido de produzir uma nova classe trabalhadora cujos corpos, como diria Foucault (2004d, p. 119), precisariam ser *dóceis* para a política e *úteis* para o trabalho. O operário deveria em tudo contrapor-se "[...] ao malandro e ao 'pelintra' que

o imaginário popular consagrara em suas representações" (SANTOS, 1995, p. 63). Para os especialistas, alcoolismo e miséria estariam articulados, em uma dinâmica de retroalimentação, e "[...] as soluções apresentadas pendiam, sempre, para o mesmo lado: uma atuação repressiva do estado e uma ação moralizadora da sociedade" (Idem, p. 64).

> No Brasil, a relação miséria social – alcoolismo, até a década de 1870 mais ou menos, ficou restrita aos bancos da Faculdade de Medicina, sem maiores repercussões sociais. Do final do século XIX em diante, no entanto, ela começou a aparecer com mais frequência para os nossos intelectuais e políticos, exigindo que os governos se posicionassem. De forma geral, essa questão pertencia à esfera de atuação policial, e o desfecho podia ser tanto uma lição de moral ou alguns safanões, quanto cadeia ou hospício. (SANTOS, 1995, p. 64)

Miséria, doença, alcoolismo... E agitação política! Margareth Rago descreve movimentos de higienização em algumas cidades brasileiras, entre 1890 e 1930, quando "[...] a doença adquire a dimensão de problema econômico, político e moral, e a miséria se torna o novo veículo de contágio" (RAGO, 1987, p. 164). Aqui e acolá, brotam vilarejos construídos pelos empresários não apenas para aproximar os operários dos meios de produção, como também para "[...] neutralizar seus sentimentos de revolta e estabelecer laços emocionais de dependência paternalista" (Idem, p. 178). Nessas pequenas *higienópolis*, os interesses do capital estão articulados à Igreja Católica e às forças policiais, na afirmação de um espaço social que se esforça para "[...] impedir as aglomerações, evitar a emergência de hábitos pouco sóbrios ou de uma vida contagiada pelo trânsito confuso de desconhecidos, pelas festas espontâneas e alegres de rua a que fazem referência os habitantes dos cortiços" (Ibidem, p. 181).

> Na Vila Maria Zélia, ainda hoje considerada a vila-modelo do período, o toque de recolher soava às nove da noite, a ingestão de bebidas alcoólicas era proibida, a recepção dos visitantes passava pela guarda de vigilância instalada na guarita. Na Votorantim, os operários têm que sofrer a fiscalização dos mais íntimos pormenores de sua vida privada. (RAGO, 1987, p. 183)

O higienismo é apropriado, não apenas pelo capital, mas também por setores de uma nascente intelectualidade nacionalista, num movimento bem simbolizado em personagens como Euclides da Cunha e Monteiro Lobato, que manifestavam publicamente posições semelhantes, em forma e conteúdo, à famosa frase proferida pelo médico Miguel Pereira em outubro de 1916, em discurso na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Em um dado momento, Miguel Pereira cunha o dito que acabou entrando para a posteridade: "O Brasil é um imenso hospital" (SÁ, 2009, p. 334).

3.2.2 DA BELLE ÉPOQUE ÀS PORTAS DO GOLPE

Neste contexto, ganha força a ideia do álcool como determinante à degenerescência, afetando a força de trabalho e comprometendo a descendência das famílias. Eliminar o álcool seria, portanto, fundamental para garantir a eugenia da raça:

> A própria noção de degeneração se fixava então, não apenas no sentido do apodrecimento moral, mas, e principalmente, significando uma ruptura no processo de evolução das raças. Magnan, Morel, Charcot, Motet e muitos outros, ajudavam a difundir esta ideia, preenchendo-a com suas pesquisas e observações clínicas. E ao agregar o alcoolismo, o alcoólatra, a este quadro, estes homens tentavam circunscrevê-lo como uma doença da mente. (SANTOS, 1995, p. 113)

Com a teoria da degenerescência, o discurso anátomo-fisiológico é substituído pela lógica hereditária. A perspectiva que "[...] via o homem como vítima de seu processo 'civilizatório' [...] reformulou-se", sendo substituída pela "[...] questão da inadaptação social"; a mudança pode parecer sutil, mas as consequências são imensas, pois a partir de agora, é no próprio indivíduo que se "[...] deveriam procurar as respostas, e não na sociedade" (SANTOS, 1995, p. 128).

Volto a Silva Araujo, que também associou toxicomania à degenerescência, denunciando como fator preocupante dos "vícios chiques" o fato de que os mesmos atingiriam, sobretudo, aos moços e intelectuais, e à juventude mais viajada e instruída, que procurariam nas drogas "[...] o reativo necessário ao intelecto saturado e fatigado" (ARAUJO, 1920, p. 11). No Rio de Janeiro, uma "[...] série de desgraças vem ferindo cega e fundamente algumas das mais conhecidas e estimáveis famílias, portadoras de nomes por vezes invejáveis, pelo seu lustro" (Idem, p. 11). Questão que implicaria em sofrimento, não apenas aos próprios usuários, mas também à sua descendência:

> Um homem robusto, inteligente e sem hereditariedades especialmente doentias, achando-se atacado por uma rinite hipertrópica, teve, como tratamento, a necessidade de absorver pela mucosa nasal três gramas de cloridrato de cocaína, cotidianas. Do seu casal, tal indivíduo teve quatro filhos. O primeiro, uma menina, nascida quando o pai ainda era de todo são, inteligente e sem qualquer tara física; o segundo concebido alguns meses depois de ter o pai adquirido a intoxicação medicamentosa, inteligente ainda, porém extremamente tímido; o terceiro e o quarto filhos, vindos ao mundo depois que seu progenitor já era um impenitente cocainomaníaco, são completamente idiotas. Eis na sua horrível simplicidade, um quadro que se repetirá na razão direta da fraqueza covarde com que o meio tolerar a difusão das intoxicações que representam crimes de lesa nacionalidade. (ARAUJO, 1920, p. 12)

Em sua tese, Júlio Adiala (2011) dirige seu foco para a produção acadêmica brasileira sobre o tema durante a primeira república. Tomando por base as teses defendidas junto à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, Adiala identifica que o "[...] vício ou o uso patológico de drogas corresponde a menos de um terço do total (5/18 teses), e apenas uma foi escrita antes de 1924". Pouco depois, entretanto, identifica nada menos que 24 teses sobre alcoolismo e cirrose hepática decorrente do uso de bebidas alcoólicas (Idem, p. 49). Se a maioria dos trabalhos sobre álcool aborda o alcoolismo e os agravos à saúde decorrentes do uso problemático, no caso das outras drogas, o grande tema são seus usos como anestesia:

> Ao longo da década de 1910 a produção médica veiculada expressa o quadro das tendências e categorias até então postas em circulação: permanece o tema da anestesia em tese médica (1913); mantêm-se artigos no *Brazil Médico* sobre cocaína; também se repete a divulgação da categoria morfinomania (e ainda heroinomania); e o alcoolismo continua sendo tema, tanto para a medicina, quanto para a psiquiatria. À parte este conjunto, há um número expressivo de matérias publicadas no periódico da Academia Nacional de Medicina sobre o debate internacional e as medidas governamentais sobre o álcool, mas principalmente sobre o ópio, a cocaína e outros tóxicos. (ADIALA, 2011, p. 68)

É deste período o discurso de Rodrigues Dória no Congresso Científico Pan-Americano, em dezembro de 1915, na cidade de Washington. Neste texto histórico, emergem algumas ideias que se tornariam recorrentes na produção acadêmica brasileira sobre o tema, como por exemplo, de que a maconha seria uma maldição dos negros, "[...] um castigo pela usurpação do que mais precioso tem o homem – a liberdade" (DÓRIA, 1958, p. 1). Além dos afrodescendentes, o autor também identifica o uso de maconha com povos indígenas, mestiços, pescadores e trabalhadores rurais do norte e nordeste do Brasil, que a utilizariam (Idem, p. 2), "[...] como fumo, ou em infusão, e na composição de certas beberagens, empregadas pelos feiticeiros, em geral pretos africanos ou velhos caboclos" (Ibidem, p. 5).

Além da referência ao uso de maconha no candomblé, feitiçaria, samba e batuque, Dória (1958, p. 5) aponta efeitos afrodisíacos que desapareceriam em face o uso crônico, quando "[...] todas as funções nervosas se deprimem", conduzindo os usuários a "[...] um estado de caquexia, que não permite viver muito tempo" (Idem, p. 9). Dentre os agravos decorrentes do uso constante, destaca o emagrecimento rápido, bronquite, tísica e problemas gastrointestinais, além da prática de crimes. Mas o que mais impressiona no texto é seu conteúdo francamente racista:

> A raça preta, selvagem e ignorante, resistente, mas intemperante, se em determinadas circunstâncias prestou grandes serviços aos brancos, seus irmãos, mais adiantados em civilização, dando-lhes, pelo seu trabalho corporal, fortuna e comodidades, estragando o robusto organismo no vício de fumar a erva maravilhosa, que, nos êxtases fantásticos, lhe faria rever talvez as areias ardentes e os desertos sem fim de sua adorada e saudosa pátria, inoculou também o mal nos que a afastaram da terra querida, lhe roubaram a liberdade preciosa, e lhe sugaram a seiva reconstrutiva. (DÓRIA, 1958, p. 13)

Para Rodrigues Dória, é irresistível o fascínio exercido pelas "[...] drogas estimulantes e narcóticas sobre o organismo humano, muito principalmente [...] se alguma tara degenerativa existe congenitamente, ou se vícios anteriores predispuseram a economia a novos vícios" (DÓRIA, 1958, p. 11). Mas, para além dos determinantes congênitos, cita mais "causas do vício": a dor física, os pesares, a imitação, o hedonismo, a vida indisciplinada... Para "[...] extinguir, ou dominar o vício" (Idem, p. 11), o autor recomenda proibir o comércio; já na esfera do tratamento, a recuperação exigiria do toxicômano a "[...] capacidade revigorante do ânimo do vicioso e da disciplina de sua vontade, sem a qual a nada se pode obter" (Ibidem, p. 12).

Ideias associadas à teoria da degenerescência aparecem em diversos momentos. O diambista seria, em um só corpo e ao mesmo tempo, fruto e árvore da degeneração: por um lado, seu "terreno está preparado"; por outro, será o responsável por repassar a "tara degenerativa" à sua prole (DÓRIA, 1958, p. 11). Nos "[...] degenerados e tarados [...] o hábito se estabelece" (Idem, p. 11); por outro lado, há aqueles que, livres de tais heranças, poderiam até mesmo fazer bom uso da droga:

> São os sóbrios, como os há em relação ao álcool, que parcimoniosamente usado, pode até [...] fazer desprender as energias latentes após o esgotamento das fadigas do dia, assim como fez o açúcar que se ajunta às águas gasosas, provocando novo desprendimento do ácido carbônico. (DÓRIA, 1958, p. 11)

Tais elementos serão encontrados no discurso científico dos anos subsequentes. As referências históricas, etimológicas, antropológicas, a menção à predominância do uso entre as classes populares, as citações literárias... Tudo isto seguirá compondo a uma discursividade sobre o uso das "[...] sumidades floridas da planta aqui denominada *fumo d'Angola*, *maconha* e *diamba*" (DÓRIA, 1958, p. 2), por pelo menos algumas décadas. O lenitivo para as dores da alma é também o "fumo traiçoeiro", ao qual "[...] os abandonados da sorte se entregam ao domínio da erva; se não é um forte, o naufrágio é irremediável" (Idem, p. 11-12). O diambista é, pois, um fraco, e por ser fraco, quer

imitar aos que assiste no uso (Ibidem, p. 12). Hedonista, sua vida é "[...] sempre ávida de novas e estranhas sensações, que é o apanágio dos gozadores e sibaritas[21]" (Ibidem, p. 12). Fraco, degenerado, hedonista, promiscuo. Eis o diambista.

Um artigo de Francisco Iglésias, publicado em 1918, guarda algumas semelhanças com o texto de Dória, iniciando uma linha histórica de repetições que vai persistir ao longo de décadas: inicia com alguns comentários sobre as formas de cultivo da maconha, passa por elementos de caráter historiográfico, descreve algumas formas de uso recorrentes no Brasil, até finalmente chegar ao que há de novidade em seu escrito: a descrição do que irá chamar de "clubes de diambistas", a partir de suas observações no nordeste brasileiro. A narrativa possui tal requinte literário, que justifica plenamente o longo excerto abaixo:

> Os fumantes reúnem-se, de preferência, na casa do mais velho, ou do que, por qualquer circunstância, exerce influência sobre eles, formando uma espécie de clube, onde, geralmente, aos sábados, celebram as suas sessões.
>
> Colocam-se em torno de uma mesa e começam a sugar as primeiras baforadas de fumaça da *Cannabis sativa*.
>
> Depois de alguns minutos, os efeitos começam a fazer-se sentir.
>
> O indivíduo apresenta os olhos vermelhos. Os músculos da face se contraem, dando ao rosto expressão de alegria ou dor; a embriaguez não tarda e com ela o cortejo dos seus vassalos; o delírio aparece agradável, dando bem estar, trazendo à mente coisas agradáveis, vai aumentando, até a loucura furiosa que toma diversas modalidades, segundo o temperamento de cada indivíduo. (IGLÉSIAS, 1958, p. 18)

Clube de diambistas, dos haxixins, *fumerie*, opiário, roda de fumo, de pico, brete, mocó... Em uma crônica de 1903, João do Rio (2008, p. 108) visita uma casa de ópio no centro do Rio de Janeiro, onde um grupo de chineses, "[...] reclinados em esteirinhas diante das lâmpadas acesas, se narcotizam com o veneno das dormideiras". Já Edward MacRae (2004, p. 71), que fez sua etnografia junto a rodas de fumo na segunda metade dos anos 80, em Salvador, reconhece entre os usuários que entrevistou uma tendência de usar a maconha "[...] somente em ocasiões especiais e quase sempre em grupo". Contemporaneamente, Taniele Rui (2014) descreve assim os locais de uso de drogas que conheceu em seu trabalho de campo:

[21] Sibarita: ***s m+f*** (***gr sybarítes***) **1** Habitante ou natural de Síbaris, antiga cidade grega da Itália meridional, na Lucânia, célebre pelo amor que seus habitantes tinham ao luxo e aos prazeres. **2** Pessoa que tem essa propensão. ***adj m+f*** Diz-se da pessoa muito aferrada ao luxo, aos regalos licenciosos e aos prazeres sexuais (segundo o Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa).

> Algumas passadas e comecei a ver os primeiros *mocós*: as pessoas abriam caminho por entre o mato, colocavam fogo em algumas partes para diminuí-lo e faziam dali um lugar para consumo de crack, maconha e cocaína. Era uma terça-feira, mais ou menos quatro horas da tarde. Alguns *mocós* estavam vazios. Fui em direção a um deles para melhor observar: muitos plásticos verdes e pretos recortados em formato quadrado pequeno, palitos de fósforo, isqueiros, restos de alimento, roupas, cobertores, cartões telefônicos, alguns tocos de madeira, latas de alumínio grandes, latas de refrigerante, excreções humanas e sacolas plásticas despedaçadas. Além desses elementos comuns, cada um dos que fui vendo na sequência era organizado de um jeito. Um tinha compensados de madeira forrando o chão, evitando o contato direto com a terra. Em outro, cobertores foram amarrados entre dois galhos de árvore, buscando fugir do insistente sol de fevereiro. Passamos por uns três ou quatro vazios, antes de eu ver alguém. (RUI, 2014, p. 132)

Cenários que se apresentam em diferentes padrões de simplicidade. Das bucólicas reuniões sertanejas à leveza das rodas de fumo organizadas por jovens universitários, do calor úmido das casas de ópio cariocas do início do século XX à miséria dos mocós paulistas dos anos 2000, incluindo (por que não?) uma rápida parada nos *bretes* descritos pelos redutores de danos que trabalharam junto a pessoas que usam drogas injetáveis na segunda metade dos anos 90. Nada do glamour do Clube dos Haxixins (GAUTIER, 1983), organizado por Moreau de Tours[22] nas dependências do Hotel Lauzin, em Paris, e que reunia artistas e intelectuais como Baudelaire, Balzac, Manet, nem a praticidade comercial dos *coffee shops* holandeses, muito menos a hospitalar assepsia das salas de uso seguro canadenses.

Mas além do conteúdo, vale observar também a forma deste fragmento, que remete à antropologia clássica, especialmente no que tange a uma certa etnografia dada a mistificação etnocêntrica das práticas sociais descritas. Um ritual secreto, sustentado por uma exótica irmandade de degenerados: discursividades que se articulam quando o autor afirma que o diambista, na comparação com o bebedor, "[...] esconde seu vício, vai fumar às escondidas, não quer que saiba, nega-o sempre que é interpelado, a não ser que seja um diambista inveterado, que o idiotismo esteja apontando, implacavelmente para seu miserável vulto" (IGLÉSIAS, 1958, p. 18). Exotismo exacerbado pela citação de um peculiar canto cerimonial:

[22] Moreau de Tours, personagem importante na história das drogas e da psicofarmacologia, já havia sido citado nesta tese, por seus estudos a respeito do haxixe como droga capaz de emular sintomas de transtornos mentais. Médico na Salpêntriere, De Tours acreditava que o haxixe poderia induzir estados de loucura em ambiente e tempo controlados, permitindo observar amiúde os estágios de desenvolvimento de doenças mentais (FOUCAULT, 2006b, p. 360).

> Ó diamba, sarabamba!
> Quando eu fumo a diamba,
> Fico com a cabeça tonta,
> E com as minhas pernas zamba.
>
> Fica zamba, mano? (pergunta um)
> Dizô! Dizô! (respondem todos em coro)
>
> Diamba mato Jacinto,
> Por ser um bom fumadô;
> Sentença de mão cortada,
> Pra quem Jacinto Matô.
>
> - Matô, mano, matô?
> Dizô, Dizô! (IGLÉSIAS, 1958, p. 19)

Os versos da cantiga ritual, além do exotismo, também reforçam a ligação do uso de maconha com as classes populares. Poucos anos depois, Adauto Botelho e Pernambuco Filho (1958) publicam um texto curto sobre o "vício da diamba", no qual citam o artigo de Francisco Iglésias, e também trazem este olhar para o uso da diamba entre trabalhadores rurais do sertão, citando a obra de Alberto Deodato, à qual busquei a fim de conhecer o texto para além da citação dos autores:

> Ignácio ia iniciar-se. Conhecia de nome a maconha, e uma vez mesmo, novinho ainda, um fumador botara-lhe a maricas na boca.
>
> Todos ali eram velhos beberrões. Chico não tinha lá muitos meses de vício. Fumara-a, pela primeira vez, há três meses apenas, naquela mesma casa, depois de um desgosto que lhe dera a filha, fugindo com um palhaço de circo por esses mundos de Deus...
>
> A maconha foi-lhe uma salvação. Avivou-lhe a cabeça e, de amuado que andava, tornou-se outro homem: alegre e falador. Que lhe importava o dito do povo de que, mais cedo ou mais tarde, ele havia de ficar como o Néo, esquecido, tremendo, fazendo careta, inchando, falando só...
>
> Já tinha gozado muito. Depois era que o diabo não o deixaria mais. Na quarta-feira, chovesse ou fizesse sol, havia de tirar seu trago na maricas, fosse onde fosse.
>
> O seu companheiro, o que até ali não dera palavra, tinha aquele pesadelo eterno no semblante. O diabo esquecera até da fala! Com os cabelos crescidos, amarelão, o bigode desleixado, a barba falha, olhava serenamente com aqueles olhos fechados, chineses, escleróticos, o ambiente sórdido, com um riso murcho na rústica, de lábios arroxeados...
>
> Néo arrumava sobre a esteira a maricas, o molhe de maconha, cuidando dos preparativos, com aquele prazer egoísta, seu, em primar como veterano no vício... E trazia aos poucos as drogas, cheirando a planta com volúpia, beijando a maricas, abraçando-a, antes de coloca-la sobre a esteira.
>
> Olhava-a longamente, ébrio de alegria, e ia buscar outro objeto tremendo, esfregando as mãos, satisfeito.

> Ignácio olhava tudo, suspenso, indiferente à ânsia e ao prazer antegozado por seus companheiros. Afinal, Néo sentou-se à cabeceira.
>
> A luz macerava as caras rústicas dos degenerados, afundando-lhes os olhos, pondo-lhes em relevo a ossatura.
>
> Néo, com os beiços arregaçados, exibindo as gengivas roxas, os braços cruzados beaticamente nos peitos, os olhos quebrados, regougou, sonambulamente:
>
> - Maricas, minha maricas,
> Maricas do Néo cangonha:
> Eu morro de boca torta
> De tanto fuma maconha. (DEODATO, 1922, p. 55-60)

Mas é preciso que se diga que este exotismo só é associado aos usos de algumas drogas. O ópio, como explica Thamires Sarti, teve sua vinculação aos chineses iniciada com os noticiários sobre a guerra do ópio, mas tal discursividade persistiria para além do conflito, e "[...] continuaria aparecendo vez ou outra nos jornais, na literatura brasileira e internacional e até no manual de Chernoviz" (SARTI, 2015, p. 40). Já a maconha, como referido no texto de Rodrigues Dória, será considerada uma droga de negros e indígenas, bem como de caboclos e pescadores do norte e nordeste do Brasil.

Em ambos os casos, tratam-se de drogas distintas daquelas utilizadas pelo civilizado homem urbano, educado segundo os moldes europeus, cosmopolita morador da "Paris Tropical". Estes preferem os "vícios sociais elegantes", expressão que é o próprio título de uma das mais importantes obras brasileiras sobre o tema durante o início do século XX. Já nas primeiras páginas, Pernambuco Filho e Adauto Botelho alertam para o aumento do problema: em 1912, a cocaína ainda não seria conhecida no Brasil, e o ópio, que seria consumido apenas por imigrantes chineses; apenas 12 anos depois, ambas já teriam se espalhado pela sociedade brasileira, ou pelo menos pela Capital Federal (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 13).

> Julgam os adeptos desses vícios, que assim como outrora o tabaco sofreu todas as perseguições e sobreviveu a todas elas, igual sorte terão suas drogas favoritas. Urge pois que a luta contra esta plêiade de insanos que cresce dia a dia, seja tenaz e sem esmorecimento, em bem da eugenia e sobretudo no que diz respeito, para que não assistamos de braços cruzados à degeneração de nossa raça. (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 14)

Definem toxicomania como "[...] o desejo constante [...] de usar tóxicos, a fim de obter com eles, ora sensações prazenteiras, ora um estado especial de bem estar que com a continuação vem produzir graves danos" (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 20). Falam sobre dois tipos distintos de alcoolistas (os acidentais e

os constitucionais), e afirmam que os primeiros são tipos muito raros, já que "[...] os toxicômanos na sua quase totalidade são indivíduos nos quais [...] encontraremos sempre uma tendência mórbida para os erros do pão ou do amor como se vivessem eternamente insatisfeitos" (Idem, p. 20). Discordam da definição de toxicomania como "doença da vontade", pois esta só seria fraca diante das tentativas de abandonar o uso, sendo forte, entretanto, nos momentos em que os toxicômanos buscam suas drogas de preferência. Ao toxicômano faltaria caráter, não inteligência.

> Os toxicômanos formam uma verdadeira raça intelectual à parte, com uma degeneração psíquica especial; falsos nas suas promessas, mentirosos inteligentes e por cálculo, degradados morais que escondendo apenas no início o seu vício, têm gáudio pouco depois em proclamá-lo, mentindo em relação à sua dosagem habitual e aos meios de adquirir o tóxico, como se isso lhes fosse um padrão de glória. (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 22)

Para os autores, os toxicômanos já apresentam "[...] desordens de afetividade, de iniciativa, éticas, de moral" (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 23), antes mesmo de iniciarem o uso, dando a "[...] impressão de que viveram sempre na ânsia de conseguir alguma coisa que lhes completasse a eurritmia da vida e que uma vez provado o tóxico, encontram o estímulo há tanto tempo esperado" (Idem, p. 22). Degenerados e geneticamente defeituosos, seriam, por fim "[...] física e moralmente desequilibrados, morbidamente predispostos, nevrosados, dados às imaginações doentias" (Ibidem, p. 22).

Com respeito às abordagens terapêuticas, estas guardariam especificidades para cada vício elegante. Para a cocainomania, recomendam os autores a retirada brusca em leito hospitalar, com administração de injeções de cafeína e óleo canforado (a retirada gradual seria indicada apenas às pessoas com problemas renais e cardíacos). A internação deveria ter no mínimo três meses, com isolamento total, e "[...] a psicoterapia deve ser feita neste período com tenacidade e paciência" (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 54). Já a eteromania não geraria nenhum "estado de necessidade", e o tratamento recomendado seria a internação para reeducação. A desintoxicação seria "fácil e rápida", e nos casos mais graves, recomendam "[...] balneoterapia, inalações de oxigênio para favorecer a eliminação pelo aumento das combustões orgânicas" (Idem, p. 62-63). Para a dependência de ópio e seus derivados, seria necessária internação e constante vigilância. A retirada súbita seria perigosa, podendo levar inclusive ao óbito. Relatam um tratamento por hiperpurgação, que consistia em induzir de 40 a 50

evacuações num período de 36 horas, como forma de esvaziar o organismo de suas reservas internas da droga; ao longo deste período, proceder-se-iam de 4 a 5 injeções com doses menores que as habituais. Os autores defendem o que chamam de "método de Erlenmeyer": reduzir à metade a dose habitual, desde o início do tratamento, e seguir diminuindo até a retirada completa, em dez dias. Paralelo a isto, recomendam o uso de purgantes associados a uma dieta hipercalórica, e o uso de sedativos para ajudar com o sono (Ibidem, p. 98-101).

Erlenmeyer ficou famoso ao polemizar com Freud, negando todo e qualquer uso terapêutico da cocaína, à qual considerava um dos três flagelos da humanidade, juntamente com a morfina e a aguardente (ESCOHOTADO, 2008, p. 461). Graças a um artigo em que aborda conjuntamente os problemas decorrentes do uso de morfina e cocaína, o neuropsiquiatra alemão teria sido o precursor de um tipo de abordagem que não "[...] fala tanto de drogas, mas *da* droga" (Idem, p. 462). Além disto, o áspero encontro de Erlenmeyer e Freud, duas personalidades afetas à polêmica, também teria sido o precursor de outro fenômeno relevante no cenário reflexivo das drogas: "uma espécie de diálogo de surdos que continua até hoje" (Ibidem, p. 463).

Em minhas pesquisas, não cheguei a encontrar nenhuma outra referência ao "método de Erlenmeyer" de que falam Pernambuco Filho e Adauto Botelho, no capítulo dedicado ao tratamento para a dependência de opiáceos. Não obstante, as poucas palavras permitiram recordar de algo que encontrei, não em um artigo científico, mas sim em uma obra literária. Em "Junky", Bourroughs refere uma tal "cura chinesa", que lembra em muito o descrito pelos médicos brasileiros como sendo uma criação do inimigo de Freud:

> Eu tinha planejado cuidadosamente um esquema. Deveria durar doze dias. Eu levava o junk em solução num frasco; num outro, água destilada. Sempre que eu enchia o conta-gotas de junk para um pico, eu repunha no frasco de herô a quantidade equivalente de água destilada. No final, estaria me aplicando água pura. Esse método é bastante conhecido de todos os junkies. Existe uma variação conhecida como "cura chinesa", na qual se utiliza ópio e água tônica. Depois de algumas semanas, você está tomando apenas água tônica. (BOURROUGHS, 2013, p. 80)

Pode parecer estranho trazer Bourroughs. Um *beatnik* estadunidense em uma discussão brasileira? Literatura e ciência frente a frente? Confrontar um texto de 1924 a um dos anos 50? Médicos e pacientes em pé de igualdade? Ocorre que esta estratégia de diminuição gradual da quantidade de droga, citada por médicos brasileiros em uma

publicação dos anos 20, interpela-me como agente informado e inserido no campo de lutas constituído em torno do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil do século XXI. Técnicas como esta, hoje, são posicionadas como abordagens imanentes ao universo da RD, terapia de substituição, troca de seringas e política de dispensação de opiáceos. Seria, pois, uma técnica heterodoxa, e sofreria críticas brutais por parte de setores mais conservadores. Não deixa de ser curioso, portanto, vê-la referenciada por autores tão moralistas e preconceituosos.

Um dos vícios sociais elegantes descritos no livro de Pernambuco Filho e Adauto Botelho, em 1924, é a cocaína, "[...] rival poderosa da morfina em suas tétricas conquistas e não tardou em ofuscar a fama de sua irmã mais velha, contribuindo para engrossar a hostes pletóricas dos viciados e toxicômanos" (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1924, p. 26). Mas a escrita cuidadosa dos psiquiatras não foi a única a registrar o novo hábito que medrava nas ruas da capital federal, à época:

> Só o vício me traz
> Cabisbaixa me faz
> Reduz-me a pequenina
> Quando não tenho à mão
> A forte cocaína
>
> Quando junto de mim
> Ingerida em porção
> Sinto só sensação
> Alivia-me as dores
> Neste meu coração
>
> Sinto tal comoção
> Que não sei explicar
> A minha sensação
> Louca chego a ficar
> Quando a sinto faltar
>
> Esse sal ruidoso
> Que a mim só traz gozo
> Somente de olhar
> E para esquecer
> Eu começo a beber
>
> Quando estou cabisbaixa
> Chorando sentida
> Meio entristecida
> É que o vício da vida
> Torna a alma perdida
>
> Louca hás de voltar
> Vendo-me estrangular
> Para o vício afogar
> Neste toque fugaz
> Que me há de findar

Ai, ai... És a gota orvalina
Só tu és minha vida
Só tu ó cocaína

Ai, ai... Mas que amor purpurina
É o vício arrogante
De tomar cocaína (SINHÔ, 2006, p. 96-97)[23]

A canção nunca chegou a ser gravada, o que não impede de ouvir uma versão no YouTube, na voz de Anabel Albernaz, no espetáculo "Teatro musical brasileiro", de 1994, que levava ao palco fragmentos do teatro de revista produzido no Brasil entre 1915 e 1945. A atriz não deixou por menos em sua homenagem, e reproduziu inclusive a polêmica dedicatória feito por Sinhô à época: "Ao carinhoso amigo Roberto Marinho". A canção permite vislumbrar um pouco do que dizem os autores de "Vicios sociaes elegantes" com relação à penetração da droga no período da *Belle Époque*.

Ainda que Pernambuco Filho e Adauto Botelho abordem as terapêuticas específicas para a dependência de diferentes drogas, eles não se furtam à reflexão sobre aspectos gerais do tratamento das toxicomanias. O capítulo sobre os procedimentos de internação (intitulado "Sobre a reclusão para o tratamento") é extremamente relevante para a discussão que busco fazer nesta tese, e isto justifica a longa citação que segue:

> No que concerne ao tratamento dos toxicômanos, em geral, somos infensos à ideia de um pavilhão único destinado a cada sexo para curar estes infelizes.
>
> Quem adquire prática de lidar com tais doentes, convence-se de que, deixar toxicômanos juntos em fases diversas da cura, além de contraproducente ao tratamento, é nocivo aos que têm vontade de sanar. Reunidos estes pacientes, uns em vários períodos de abstenção, outros já livres do tóxico, porém ainda em estado de necessidade, tudo fazem em comum acordo, para burlar a vigilância exercida. Acresce ainda que, ao que está sofrendo de privação do tóxico, o saber que um companheiro toma doses altas, é motivo para maior padecimento e revolta contra tudo e todos. Não têm outro assunto, viciados juntos, senão a toxicomania; e os mais inveterados e tomadores de grandes doses, vão despertar nos outros a vontade de alcançar a cota habitual do companheiro, ou por curiosidade e expectativa de melhores sensações, ou por vergonha de ter usado menor dose. A cura nesta emergência é ilusória e o indivíduo só espera a saída para voltar à vida anterior. Esta nossa observação é exata, e temos verificado ainda que pela influência da palestra entre eles, muitos trocam o tóxico ou o seu modo de administração, depois de obtida a alta.

[23] A falta de uma gravação em CD ou LP obriga-me a fugir de minhas preferências, tendo de citar a canção, não em sua forma musical, mas na versão impressa registrada por Beatriz Resende em sua coletânea de obras brasileiras não científicas sobre drogas. Por isto o ano referido é 2006, e não 1923, quando a canção foi efetivamente composta.

> Os doentes mais rebeldes e caprichosos, indisciplinados pela índole mórbida, e sempre revoltados, lançam mão de todas as armas ao alcance, intriga, maledicência, falsidade, para estabelecer a rebelião no estabelecimento que os guarda. Quando não fosse isso bastante, a ideia de um só pavilhão seria ainda desvantajosa porque na fase de supressão, apresentam um verdadeiro ataque de psicose aguda, com todo o cortejo da excitação motora e psíquica, impedindo de dormir e repousar os demais doentes. (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 104-105)

Rebeldia, capricho, indisciplina. É no campo da moral que tais sintomas se situam. Moral em oposição ao trabalho clínico? Clínica moral? O tratamento moral de Pinel é um construto historicamente situado, ou suas influências persistiriam? No campo dos cuidados para pessoas que usam drogas, esta persistência seria residual, ou hegemônica? Sem responder de imediato, retorno ao excerto para observar algumas características do modelo de internação proposto. Diferentemente de outras doenças, quando a hospitalização determina o repouso e permite a proximidade com certas tecnologias de cuidado, o que está no centro da intervenção aqui é o isolamento em si, que é a própria tecnologia. Assim, as intervenções não passam de técnicas de gestão do convívio entre os internos: debelar os grupinhos, separar pessoas em diferentes estágios de recuperação, e com distintos níveis de motivação.

Também chama atenção o fato de que todos os possíveis problemas citados, para os quais serão necessárias as técnicas de esquadrinhamento acima referidas, são sempre provocados pelos próprios pacientes. Perigosos uns para os outros, perigosos para a sociedade, perigosos até mesmo para os próprios profissionais envolvidos com o cuidado, é preciso proteger-se deles, que se utilizarão da intriga, da maledicência e da falsidade para promover um clima de rebelião. E mesmo sem intencionalidade, quando o período inicial de abstinência induzir a um surto psicótico, ainda assim será preciso proteger pacientes de pacientes. No fim das contas, parece não haver nenhuma vantagem em manter pessoas que usam drogas sob um mesmo teto hospitalar, pois que tudo neste convívio aponta na direção da conspiração para o motim ou o boicote.

Antes de seguir para além da reclusão, quero retomar o ponto em que os autores propõem pavilhões separados por gênero. Até este momento do texto, havia pouquíssimas menções ao gênero feminino: o frequente uso de drogas entre prostitutas, o caso de uma mulher que é induzida ao vício por seu marido, e uma cantora italiana que se tornou cocainômana depois de ter sido convencida de que isto a faria crescer em sua carreira artística (PERNAMBUCO FILHO & BOTELHO, 1958, p. 34-37). De um

lado, a perversão de "[...] cerca de 2/3 das prostitutas no Rio de Janeiro que fazem uso de cocaína", e que promovem "[...] o contágio facílimo no mundo *chic*" (Idem, p. 27); do outro, a fragilidade expressa no relato de uma mulher que sofria "[...] intensas alucinações visuais terroristas, com visões de ratinhos e baratas, apavorantes sobretudo para sua psique de mulher" (Ibidem, p. 35).

Ou *Femme fatale* perigosa, ou mulher frágil e vulnerável. Extremos. Na discursividade médica e psiquiátrica, à semelhança das narrativas bíblicas, a mulher como criatura irreal e diáfana, à qual nunca se chega. Buscando-a, reporto-me mais uma vez a literatura. Em 1922 – portanto apenas dois anos antes do lançamento de "Vicios sociaes elegantes" -, um livro descreve a vida de mulheres durante a *Belle Époque*. Nas primeiras páginas, a protagonista explica sua decisão de escrever tudo o que lhe ocorre, depois de ser diagnosticada como uma "enervada":

> Eu sou, então, uma "enervada"; e tudo isso que me atormenta, de dia e de noite, esse atropelo de pensamentos, essa ânsia de gozar a vida, de não perder um bom pedacinho dela, de amar exaltadamente, de aborrecer depois fastidiosamente o que ontem eu adorava, serão os sintomas dessa moléstia que me atacou sem que eu lhe soubesse o nome? (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 4)

Beatriz Resende considera que o romance de Chrysanthème talvez seja "[...] o melhor exemplo de esquecimento, voluntário ou não, em que cai parte da malcomportada literatura que designamos como *art-déco*" (RESENDE, 2006, p. 18). Segundo a organizadora do livro "Cocaína: literatura e outros companheiros de solidão", este esquecimento só pode ser explicado pelo que significava, em si mesmo, um livro "[...] escrito por uma mulher, falando de uma personagem mulher disposta a cometer todos os excessos da última moda das *garçonnes* parisienses, do amor livre ao uso de drogas" (Idem, p. 19). Beatriz poderia citar ainda uma crítica à medicalização do feminino, e em especial das ditas "melindrosas" dos anos 20, que emerge de uma protagonista indignada com o diagnóstico que lhe foi conferido pelo médico Maceu:

> Sob influência desse desejo de provar a Maceu que ele não entende nada de moléstias femininas e que não me impôs nenhum terror com seu diagnóstico pomposo de "enervada", saltei, como disse, lépida e viva da cadeira, corro à mesa, e, diante de um mimoso papel de cartas, comprado para enviar a Roberto as frases de amor que me brotam da mente, quando ouço uma mórbida valsa lenta ou um fogoso tango americano e leio alguns versos de Geraldy, principio a escrever a história da minha moléstia, que penso não ser moléstia, mas eflúvios de uma mulher de sua época. (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 6)

Voltarei à Chrysanthème mais adiante. Pernambuco Filho e Adauto Botelho (1924, p. 130) avançam, abordando aspectos legais do uso e comércio de drogas, bem como a questão da adesão brasileira à Convenção Internacional do Ópio, que já havia sido problematizada por Silva Araujo quatro anos antes. Quanto à problemática médico-legal, afirmam um certo consenso sobre a responsabilidade atenuada, ou mesmo irresponsabilidade penal. Citam autores que falam em *loucura toxicômana* (irresponsabilidade penal), *semiloucura toxicômana* (responsabilidade atenuada) e o *temperamento toxicômano* (responsabilidade plena). Os autores discordam desta última classificação, pois entendem que a mesma apenas faria sentido para diagnosticar pessoas que talvez viessem a usar drogas; no entanto, como definir como toxicômano alguém que jamais usou? Seria, pois, nas palavras dos autores, não um toxicômano, mas um "*simples degenerado*" (Idem, p. 116).

Antes de dar passagem ao avançar da história, é preciso que eu me detenha um pouco mais nestes conturbados anos 20, para falar da fundação de uma entidade que estenderá sua influência, não apenas no campo da saúde, mas sobre a realidade política brasileira como um todo. Mas, para que uma entidade possa nascer, é preciso um período prévio de gestação... Será preciso, portanto, retornar ao século XIX, mais precisamente ao Rio de Janeiro da década de 1830, quando "[...] um grupo de médicos, higienistas na sua maioria, começa a pedir, entre outras medidas de higiene pública, que se construa um hospício para os alienados" (COSTA, 1976, p. 23). Convencido, o imperador Dom Pedro II ordena a construção do hospício que teria seu nome, e que foi inaugurado em 1852 (Idem, p. 24). Mas até Juliano Moreira, que seria indicado para a diretoria do Hospício Dom Pedro II pelo então presidente Rodrigues Alves em 1902, "[...] a psiquiatria brasileira tinha se limitado a reproduzir o discurso teórico da psiquiatria francesa e, a seguir, a prática ditada pelo pessoal leigo ou religioso, encarregado da administração dos hospitais" (Ibidem, p. 26). Insatisfeitos, os psiquiatras brasileiros tentaram "[...] transformar essa situação, inaugurando uma psiquiatria cujos fundamentos teóricos, práticos e institucionais constituíram um sistema psiquiátrico coerente" (Ibidem, p. 26).

A partir daí, leis e instituições serão criadas, a psiquiatria será reconhecida como especialidade médica, as primeiras revistas serão fundadas, e manicômios irão se espalhar por todo o Brasil (COSTA, 1976, p. 25). Estes avanços, entretanto, irão conviver com a dificuldade dos psiquiatras "[...] em delimitar o campo próprio à

psiquiatria" (Idem, p. 26). Tributários do modelo organicista alemão, estes pioneiros acreditarão que a biologia poderia não apenas "[...] explicar o funcionamento psíquico e cultural da sociedade", como também "[...] determinar o modo concreto de organização e funcionamento de todas as instituições sociais, desde a família até o Estado" (Ibidem, p. 27). É neste contexto que nasce a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM).

Fundada em 1923, a LBHM tinha como principal objetivo "[...] melhorar a assistência aos doentes mentais através da renovação de quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos" (COSTA, 1976, p. 31). A partir de 1926, entretanto, o esforço preventivo torna-se o elemento central, e a "[...] eugenia foi o artefato conceitual que permitiu aos psiquiatras dilatar as fronteiras da psiquiatria e abranger desta maneira, o terreno social" (Idem, p. 33). Mas Jurandir Freire Costa chama atenção para o fato de que, para que pudesse estar presente desde a fundação da Liga, a eugenia teria de necessariamente precedê-la; a psiquiatria brasileira "[...] simplesmente reelaborou, à sua maneira, a discussão de um tema corrente nos meios intelectuais da época" (Ibidem, p. 35):

> A questão do cuidado eugênico da "raça brasileira" foi introduzida no Brasil de início pelos intelectuais e só em seguida pelos médicos. Os historiadores, sociólogos, antropólogos, literatos, etc., foram os primeiros a difundir na cultura brasileira as ideias de eugenia, originárias dos meios intelectuais europeus do começo do século XX. (COSTA, 1976, p. 35)

O tema do uso de álcool se fez presente no rol de preocupações dos eugenista brasileiros desde os primeiros anos da fundação da LBHM. Em um artigo publicado na terceira edição dos Archivos Brasileiros de Hygiene Mental (ABHM), Juliano Moreira defendia que se afastassem "[...] os anormais da possibilidade de reprodução", por meio de "[...] uma forma moderna que prescreve esterilizar alienados delinquentes, degenerados alcoólicos inveterados, quer como penalidade, quer como profilático" (MOREIRA *apud* COSTA, 1976, p. 44-45). Mas será a partir do governo nacionalista de Getúlio Vargas que o combate ao uso de álcool se tornará a maior prioridade da LBHM, que fará ao governo exigências cada vez mais autoritárias:

> Essas exigências excessivas eram claramente desproporcionais ao alcance real dos fatos. O alcoolismo, embora fosse um problema efetivamente grave na época, estava longe de ser o flagelo em que os psiquiatras queriam transformá-lo. As medidas repressivas pedidas para o combate ao alcoolismo revelavam não a importância do problema, mas as crenças que eles tinham na possibilidade de intervir eugenicamente no nível da sociedade. (COSTA, 1976, p. 48)

Nos anos 30, a LBHM acompanha a radicalização do discurso eugênico oriundo da Alemanha nazista, "[...] que ultrapassavam qualquer preocupação psiquiátrica", e os escritos passam a expressar "[...] um ódio racista totalmente deslocado dentro de um texto psiquiátrico" (COSTA, 1976, p. 55). Mas ultrapassar não significa abandonar, e uma rápida consulta nos sumários das revistas da liga permite observar que o alcoolismo seguiu sendo um tema caro à instituição, até sua última publicação, em 1947.

> Em resumo, os métodos autoritários pedidos pelos psiquiatras para fazer face ao alcoolismo e a doença mental em geral, derivavam da convicção pessoal que eles tinham, quanto à maneira de bem governar um povo ou um país.
>
> No caso do alcoolismo, isto é mais que evidente. Os psiquiatras não possuíam nenhuma prova clínica ou estatística que pudesse justificar o excesso de repressão desejado para combater esta doença. Do mesmo modo, em nenhuma outra corrente psiquiátrica da época, salvo a alemã, poder-se-ia encontrar a caução teórica de uma prática psiquiátrica que se permitisse o uso de métodos policialescos em nome do tratamento da doença mental. (COSTA, 1976, p. 84)

Ainda que ressalte o esforço repressivo, Jurandir Freire Costa é muito feliz na escolha da expressão "bem governar" para definir o projeto da LBHM. Numa perspectiva foucaultiana, que dirige o foco de observação para a dimensão positiva do poder, este esforço para o aperfeiçoamento moral da raça brasileira, que inclui de modo importante o desenvolvimento de ações preventivas, inclusive em escolas, pode ser definido como governamentalidade. Neste sentido, as campanhas antialcoólicas eram "[...] cruzadas moralizadoras que visavam extirpar os vícios e a devassidão, que os psiquiatras supunham existir na sociedade brasileira" (COSTA, 1976, p. 85).

Um personagem importante quando se pensa no modo como a LBHM articulava suas reflexões ao tema do alcoolismo é Ernani Lopes. Entre as décadas de 1910 e 1950, ocupou cargos importantes, não apenas na Liga (da qual foi secretário geral e presidente), mas em uma série de outras instituições públicas e privadas, nacionais e internacionais, especialmente relacionadas ao enfrentamento do álcool. Publicou dezenas de artigos em revistas, livros e jornais, muitos dos quais dedicados ao tema do alcoolismo. E além dos artigos, Lopes também se destacou por uma intensa atuação pública, remetendo missivas e organizando eventos, a exemplo da semana antialcoólica, em que se buscava uma concentração e articulação de ações voltadas à difusão da perspectiva eugênica a respeito do alcoolismo, e o convencimento de autoridades públicas e lideranças da sociedade civil.

Uma dessas ações públicas está registrada na edição dos ABHM de abril de 1930, e se refere a um documento oficial enviado ao subdiretor técnico da instrução pública municipal do Rio de Janeiro em outubro de 1929. O ofício, com uma série de recomendações sobre "instrução antialcoólica" voltada a jovens estudantes, foi publicado na íntegra. Abaixo, um excerto:

> Como V. Exa., porém, não ignora, o grande objetivo visado pelos verdadeiros seguidores da temperança, de acordo com os princípios da psicologia e da higiene mental, é conseguir o abstencionismo total "voluntário" do maior número possível de pessoas, a fim de preparar o ambiente para a aceitação das futuras medidas proibicionista radicais. (LOPES, 1930, p. 133)

O texto segue na defesa da ação profilática junto aos estudantes, "[...] pois sem tal trabalho preliminar não será certamente possível enxertar fundo no inconsciente da criatura humana o pavor pelas bebidas alcoólicas" (LOPES, 1930, p. 133). Para tanto, seria necessário convencer antes aos próprios professores, pois teriam de ser, estes também e sobretudo, abstinentes. Não deixa de ser curioso, aos olhos de hoje, perceber que o foco na infância e na adolescência não se devia tanto ao fato de serem estas fases da vida especialmente vulneráveis ao uso de álcool, como ocorre hoje no âmbito da discursividade preventiva (e como veremos mais à frente, pelo menos desde os anos 40), quando os jovens são vistos como público especialmente suscetível ao uso de drogas. No texto de Lopes, fica claro que o trabalho deve ser dirigido a este público, com foco nos adultos em que se tornarão.

Outro importante texto de Ernani Lopes nos ABHM é o editorial da edição de julho-setembro de 1933, intitulado "Liga de Hygiene Mental não é synonimo de Liga Anti-Alcoolica". Uma primeira questão a salientar diz da necessidade de um editorial que demonstre a existência de questões outras no universo de preocupações da LBHM; em segundo lugar, o esforço em não julgar às pessoas que não aderiam à abstinência absoluta, numa lógica distinta de outros textos do próprio Lopes, mais radicais; por fim, um elemento aparece no último parágrafo, quando se afirma que "[...] as leis repressivas deverão, tanto quanto possível, acautelar os interesses da indústria e do comércio de bebidas alcoólicas, propiciando a sua transformação em indústria e comércio de bebidas sem álcool" (LOPES, 1933, p. 194). *Não nos interessa apenas o álcool, tampouco exigimos que você pare de beber, mas queremos acabar com a produção de bebidas*: esta seria o discurso transversal ao editorial de 1933.

A revista da LBHM seguirá publicando artigos com sua visão sobre o uso de bebidas alcoólicas, e com o registro de suas ações públicas de combate ao alcoolismo. Ao longo dos anos, não apenas Ernani Lopes, como diversos outros autores dedicaram linhas ao uso de álcool. Na sua última edição, em julho de 1947, pode-se ler a transcrição de uma conferência proferida pelo Prof. Adauto Botelho na semana antialcoólica daquele ano, intitulada "Os perigos do álcool". Pondera que os eventuais prazeres do beber não justificariam os agravos decorrentes do consumo, e muito menos os gastos públicos com o tratamento dos alcoolistas (BOTELHO, 1947, 84-85).

Mesmo depois da derrocada do projeto nazista, mesmo depois de todo o descrédito a que os ideais eugenistas foram submetidos, e mesmo depois do suicídio de Getúlio Vargas e durante o governo democrático e liberal de Jucelino Kubitschek, a perspectiva eugênica seguiu influente no cenário brasileiro constituído em torno do tema das drogas, mesmo entre agentes governamentais. É o que se pode depreender das primeiras linhas do prefácio de Irabussú Rocha, diretor do Serviço Nacional de Educação Sanitária, à segunda edição do livro "Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros", lançada em 1958:

> Nosso objetivo autorizando a publicação de "MACONHA" pelo Serviço Nacional de Educação Sanitária é chamar atenção dos estudiosos e dos governos para o problema.
>
> Não é um problema nacional, é um problema mundial.
>
> Não é um problema novo, ele se perde no horizonte do tempo.
>
> Mas aí está ele desafiando a todos nós que cuidamos da eugenia da raça. (ROCHA, 1958, p. XIII)

Retorno aos anos 30, e encontro um artigo de fôlego, em que o agrônomo Antônio de Leonardo Pereira discute os aspectos intoxicantes da maconha, a partir da preocupação com o cânhamo industrial. Defende que se evitem as "fantasias literárias" para garantia da "verdade histórica". Cunha as expressões "diambonizado" e "canabalizado", e relata casos de pessoas que, sob efeito, cometem crimes e desatinos, afirmando que o "[...] intoxicado é um verdadeiro inconsciente", e que os efeitos de destruição da maconha "[...] são mais fortes que os do ópio, éter e do clorofórmio" (PEREIRA, 1958a, p. 53). A influência eugênica na reflexão sobre o uso de drogas continua presente, num trecho que bem poderia ser uma denúncia do preconceito, quando o autor afirma que "[...] o filho do intoxicado pela diamba é sempre um inferior, pois, este entorpecente tem poder estigmatizador, maior que o álcool" (Idem, p. 54).

Em 1934, José Lucena parte de observações com oito pessoas que usam maconha detidas pela polícia de Pernambuco. Frisa que todos pertenciam às classes desfavorecidas, sendo sobretudo negros e mestiços. Na contramão, entretanto, de muito do que se havia produzido até então, não crê em disposição racial, mas em determinantes meramente sociais. Cita estudos internacionais sobre opiomaníacos para falar sobre "imitação e contágio mental", além de "[...] predisposições constitucionais (desequilibrados, amorais, excêntricos), na gênese da toxicomania" (LUCENA, 1958a, p. 211). Aponta que três dos oito indivíduos observados por Ulisses Pernambucano eram débeis mentais, e diz que os "[...] indivíduos de inteligência pouco desenvolvida" são mais "[...] acessíveis a certas sugestões externas" (Idem, p. 211).

Lucena compara os efeitos do cânhamo indiano com a maconha encontrada no Brasil, dando conta de que a versão brasileira é muito menos tóxica. Por conta disto, tanto o maconhismo quanto os efeitos decorrentes do uso propriamente dito, demorariam mais para se instalar entre os brasileiros que em outros cantos do planeta, e isto sobretudo nos indivíduos mais resistentes. Cita algumas pesquisas internacionais para defender a tese de que o estado de espírito é importante na intensidade e na qualidade dos efeitos, e salienta que testes psicológicos foram realizados com os observados, em estado de sobriedade e também sob efeito, com pouca ou nenhuma diferença (LUCENA, 1958a, p. 211).

Afirma, mais adiante, que os usuários pernambucanos costumam usar "sua dose diária fracionadamente", o que determina uma "sintomatologia discreta". Não observou nenhum sintoma desagradável decorrente da interrupção brusca no uso. Não foram encontrados, nos observados, sinais de "enfraquecimento intelectual", tampouco qualquer experiência alucinatória. Encontra, isto sim, diversas modificações somáticas: modificações de fisionomia; palidez; secura na boca; estreitamento das fendas palpebrais; modificações de pulso, pressão arterial, temperatura, diurese, no sono e no apetite, na glicemia e no ritmo respiratório (LUCENA, 1958a, p. 229), e conclui propugnando ações que articulem saúde e segurança:

> Contudo a simples repressão alcançará pouco resultado, pois dos Estados vizinhos continuará a penetração em nosso território. Em tais condições uma ação conjunta das autoridades sanitárias e policiais dos Estados em que tenha feito incidência o maconhismo, se impõe. E é projeto da Diretoria de Higiene Mental, promover tal acordo, intensificando assim a luta pela erradicação da toxicomania. (LUCENA, 1958a, p. 238)

Um ano depois, Lucena publica outro artigo, dedicado ao caso de um homem de 50 anos de idade, que teria sido usuário de maconha por mais de 30 anos, à qual considerava sua conselheira (LUCENA, 1958b, p. 80). O autor aborda os riscos de psicose esquizofrênica, psicose maníaco-depressiva e demência precoce, associados ao uso de maconha, e defende a tese de que isto não se deveria apenas a droga, mas que também a estrutura de personalidade do usuário estaria associada a tais casos, explicando a imensa variedade de efeitos atribuídos ao uso (Idem, p. 81-82). Em 1939, Lucena (1958c) publica um artigo de revisão totalmente voltado ao tema das alucinações decorrentes do uso de maconha, basicamente confirmando todas as teses defendidas quatro anos antes.

É possível perceber, nos escritos de Lucena, um tom menos alarmista que em seus predecessores. Nada de referências à maconha como fator determinante à degeneração da raça, nenhuma comparação de seus efeitos ao ópio, além da ideia de que a planta brasileira seria menos potente que aquelas encontradas em outros países. Heitor Péres, num artigo publicado em 1939, segue esta mesma linha, polemizando com Francisco Iglésias ao defender a tese de que não se poderia falar em uma *diambomania* (uma toxicomania específica relacionada à maconha). Reporta-se a José Lucena para afirmar que a diamba não seria *habituógena*, e afirma que o tratamento não exige nenhuma especificidade, bastando afastar a pessoa do uso, o que não traria nenhuma crise de abstinência (PÉRES, 1958, p. 71).

> Quaisquer que sejam as manifestações clínicas da intoxicação pela diamba, seja qual for o estado mental do diambista, o que se observa, confirmado pela Comissão Estadunidense que bem estudou a *marihuana*, e pelos pesquisadores que se entregam ao estudo da maconha ou mesmo do *haschich*, é forçoso concluir, que a intoxicação diâmbica, ou similar, não traz síndrome de abstinência ou, mais claramente, não provoca falta – aquela necessidade imperiosa de nova ingestão, mal terminados os efeitos da anterior. (PÉRES, 1958, p. 71)

É também de 1939 um laudo assinado pelos médicos Aluísio Leopoldo Pereira Câmara e Floriano Peixoto Azevedo, que busca verificar diagnóstico de toxicomania em um sujeito "[...] branco, solteiro, de dezenove anos de idade, carregador, brasileiro, natural do Distrito Federal e entrou no Manicômio Judiciário, procedente da Casa de Detenção, no dia 5 de maio do corrente ano" (CÂMARA & AZEVEDO, 1958, p. 371). No mesmo diapasão dos artigos de Lucena e Péres, os médicos concluem que o sujeito não pode ser considerado um toxicômano, porque não sentiu desconforto decorrente da privação da maconha, nem qualquer tipo de intoxicação decorrente de seu uso.

Concluem os peritos, no entanto, tratar-se de um "[...] oligofrênico do grupo dos débeis mentais e não apresentou, durante sua internação no Manicômio Judiciário, sintomas clínicos de intoxicação ligada ao uso de substâncias entorpecentes" (Idem, p. 373).

Seria equivocado falar da emergência de um novo consenso. Pelo contrário, o que parece emergir na passagem das décadas de 30 e 40 é um certo conjunto de controvérsias. Para Pedro Rosado, por exemplo, o "[...] vício de fumar liamba" seria um "[...] problema médico-social" que atingiria principalmente às classes pobres, com destaque para pescadores, estivadores e apenados (ROSADO, 1958a, p. 85). Para o autor, o povo do Pará estaria "[...] em presença de uma das mais antigas e temíveis intoxicações" (Idem, p. 90).

Tom semelhante é o do artigo de Luiz Ciulla, que fala da curiosidade despertada pela afluência de pessoas que usam maconha ao hospital psiquiátrico entre dezembro de 1940 e fevereiro de 1941. O uso de maconha seria raro entre os porto-alegrenses naquela época, sendo mais comum encontrar pessoas que usam álcool, e em menor escala desde a maior regulamentação do uso de entorpecentes, de morfina ou cocaína. Descreve os toxicômanos como pessoas que buscam as drogas para "fugir da realidade", vivendo um "efeito passageiro" que logo cede lugar a um "[...] estado de abstinência com necessidade de doses progressivas" (CIULLA, 1958, p. 377). Diz que o uso de maconha "[...] produz um estado de embriaguez, com delírio alucinatório auditivo", (Idem, p. 380) que deságua em uma sensação de sonolência. Fala de uma "caleidoscopia" ocasionada pelo uso, referente ao conteúdo onírico das alucinações. Quanto à repercussão social do uso de maconha, esta se expressaria em uma espécie de "embotamento do senso ético", assim como em "irritabilidade e egofilia". Por conta disto, o usuário abandonaria a família e o emprego para "cair na vagabundagem", e consequentemente, para a "criminalidade" (Ibidem, p. 380).

Ainda mais alarmista é o artigo do médico João Mendonça, sobre as "reações antissociais" decorrentes do uso da "planta assassina". Afirma que as populações das regiões Norte e Nordeste, por seus "caracteres étnicos", são vulneráveis à "[...] absorção fácil de ideologias abstrusas" (MENDONÇA, 1958, p. 99). Compartilha relatos colhidos em uma penitenciária baiana, todos dando conta de terríveis efeitos associados ao uso de maconha. Em um dos casos, o usuário mata uma pessoa a facadas, por motivo torpe. Diante da hipótese de epilepsia, o caso passa a ser acompanhado de perto pelo próprio Mendonça, que termina por descobrir que o usuário nunca havia sofrido

nenhuma crise convulsiva antes de fumar maconha, e que depois de abandonar o uso, jamais voltaria a sofrer situação semelhante. Com base nestas observações, o autor conclui que o crime seria resultado de uma crise epilética, e esta teria sido motivada pelo uso de maconha.

> Para dar-vos, de início, uma ideia dos perigos sociais da maconha, digo-vos, tão só, à moda de introito, que ela é, ao lado da cachaça, o enlevo das populações nortistas pobres que, no tóxico, tantas vezes, encontram a fórmula doce do sonho para as arestas contundentes da vida. Povo de caracteres étnicos que facilitam a absorção fácil de ideologias abstrusas, assoberbado pelos flagelos da seca, pelas torturas das endemias, e da ignorância, é de apavorar o quadro dantesco que, nesse terreno, os tóxicos podem desempenhar através do indivíduo e da espécie. (MENDONÇA, 1958, p. 99)

Mas as controvérsias não se iniciaram com estas diferenças entre pesquisadores, no final dos anos 30. Em 1920, o senador Metello Júnior decide apresentar um projeto para adequar a legislação brasileira às convenções internacionais sobre drogas. O projeto, entretanto, trazia a marca pessoal do senador, que havia sido delegado de polícia na cidade do Rio de Janeiro, entre 1907 e 1910, e propunha pena de reclusão de dois a quatro anos a quem vendesse, sem autorização, qualquer substância "[...] analgésica, anestésica ou estuporante, como a cocaína, a morfina, o ópio e derivados" (SARTI, 2015, p. 90). Para quem portasse tais drogas de modo irregular, a pena seria de 15 a 30 dias. Não se tratava, portanto, de simples adequação ao protocolo de Haia:

> O compromisso firmado em Haia não previa que o Brasil recorresse, necessariamente, ao estabelecimento de prisão para os casos de venda dos tóxicos. De acordo com o protocolo, os países deveriam criar leis e regulamentos restringindo a fabricação e venda dos entorpecentes às suas finalidades médicas e a orientação era apenas para que se criassem licenças específicas que facilitassem o exercício da fiscalização destes meios. A penalização através do encarceramento como forma primordial de efetivar o combate aos usos considerados indevidos destes produtos não era uma determinação internacional, mas sim uma predileção de Metello. A opção por esse modelo não correspondia a um mero cumprimento aos acordos internacionais tratava-se do estabelecimento de uma maneira específica de efetuar a repressão em território nacional. (SARTI, 2015, p. 91)

O projeto, bem recebido no Senado e por especialistas, começa a enfrentar algumas resistências da parte da Comissão de Constituição e Justiça, quando enviado à Câmara de Deputados. A primeira controvérsia dizia respeito à proposta de prisão de usuários, pois "[...] os intoxicados pela morfina, cocaína, éter e ópio, por se tratarem de doentes com possibilidade de cura, deveriam ser [...] submetidos a um verdadeiro

tratamento psiquiátrico" (SARTI, 2015, p. 103). Além disto, os deputados queriam que o projeto previsse algum tipo de penalização para quem cometesse atos irregulares de comércio de drogas (bem como o tráfico clandestino), além de alguma regulamentação específica com respeito ao tratamento médico e legal às pessoas que usam bebidas alcoólicas (Idem, p. 103-104).

Estas discordâncias vieram à tona quando da terceira sessão parlamentar destinada à discussão sobre o projeto. No calor dos debates, o texto terminou restrito apenas ao seu primeiro artigo, que propunha a pena de reclusão para os comerciantes que vendessem tóxicos sem a devida autorização. Todos os demais artigos foram vetados pelos deputados (SARTI, 2015, p. 104). Marco histórico importante, sem dúvida, esta primeira controvérsia em torno da pena de reclusão para pessoas que usam drogas como cocaína e morfina:

> Pela primeira vez desde a formulação do projeto, a opção pela coibição ao uso dos tóxicos como forma de conter o problema social era questionada pelos parlamentares. Os deputados declaravam descrença na repressão ao comércio e à liberdade individual como formas efetivas para se prevenir as "tendências viciosas da natureza humana". Pelo contrário, alertavam para o fato de que a agressividade das medidas compressoras do uso de entorpecentes poderiam despertar reações enérgicas e subversões violentas. Além disso, diziam que as cláusulas do projeto eram, por sua própria natureza, impossíveis de serem cumpridas e que essa "impraticabilidade virtual" faria com que a repressão recaísse, unicamente, "sobre os mais humildes e desprotegidos". (SARTI, 2015, p. 105)

Não deixa de ser curioso que um debate realizado em 1920 trouxesse à baila tantos elementos presentes nos debates sobre políticas de drogas realizados no Brasil contemporâneo. Pessoas que usam drogas devem ser condenadas a pena de reclusão? A repressão pode fazer frente à compulsão? A proibição não aumentaria e desejo e as sensações dos usuários? O proibicionismo seria uma política efetivamente aplicável? Sua aplicação não faria recair a mão dura da força policial, justamente sobre os mais fracos e vulneráveis? A partir destes questionamentos, os deputados propõem, como contraponto à opção repressiva, que se realizem "[...] propagandas que visassem a reformulação das consciências e que fossem livremente aceitas pelos indivíduos" (SARTI, 2015, p. 106). Além disto, os parlamentares também defendiam, inspirados no Código Penal de 1890, "[...] a existência de um consumo aceitável dos tóxicos semelhante ao consumo de bebidas alcoólicas e caracterizava como problemático o seu uso por hábito" (Idem, p. 107).

Esta articulação entre as problemáticas do uso de álcool e das outras demais drogas interpela-me na forma de uma ponte com o presente. Em 28 de maio de 2013, o PL 7663/2010 foi levado à votação no plenário da Câmara de Deputados, propondo modificações profundas na legislação sobre drogas do país, como a flexibilização dos critérios para ações de internação compulsória e involuntária, e o retorno da pena de privação de liberdade para pessoas que portarem drogas ilícitas para uso pessoal. A votação no plenário foi um massacre, com pouquíssimos deputados assumindo posições contrárias ao projeto, até o momento em que se chegou ao tema da publicidade para bebidas alcoólicas. Neste ponto, um dos dois autores do projeto manifestou desejo de abortar esta proposta específica, enquanto o outro optou por sustentá-la. O artigo foi rejeitado, obtendo apoio apenas dos poucos parlamentares que tinham se colocado contrários ao projeto como um todo.

Aproximar bebidas alcoólicas de outras drogas, ao menos no Brasil, costuma mostrar-se uma tarefa árdua. É o que ensina a história. Assisti a votação do PL 7663/2010 através da internet, e senti-me um antropólogo a observar alterações profundas na configuração dos movimentos do plenário, assim que o artigo sobre a proibição da publicidade do álcool entrou em debate. Enquanto o tema girava em torno da criminalização dos usuários e das mudanças nos critérios de internação, o protagonismo coube aos deputados da chamada "bancada evangélica"; mas quando a propaganda entrou em pauta, todo o cenário se modificou, evocando em mim a imagem de um grande salão de baile envolvido em um minueto, vivendo o momento em que toda a coreografia de passos se modifica. Os deputados evangélicos silenciaram, novos atores entraram em cena, e até mesmo um dos proponentes do projeto apressou-se em defender a retirada do artigo da pauta de discussões. O palavrório moral e catastrofista cedeu lugar ao jargão técnico-legislativo, sustentado por políticos profissionais. Era quase possível ver o fantasma do *lobby* dançando no salão.

Entre os parlamentares de 1920, entretanto, o debate foi diferente, e ao que parece, ainda não havia um setor econômico ligado à indústria do álcool exercendo sua influência no Congresso Nacional. O pomo da discórdia, naquele momento, não era a publicidade de bebidas alcoólicas, mas girava em torno do local de reclusão mais adequado (para os deputados, seria o hospital psiquiátrico; para os senadores, o melhor seria a penitenciária), bem como as diferenças e semelhanças entre pessoas que usam bebidas alcoólicas e outras drogas:

> Tanto senadores quanto deputados acreditavam que a reclusão era necessária para que se defendesse a sociedade do intoxicados, ao mesmo tempo em que se promoveria a sua regeneração. Mas enquanto o Código Penal de 1890 e os senadores diziam que esses indivíduos deveriam ser penalizados com reclusão carcerária, os deputados, focando mais no aspecto patológico dos intoxicados, defendiam a competência da medicina psiquiátrica para cuidar desses casos. Enquanto os senadores propunham que se igualassem os intoxicados aos embriagados perante o Código Penal, os deputados defendiam que tanto os viciados em tóxicos, quanto no álcool deveriam ser internados em estabelecimentos correcionais adequados. (SARTI, 2015, p. 109)

Retorno ao tema da internação. Ou melhor: reclusão. Não é à toa que Thamires usa esta palavra. Como já salientei quando da leitura do sétimo capítulo de "Vicios sociaes elegantes", preferia-se o termo "reclusão" a "internação". Em 1920, quatro anos antes do lançamento do livro de Pernambuco Filho e Adauto Botelho, é em torno da reclusão que se organiza o debate parlamentar sobre as políticas públicas para pessoas que usam álcool e outras drogas. Manicômio ou cadeia? Saúde ou segurança? A ideia de *polícia*, já explicou Foucault, designava uma política de organização da vida nas cidades, na qual a preocupação com a saúde da população era eixo central. Lima Barreto foi vítima disto que, aos olhos de hoje, pode parecer uma profunda confusão de políticas. Para um residente de psiquiatria da atualidade (e que não tenha lido Foucault!), talvez soe estranho ler que Barreto (2010, p. 44) não se incomodava com o hospício, mas com a intromissão da polícia em sua vida. Que confusão é esta? Delírio de bêbado?

> É indescritível o que se sofre ali, assentado naquela espécie de solitária, pouco mais larga que a largura de um homem, cercado de ferro por todos os lados, com uma vigia gradeada, por onde se enxergam as caras curiosas dos transeuntes a procurarem descobrir quem é o doido que vai ali. A carriola, pesadona, arfa que nem uma nau antiga, no calçamento; sobe, desce, tomba pra aqui, tomba para ali; o pobre-diabo lá dentro, tudo liso, não tem onde se agarrar e bate com o corpo em todos os sentidos, de encontro às paredes de ferro; e, se o jogo da carruagem dá-lhe um impulso para frente, arrisca-se a ir de fuças de encontro à porta de praça-forte do carro-forte, a cair no vão que há entre o banco e ela, arriscando a partir as costelas... Um suplício destes, a que não sujeita a polícia os mais repugnantes e desalmados criminosos, entretanto, ela aplica a um desgraçado que teve a infelicidade de ensandecer, às vezes, por minutos... (BARRETO, 2010, p. 178)

O excerto foi extraído de "O cemitério dos vivos", obra inspirada em sua internação, entre 1919 e 1920. O mesmo 1920 em que deputados e senadores discutiam se bêbados e drogados deveriam ser reclusos em hospícios ou presídios. Mas as diferenças não eram assim tão grandes. Lima Barreto diz que chegou ao pavilhão de

observação “[...] pelas mãos da polícia” (BARRETO, 2010, p. 43), lembrando em muito o modo como alguns detentos descrevem a triagem de uma penitenciária. Dos guardas do manicômio, afirma que “[...] têm os loucos na conta de sujeitos sem nenhum direito a um tratamento respeitoso, seres inferiores, com os quais eles podem tratar e fazer o que quiserem” (Idem, p. 81). Em uma nota do diário datada de 27 de janeiro de 1920, Lima relata uma confusão na Seção Lombroso do Hospital de Alienados, e sua descrição lembra em muito uma rebelião de apenados:

> Revolta dos presos na casa-forte, às sete da noite. Baderna etc. A revolta é capitaneada pelo Duque Estrada, o tal que subiu no telhado. Estão chegando bombeiros e força de polícia. Previ isto. Os revoltosos são vizinhos de quase metade da Seção Pinel. Armaram-se de trancas. Vejo-os cá de cima. O resto da Seção Pinel mantém calma. A nossa está quase sem guardas e enfermeiros, mas a atitude de todos é de curiosidade. (BARRETO, 2010, p. 133)

Considerei importante este recuo aos debates parlamentares de 1920, ponto central na dissertação de Thamires Sarti, como estratégia discursiva para realçar a emergência de controvérsias acadêmicas na passagem entre as décadas de 30 e 40. Optei por seguir um fio narrativo que toma por base a produção acadêmica brasileira sobre o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, permitindo a abertura de linhas auxiliares, mantendo-me fiel ao compromisso de articular os métodos arqueológico e genealógico de Foucault. Foi por isto que contribuições da literatura emergiram em alguns momentos; foi por isto que não segui uma linearidade histórica dura, do tipo “linha do tempo”; foi por isto que permiti-me uma deriva aparentemente sem sentido até o século XXI, para considerar elementos do embate vivido no Congresso Nacional, em torno do PL 7663/2010; e foi por isto que considerei retornar à casa legislativa brasileira, naquele conturbado ano de 1920, para observar mais de perto o quanto nossos deputados e senadores sustentaram controvérsias que, ao que parece, não existiam entre os profissionais que pensavam e faziam o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas.

Volto agora ao ponto em que estava quando retornei aos anos 20. Em 1945, Jayme Regallo Pereira publica um artigo em que afirma que o “maconhismo” é o vício mais difundido no mundo, o que demonstra o quanto as bebidas alcoólicas não eram vistas como drogas, a despeito das discussões parlamentares de 1920. Realiza provas físicas e químicas, exames microscópicos e testes biológicos, em cachorros e seres humanos, e conclui que o potencial alucinatório apenas se manifesta com o uso de

grandes quantidades. Atribui a busca pela maconha ao secular mito em torno de "[...] sonhos eróticos, em maior potência sexual, em libido mais prolongado e outras reações ligadas à esfera sexual." (PEREIRA, 1958b, p. 145). Afirma ainda que a maconha "[...] deixa em liberdade as taras, as paixões e os instintos, esses perigosos e importunos demônios que habitam nosso subconsciente e que respondem pelas atitudes e pelo comportamento dos intoxicados" (Idem, p. 145).

O final da II Guerra Mundial aporta algumas especificidades ao debate. No artigo que acabei de citar, por exemplo, Jayme Pereira refere o aumento do uso de drogas entre estudantes universitários estadunidenses seria "[...] um sinal alarmante da mentalidade atual de nossa juventude trabalhada malevolamente pelas forças destruidoras que insidiosamente vão minando as reservas morais das nações" (PEREIRA, 1958b, p. 145). Roberval Cordeiro de Farias, por seu turno, dedica seu artigo justamente à defesa da tese de que os períodos de guerra são acompanhados do incremento das toxicomanias. Critica as iniciativas internacionais de fiscalização e controle direcionados aos países produtores, levadas a cabo sobretudo pelos EUA, diante dos dados que apontariam o aumento da produção de ópio. Não obstante, elogia as iniciativas brasileiras iniciadas na década de 20. O tom triunfante de suas assertivas, risível ao olhar contemporâneo, justifica a citação:

> Já conseguimos uma grande vitória, erradicando do nosso país as toxicomanias, que praticamente não existem mais no solo brasileiro, tão insignificante o número de toxicômanos que de quando em vez surgem, num ou noutro ponto do país e imediatamente submetidos a vigilância e tratamento obrigatório pelas autoridades sanitárias e policiais. (FARIAS, 1958, p. 152)

É também de 1946 o artigo de Garcia Moreno, no qual afirma que a maconha consumida em Sergipe viria principalmente das Alagoas, sendo consumida largamente entre os "ratos cinzentos", como eram chamados os adolescentes em situação de rua, para tornarem, "[...] sob seus efeitos, mais cheias de interesse cômico as correrias cinematográficas" (MORENO, 1958, p. 161). Afirma jamais ter encontrado um único caso de transtorno mental decorrente do uso, e levanta a hipótese de que a planta brasileira seria menos potente que em partes do mundo.

Mas o mais importante: tanto no artigo de Moreno, quanto no de Jayme Pereira e no de Roberval Farias, o determinismo de raça é destituído de seu potencial heurístico. O tema racial ainda comparece, mas teria "[...] mais um sentido social" (CARDOSO,

1958a, p. 171), como o próprio Garcia Moreno diria em uma reunião de avaliação de um convênio interestadual firmado entre Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco. Não obstante, o ideal eugênico ainda comparece, na forma de uma das 19 propostas aprovadas ao final da reunião: a "[...] multiplicação de dispensários de higiene mental e das medidas para descobrir os psicopatas, prevenindo, assim as toxicomanias" (Idem, p. 174).

Convém salientar que no que tange à reunião acima referida, coube a Eleyson Cardoso apenas a função de relatoria, e as ideias contrárias ao determinismo racial seriam de responsabilidade de Garcia Moreno, Jayme Pereira e Roberval Farias. Quanto às ideias do próprio Cardoso, estas estão registradas em um artigo publicado no jornal "O Imparcial" em 1948 (CARDOSO, 1958b). Refere muitos dos artigos aqui mencionados, as sempre presentes referências históricas e antropológicas, bem como a insistência na ideia de que a maconha seria uma droga de negros, índios, caboclos e pescadores. Conclui seu artigo com um brevíssimo histórico das legislações brasileiras sobre entorpecentes, mas afirma que as medidas repressivas "[...] constituem apenas uma parte do complexo e difícil problema e exigiriam um pessoal numeroso e a inversão de grandes verbas para que os resultados obtidos fossem mais animadores" (Idem, p. 186). Não obstante, não chega a escrever nem uma linha sequer sobre que outras partes seriam estas, para além da repressão.

Um artigo de Pernambuco Filho, publicado um ano antes, permite aventar ao menos uma destas "outras partes". O texto aprova as propostas de expansão do convênio acima mencionado, a inclusão do tema em congressos e a criação de uma delegacia especializada. Exalta a ideia de fiscalizar de modo especial as práticas religiosas afro-brasileiras, diante da "[...] presença continuada de várias cachaças compostas e de ervas de cunho estupefaciente nos terreiros das macumbas" (PERNAMBUCO FILHO, 1958, p. 178), mas discorda da realização de campanhas de prevenção junto a adolescentes:

> A adolescência é idade ingrata da vida, onde os problemas, sobretudo de ordem afetiva e social dominam a esfera psíquica. Daí o estado permanente de inquietação e a tendência não rara dos jovens para fugirem da realidade e se entregarem à fantasia. A curiosidade sentimental e sexual, nesta fase, atinge ao auge e, assim, a sugestão contra as falazes delícias dos entorpecentes pode trazer um resultado oposto ao que se procura obter com a conferência. (PERNAMBUCO FILHO, 1958, p. 178)

Finalmente uma proposta específica, para além da repressão. E a proposta parece despertar polêmica. Digo "parece", porque faltariam elementos de sustentação de uma controvérsia, especialmente no que tange a defesa prévia da ideia discutida. Acontece que na transcrição da reunião de avaliação do convênio interestadual feita por Eleyson Cardoso, não aparece em momento algum a discussão que teria precedido a inclusão da proposta de número 14, que defende a realização de ações de prevenção dirigidas a adolescentes; e o desenvolvimento de atividades reflexivas a respeito do uso de drogas junto a jovens, prática que a LBHM já preconizava, seguirá polêmico, ainda hoje.

Em sua dissertação, Tiago Ribeiro parte dos anais de um evento realizado em 1971, sobre o papel da educação na prevenção ao uso de drogas. O Fórum de Debates sobre o Uso e Tráfico de Substâncias Tóxicas ou que Causam Dependência Física ou Psíquica reuniu deputados, representantes de agências internacionais, psiquiatras e psicólogos, professores e pedagogos, agentes de segurança pública, operadores do direito e gestores públicos, ao longo de três dias, em Porto Alegre, para discutir estratégias de prevenção a partir da escola (RIBEIRO, 2013). Um acontecimento que, na visão foucaultiana de Tiago, é imanente à constituição de um conjunto de técnicas de governamentalidade neoliberal:

> A sociedade, emparedada entre seus juízos morais acerca do uso de drogas e o pavor causado pela explosão da violência gerada pela constituição de um lucrativo mercado clandestino em torno da comercialização desses produtos, enxerga na manipulação dos desejos, no desenvolvimento de estratégias de convencimento dos indivíduos para que não queiram utilizar as drogas ilegais, a saída, a "salvação" daquilo que é visto como o "flagelo das drogas", enquanto o Estado, de sua parte, vislumbra na adoção de estratégias preventivas uma nova faceta da governamentalidade: ao mesmo tempo em que atende aos clamores da sociedade civil, se vê diante da possibilidade de implementação de uma tecnologia mais econômica, em termos de quantidade de recursos e quantidade de poder, do que o é o aparato mobilizado pelas táticas meramente repressivas. (RIBEIRO, 2010, p. 86-87)

Ações que eram exclusivamente repressivas passam a ser articuladas a lógicas que poderiam ser descritas, junto com Foucault, como "pastorais" (RIBEIRO, 2013, p. 123). Um poder positivo, que deve conduzir às almas. De quem? Dos jovens estudantes, por óbvio. A escola seria este ponto de articulação entre família, Estado e especialistas, constituindo um aparato biopolítico que "[...] intenta por o jovem sob uma constante observação e avaliação de seus atos e desejos, de modo a gerir seu uso do corpo e dos prazeres, zelando para que não venha a prejudicar a si mesmo" (Idem, p. 127).

Não se trata simplesmente de observar e avaliar, mas também e principalmente, de conduzir. O título escolhido por Tiago Ribeiro é muito feliz, e sintetiza esta mudança no jogo do poder: trata-se de avançar para além do "você não pode", alcançando em cada sujeito o compromisso com o "você não quer". Não obstante – e é aqui que os debates deste fórum de 1971 encontram as preocupações de Pernambuco Filho em 1947 -, é preciso constituir uma tecnologia adequada para alcançar o objetivo desejado:

> Contudo, trata-se, nesse investimento da prevenção como tecnologia de gestão social que tem nos saberes *psi* seus instrumentos técnicos privilegiados, de lançar mão, preferencialmente, de uma campanha seletiva, focada nos indivíduos vocacionados para uma vigilância especial, que pode desembocar num tratamento especial. Quer dizer, trata-se, aqui, nada mais nada menos, de um investimento na identificação de grupos de risco sobre os quais deve-se focar as ações, evitando que se dispersem na tentativa de se atingir toda a população. (RIBEIRO, 2013, p. 203)

Percebe-se aqui o princípio de economicidade característico da governamentalidade neoliberal: investir apenas o esforço necessário. Mas não é apenas isto: evitar expor ao discurso preventivo os jovens que não compõem o grupo de risco traduz não apenas uma preocupação econômica, como também um olhar que leva em consideração possíveis efeitos indesejados, iatrogênicos, da própria prevenção:

> Da mesma forma, no documento final que resultou do evento constava a preocupação quanto aos resultados negativos das campanhas públicas e generalizadas de combate ao uso de psicofármacos, sugerindo-se, em vez disso, um melhor combate ao uso de tóxicos, conduzindo de forma objetiva a prática na área da prevenção. Meira, então, enunciava o novo paradigma que marcaria a prevenção eficiente, econômica e sutil: "o problema deve ser tratado privadamente com cada jovem, além da mobilização de recursos comunitários ao desenvolvimento integral e não somente em relação a este aspecto de tóxicos". (RIBEIRO, 2013, p. 204)

Neste mesmo período, é possível perceber outra retomada importante, certamente determinante para requentar a preocupação preventiva em moldes distintos daqueles expressos pela LBHM: a mudança do sujeito do discurso sobre o uso de álcool e outras drogas. Em seu prefácio à publicação do discurso de Neves-Manta quando de sua admissão na Academia Nacional de Medicina (ANM), ao qual regressarei logo a seguir, Eustachio Portella Nunes Filho chama atenção para o fato de que o uso de álcool e outras drogas deixava de ser uma questão de adultos e idosos, para se tornar um "[...] mal da juventude" (NUNES, 1986, p. 8). Se penso na narrativa construída até aqui, se revisito as fontes pesquisadas, tanto científicas quanto na literatura, encontro:

melindrosas enervadas; caboclos nordestinos; dândis ávidos de novas sensações; *chins* povoando as casas de ópio; alcoolistas de todos os matizes. Sempre mulheres e homens adultos. Mas a partir dos anos 40, torna-se possível perceber, na superfície do discurso, a emergência deste novo sujeito, que é a criança e o adolescente usuário de drogas:

> Outra consideração a deduzir-se dessas observações é concernente à higiene mental dos chamados tóxicos sociais: o álcool, a morfina, a cocaína, o fumo... e até a maconha. Mas, o que é tomado apressadamente por alguns higienistas como causa é antes um efeito, ou consequência. Não é o álcool (ou outros tóxicos eufóricos) que provoca os desajustamentos e os problemas de conduta, mas estes, que conduzem ao tóxico. [...] O indivíduo é levado ao álcool, como uma evasão, à procura de uma solução para seus conflitos íntimos: a necessidade de esquecer, ou de "enganar o estômago"... Alcoolizado, é levado a práticas violentas, a conflitos de família, e um círculo vicioso se instala. Tudo isso tem uma repercussão terrível no psiquismo da criança, levando-a a martírios insuspeitados, ou à imitação direta, muitas vezes, do adulto [...]. (RAMOS, 1949, p. 45-46)

O excerto acima foi extraído do livro "A criança problema: a higiene mental na escola primária", de antropólogo e etnólogo Arthur Ramos. Observa-se a resistência da perspectiva eugênica, mas já atravessada pela psicanálise. Neste sentido, lembra o próximo texto, que tomarei inicialmente pela "orelha", na qual se define a toxicomania como "[...] a endemia social mais difundida neste País", e que "[...] coibi-la não seria possível" (NEVES-MANTA, 1986, capa). No mesmo parágrafo, o leitor é informado sobre uma conferência proferida em 1928, na Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, "[...] sob os auspícios Liga Brasileira de Higiene Mental, e no espaço à época de sua Semana Antialcoólica" (Idem, capa), intitulada "O Alcoolismo na Arte e na Psiquiatria", por Inaldo de Lyra Neves-Manta. Cita um fragmento da conferência:

> Pouco a pouco, a intoxicação alcoólica, o alcoolismo, vai-se infiltrando na célula orgânica do homem do Brasil. E o álcool – riqueza nativa – é paradoxalmente amparado pelos governos estaduais, e até pelo federal, como força econômica e como expressão produtiva dos usineiros do interior. Diante do fato, não é difícil a previsão do futuro alcoólico desta terra. A nação tenderá à decadência e à enfermidade. (NEVES-MANTA, 1986, capa)

Em 1945, entretanto, Neves-Manta apresenta à ANM uma memória (requisito para candidatar-se a uma vaga na referida academia), em um tom bastante diferente do que poderia ser depreendido do excerto acima citado. A orelha do livro, publicado em 1986, apresenta o texto do parecer elaborado pela banca julgadora, do qual pinço um fragmento que permite antever as distâncias entre uma abordagem eugênica em 1928, e um *approach* psicanalítico em 1945:

> O que há de interessante, ainda, na memória é a base psicanalítica das toxicomanias. A cura da toxicomania, afirma, em internações hospitalares é aparente: tratamento meramente sintomático. São indispensáveis, contudo, acentua o autor: a) a desintoxicação física e psíquica; b) o reequilíbrio tímico; c) o reajustamento psíquico; d) a reabilitação social. Sem esses fatores, conforme frisa o candidato, não há cura radical da toxicomania. As manifestações psicopáticas, toxicofílicas e psiconeuróticas são liberações ou descargas da personalidade humana, que precisa livrar-se das cargas comoventes que lhe atormentam e pensamento e especialmente o sentimento. Para a cura do mal há de ser o médico: psicólogo, sociólogo e pedagogo. (NEVES-MANTA, 1986, capa)

O prefácio de Eustachio Portella Nunes Filho, membro da ANM, salienta especificidades do ser humano: memória coletiva, consciência da finitude e da dor, angústia... Chama atenção para o fato de que a toxicomania, "[...] que se verificava sobretudo no ocaso da vida foi se transformando em mal da juventude" (NUNES, 1986, p. 8), indicativo "[...] do desencanto e da perda de esperança dos jovens que não querem adiar satisfação" (Idem, p. 8). Para tanto, contribuiria o cenário de guerras e horror nuclear. Afirma que este "[...] sentimento de vida em perigo conduz a paraísos artificiais que a droga proporciona" (Ibidem, p. 8), e cita como exemplo o fato de que apenas 5% dos soldados estadunidenses que usavam drogas no Vietnam, seguiram com este uso em sua volta aos EUA.

Eustachio Portella Nunes Filho afirma que esta perspectiva ampliada e problematizadora com respeito ao uso de álcool e outras drogas está presente no texto de Inaldo de Lyra Neves-Manta. Elogia a atualidade do trabalho, que em sua opinião, seria ainda mais pertinente nos anos 80 (período do lançamento do livro) do que à época da escrita da memória propriamente dita, em 1945. Além disto, enaltece também a ausência de um moralismo que ainda seria bastante comum em diversas obras sobre o uso de álcool e outras drogas, inclusive em meio à comunidade acadêmica brasileira. Por fim, chama atenção para o olhar sociológico do autor, e para o manejo das categorias oriundas do campo dos estudos psicanalíticos, algo ainda muito novo nos anos 40 (NUNES FILHO, 1986, p. 9):

> Mesmo as sugestões terapêuticas continuam de grande atualidade. Nenhuma ênfase é dada à repressão policial, válida somente no combate ao tráfico. O uso eventual de drogas, como o álcool, constitui recurso de alívio temporário da pesada condição humana; o abuso indica uma personalidade em conflito. Deve, por isso, o paciente ser cuidado dentro da visão médica da desintoxicação e da procura dos conflitos, que não lhe permitem enfrentar a realidade. (NUNES FILHO, 1986, p. 10)

A primeira frase de Neves-Manta sustenta que a toxicomania decorre da "[...] transigência ilícita de três ou quatro países sequiosos de ouro", ou seja: dos países-sede das organizações e pessoas envolvidas com a produção de drogas (NEVES-MANTA, 1986, p. 11), e eu recordo o pronunciamento de Ernani Lopes com respeito à indústria de bebidas alcoólicas, que deveria ser tratada pelo Estado com mais rigor que os bebedores individuais. Não obstante, Neves-Manta afirma que é na busca por um lenitivo para angústia que se deveriam procurar as explicações para o uso de drogas, e não no produto; não obstante, não haveria toxicomania se não houvesse tóxicos.

Discorda que a toxicomania seja um problema de caráter apenas pedagógico, pois estaria mais associada à dor moral, à paixão, ao amor, aos conflitos íntimos, à "[...] contemplação de um estado subjetivo insuficiente" (NEVES-MANTA, 1986, p. 12). Por outro lado, também não se poderia afirmar que a "[...] toxicofrenia é problema sanitário de inadaptação social", já que as condições materiais tornam, por exemplo, o álcool disponível a qualquer mão (Idem, p. 12). Para o autor, a sociedade oferece ao toxicômano "[...] o estímulo enganoso na droga ou beberagem que lhe apura de início os predicados intelectuais e lhe contém após o sentimento de revolta", para, ato contínuo, impor-lhe sanções penais. Afirma que seria melhor ocupar-se em saber as causas da vitória de alguns e da derrota de outros (Ibidem, p. 13).

As toxicomanias, entretanto, estriam condicionadas ao uso de drogas, por sua vez relacionado com a possibilidade de encontrá-las. Neves-Manta, de modo muito sutil, apresenta uma das teses mais importantes no debate sobre respostas estatais ao fenômeno das drogas: a medicalização do uso, em contrapartida à criminalização do tráfico. Para comprovar sua tese de que a oferta influencia a demanda, o autor afirma que no norte do Brasil, usar-se-ia mais a maconha; em São Paulo, a cocaína; no Rio de Janeiro, morfina e cocaína (NEVES-MANTA, 1986, p. 14).

Sobre a psicopatologia do alcoolista, refere duas correntes: para a psicanálise, o alcoolismo seria um sintoma, e o álcool representaria ao mesmo tempo o pai (antropofagicamente tragado) e a mãe (introjetada aos goles) (NEVES-MANTA, 1986, p. 15); para a psiquiatria, o alcoolismo seria fruto de uma tendência inata, diante da qual a vontade é nula, e do uso desbragado relacionado a problemas de caráter afetivo ou social, ou que tem no beber repetitivo e exagerado um traço de caráter cultural (Idem, p. 16-17). Grosso modo, "[...] o alcoolismo, que para o analista é só um sintoma (e não há exagero aqui), para o psiquiatra tem significação outra" (Ibidem, p. 16).

Em ambos os casos, o grande responsável pelo problema seria a sociedade, "[...] que aparenta sentir as dores alheias e não assegura os meios para a profilaxia racional da célula disturbada ou sofredora, faminta ou enferma de uma humanidade que se desfaz" (NAVES-MANTA, 1986, p. 17). Afirma que a repressão policial não contribui em nada para equalizar a questão, e defende Bleuler, para quem "[...] nem todos os dispostos a bebida são alcoólatras, porém, permita-se-nos dizer, esconde-se em cada alcoolista certa propensão angustiosa como equivalente de neurose obsessiva" (Idem, p. 18).

Sobre o uso de ópio no Brasil, afirma ser hábito dos chineses, e extraordinariamente, por algum "gozador impenitente", que é geralmente um "indivíduo requintado", de "[...] personalidade discreta e cautelosa também" (NAVES-MANTA, 1986, p. 19). De alguma maneira, sustenta a narrativa baseada no exotismo de algumas drogas, ao afirmar que para os ocidentais, há o vinho, que "[...] relembra os fastos gloriosos de Roma"; para os orientais, os "[...] tablados silenciosos da sacratíssima Benares" (Idem, p. 20). Infelizmente, entretanto, tanto o vinho quanto o ópio, se utilizados de modo exagerado, destruiriam a moral e levariam os sujeitos ao crime e ao manicômio.

Apoia-se nos relatos dos sempre citados literatos para observar algumas características da toxicomania: feridas que não cicatrizam, angústias que induzem à rebelião, disputas entre ego e superego, culpa, censura, neurose obsessiva, busca de "[...] abrigo nos instantes felizes porém ilusórios que o sonho acordado da opiose faculta" (NEVES-MANTA, 1986, p. 28). A opiomania ocidental, entretanto, seria um mal que acomete sobretudo aos médicos, a quem a análise profunda permite ver como sujeitos que buscam por lenitivo, mas que o senso comum vê como esnobes que cederam às "[...] curiosidades da vida moderna*"* (Idem, p. 29). Já a cocaína é excitante que conduz à "[...] realidade superativa da vida [...], favorecendo crimes de amor, as perversões sexuais do instinto e a prostituição" (Ibidem, p. 30). O cocainômano seria iludido e profundamente alucinado, alucinação esta que termina por ser sistematizada de modo delirante, resultando em manifestações antissociais (Ibidem, p. 31). Descreve também todo um conjunto de ilusões, muitas vezes associadas a pequenos animais invertebrados, como insetos ou vermes. Quando isto não ocorre, entretanto, o usuário sente-se mais rápido, o pensamento mais ágil (Ibidem, p. 31-32). Esta seria a mais perigosa das toxicomanias, especialmente quando em conjunto com o álcool, situação que resulta, não raro, em agressão física e criminalidade (Ibidem, p. 33).

> É possível que causas sociais, explicadas em fundamentos analíticos, aclarem a fenomenicidade psíquica, Mas, indubitavelmente, a evolução imperfeita da libido por fixações dos instintos parciais, numa predisposição de terreno biologicamente incompleto, entretém e torna agradável a aproximação do veneno com o homem, uma vez que o tóxico sufoca a angústia provocada pelo nodular, primário, social e incômodo complexo edípico... (NEVES-MANTA, 1986, p. 34)

A comunicação dirigida por Inaldo de Lyra Neves-Manta, em 1945, não deve ser entendida apenas como o cumprimento de uma mera formalidade obrigatória à sua aceitação como membro da ANM. Muito mais do que isto, o que autor reverberava, em terras brasileiras, era um debate importante para o campo técnico, político e reflexivo constituído em torno das questões relativas ao cuidado de pessoas que usam uso de álcool e outras drogas. Neste sentido, Neves-Manta trouxe para o campo de lutas, um conjunto de formulações, ideias e narrativas oriundas da psicanálise, num movimento que, segundo a historiadora britânica Virgínia Berridge, teve seu início na Inglaterra, no período subsequente a I Guerra Mundial (BERRIDGE, 1994, p. 21). A cura, para o autor¸ não se resumia à mera abstinência:

> A cura da toxicomania, aparentemente, vai da internação frenocomial à supressão completa do tóxico. Aparentemente, dizemo-lo. Porque, na verdade, a cura clínica só é efetiva quando, em contato de novo com o ambiente social, o toxicômano consegue reagir com indiferença às injunções do meio, sem retomar jamais ao estupefaciente. (NEVES-MANTA, 1986, p. 35)

O autor afirma quatro estágios do tratamento: a) desintoxicação; b) reequilíbrio afetivo; c) reajustamento psíquico; d) reabilitação social. Para organizar este processo, é preciso levar em consideração que as sensações associadas ao tóxico são tanto de caráter orgânico quanto psíquico, e que o uso, para o toxicômano, dá-se mais para amenizar o sofrimento do que para aumentar o prazer. Pressões sociais e afetivas determinam situações de sofrimento, diante das quais as drogas emergem como "refúgio compensador", "[...] e a educação e a moral deixam, assim, de ser as forças coercitivas que, se impõem o respeito à instituição, constrangem o homem nas suas inaquilatáveis realizações planetárias" (NEVES-MANTA, 1986, p. 36).

Neves-Manta introduz novidades importantes: refuta enfaticamente a intervenção policial sobre a vida dos usuários; propõe que o foco da repressão seja exclusivamente voltado aos traficantes; posiciona a toxicomania como sintoma do mal estar na modernidade, e não como causa em si mesma; questiona a noção de predisposição genética como expressa na psiquiatria de orientação biologicista e nas

teorias da degenerescência; amplia o olhar sobre o tratamento, apontando as fragilidades de um modelo baseado exclusivamente na internação manicomial. Não obstante, a operação de conceitos psicanalíticos não implica, nem em novidade, tampouco em ruptura com a eugenia ou com a Liga Brasileira de Higiene Mental, tendo feito parte do conselho executivo da instituição pelo menos até 1947, assim como Adauto Botelho, Pernambuco Filho, Arthur Ramos, Heitor Péres e tantos outros psiquiatras brasileiros.

Descriminalização do uso de drogas; deslocamento do foco da repressão para o tráfico; sujeito do discurso passa a ser o adolescente; emergência da prevenção ao uso; psicanálise. Luta na superfície do discurso. Em 1949, Décio Parreiras sustenta o discurso hegemônico, e oferece sua contribuição ao aprofundamento do pânico em torno das drogas. Afirma que "[...] há indivíduos de tal maneira habituados ao tóxico, que chegam a furtar para conseguir o numerário indispensável à aquisição do mesmo" (PARREIRAS, 1958, p. 244). Uma experiência com maconha, realizada em Aracaju, teria atraído fumadores que reconheceram o cheiro mesmo a longas distâncias, fato que teria levado o autor a concluir que sim, a maconha induz ao hábito inveterado. Por outro lado, discorda que exista uma *canabimania*, assim como uma opiomania ou uma cocainomania. Por fim, afirma uma dinâmica de contágio entre os fumadores, e usa como argumento a existência das *assembleias*, encontros de fumadores.

Reafirma a ideia de que o uso e o cultivo de maconha, no Brasil, restringem-se às regiões Norte e Nordeste, razão que teria levado o governo a definir àquelas regiões como as prioritárias para o desenvolvimento de uma campanha de erradicação da toxicomania. Demora-se ao falar da situação nos estados da Bahia, Sergipe, Alagoas e Pernambuco, e inclui as cidades de Santos e o Distrito Federal. Lista os pontos de venda e oferece uma vasta listagem com nomes de traficantes (PARREIRAS, 1958, p. 248-251). Com base na interpretação de dados estatísticos de pessoas detidas por uso e venda de maconha, conclui que 65% dos usuários desenvolvem algum tipo de transtorno mental (Idem, p. 258). Diz que a maconha aumenta a força física, e afirma que é utilizada para dopar galos e canários de rinha (Ibidem, p. 260).

> O canabismo é uma toxicose que se poderia dizer deselegante, em contraposição aos males sociais elegantes de que falam Pedro Pernambuco Filho e Adauto Botelho, quando cuidam da morfinomania, da heroinomania, da cocainomania. De fato, esta heterotoxicose é preferencialmente encontrada nas classes menos favorecidas da fortuna. (PARREIRAS, 1958, p. 252)

Aborda a psicose emergente do uso de maconha (sindromo canábico), descrevendo três estágios: excitação neuromuscular; instabilidade mental; êxtase canábico. Discute autores que descrevem uma "loucura canábica" definitiva, e aponta a existência de uma "caquexia canábica". Sobre a "sociose canábica", diz que esta segue-se à embriaguez decorrente do uso de maconha, e que se desdobra no desemprego, na desagregação familiar e no desajuste profissional, afirmando ainda que os fumadores "[...] não têm religião, nem fé" (PARREIRAS, 1958, p. 261-265).

> Atirado à cama, quando esta existe, o olhar mortiço e indiferente, o caquético canábico vive completamente alheio ao meio exterior e, às vezes, à fumaça do tóxico, sorri desalentado e vencido sem esperanças da vida melhor que ele imaginara, nas espirais pardacentas e irritantes do cigarro perigoso. Após o uso prolongado e continuo da erva, o maconheiro tem à sua espera o cárcere, o manicômio ou o hospital, quando a bala ou o punhal não lhe interrompem a trajetória infeliz nessa vida que ele mesmo tornou intolerável. (PARREIRAS, 1958, p. 264)

Ao abordar o "problema penal do canabismo", Décio Parreiras afirma que as ideias do criminalista italiano Cesare Lombroso estariam superadas, pois o crime deveria ser considerado um "fenômeno social normal". Considera o crime uma consequência natural do desregramento do diambista. A maconha acabaria com a capacidade de censura, fazendo com que o maconheiro atue de modo imprevisível. A "agressividade diâmbica" seria despertada "[...] à menor contrariedade" (PARREIRAS, 1958, p. 265-266). Aponta a internação como caminho para a correção, e para os adolescentes, o reformatório. Afirma que o usuário só pode ser considerado inimputável se usar apenas esporadicamente, não cabendo atenuante se for usuário habitual. Permanecendo no uso, o maconheiro não deve ter o direito de contrair contratos, servir de testemunha ou exercer o pátrio poder. Caso venha a usar maconha com o intuito de cometer crimes, sua pena deveria ser agravada (Idem, p. 267).

> A grande periculosidade no assassinato, pelo indivíduo lombrado, está na sua instantaneidade; na sua nenhuma razão de ser; na ausência absoluta de motivo.
>
> Pode-se dizer que o diambista reage esquizofrenicamente e mata esquizofrenicamente. É a imprevisibilidade dos delitos, sem a menor discussão anterior, como vimos, recentemente, à noite, num crime cometido em plena Avenida Rio Branco, por indivíduo, possivelmente, lombrado. É um lampejo epilético.
>
> O ato é cometido de uma maneira rápida, inesperada, *desconcertante*; às vezes, ao assassino não conhece a vítima e não tira vantagem do crime.

> É o caso de matança coletiva naquele jovem de Flórida e que, lombrado, trucida o pai, a mãe, dois irmãos e irmã, sem nenhuma razão.
>
> Na alucinose canábica, o homicídio é praticado com os maiores requintes de maldade; com absoluto sangue frio; é o gozo lúdico; matam por prazer. O criminoso, frequentemente, não foge; não reage; deixa-se prender e, às vezes, comparece ao enterro da própria vítima, como no caso do 'Bola de Neve', relatado em observação anterior, na capital sergipense. (PARREIRAS, 1958, p. 266-267)

O artigo de Décio Parreiras, com tudo o que traz a respeito da periculosidade do usuário de maconha, apresenta-se quase como um espelho que em tudo inverte as ideias expressas na comunicação de Neves-Manta, sobre o toxicômano em geral. O confronto é interessante ao tema desta tese, sobretudo pelo fato de serem, ambos, agentes reconhecidos no campo. Parreiras, por exemplo, era membro honorário da Academia Nacional de Medicina desde 1934, enquanto Neves-Manta, como já foi mencionado, foi admitido na ANM, na condição de imortal, em 1945. No debate sobre drogas, Neves-Manta representava um sopro de renovação, com ideias ainda inexploradas na realidade brasileira, filiadas ao universo da psicanálise, ao passo que Parreiras era um legítimo representante de uma psiquiatria eugênica, biologicista, e francamente filiada às perspectivas da LBHM. Mas a principal divergência entre os autores se expressa nas suas posições acerca da criminalização dos usuários: enquanto Parreiras sustenta a existência de incoercíveis impulsos criminógenos disparados pelo uso de maconha, Neves-Manta afirma que apenas os traficantes deveriam receber tratamento penal. Não deixa de ser curiosa, por fim, o modo com que Parreiras sustenta esta periculosidade, com uma articulação psicopatológica peculiar, em que psicopatia, psicose e esquizofrenia fundem-se de uma maneira no mínimo insólita e pouco usual.

Nos anos 50, esta articulação entre uso de drogas e violência seguirá dando a tônica da produção acadêmica sobre o tema, como se pode atestar a partir de dois artigos de 1954. Maurício de Medeiros (1958, p. 384), por exemplo, afirma que a mistura de maconha com álcool despertaria, nos usuários, reações de "extrema violência", e que com o aumento progressivo da dose, adviria a perda da razão. Já para Pedro Rosado, "[...] é preciso não esquecer, que muitas vezes, o viciado utiliza o tóxico com a intenção deliberada de cometer o crime, ou qualquer outra violência" (ROSADO, 1958b, p. 343). A maquinaria produtora de medo seguia ligada, e em pleno funcionamento, ensejando e sustentando a criação de técnicas de cuidado e políticas públicas constituídas justamente para responder à paranoia antidrogas.

Em 1955, deparo-me com uma obra peculiar. Ernani Lopes, de quem já falei quando me demorei um pouco mais a respeito da LBHM e do movimento eugênico, publica um livro para problematizar as possibilidades da utilização de diferentes manifestações artísticas no enfrentamento do alcoolismo, além de sustentar uma importante controvérsia com Décio Parreiras. Logo no início, há três dedicatórias que merecem transcrição:

> À Liga Brasileira de Higiene Mental, fazendo votos para que "seções de anti-alcoolismo" como as dessa benemérita instituição sejam fundadas em todas as agremiações cativas do Brasil.
>
> À União Brasileira Pró-Temperança, que, igualmente, pela sua atuação admirável contra o grande vício do etilismo, faz jus à gratidão fervorosa de quantos amam a nossa Pátria.
>
> À Associação Antialcoólica de São Paulo, que, por sua vez, está colaborando na grande campanha temperante com patriotismo e eficiência inexcedíveis. (LOPES, 1955, p. 13)

O autor menciona um subcomitê de alcoolismo "[...] instituído pelo nosso Governo junto à Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes" (LOPES, 1955, p. 20). Defende uma campanha para convencer os bebedores não alcoolistas a deixarem o álcool, como estratégia para diminuir a pressão contrária a uma "lei seca". E faz algumas recomendações às autoridades:

> 1) limitação do número de bares, botequins, tendinhas e quejandas "fábricas de ébrios" (pelo menos impedindo que "novos" estabelecimentos desse gênero sejam licenciados pelas Prefeituras);
> 2) proibição progressiva dos anúncios – jornalísticos, radiofônicos, ou outros – de bebidas alcoólicas, graças aos quais é, infelizmente, a propaganda dos temperantes neutralizada em grande parte;
> 3) organização de comissões técnicas constituídas por higienistas e economistas em íntima colaboração, visando a promover a transformação paulatina das atuais indústrias de bebidas embriagantes em outras não prejudiciais ao povo, - isso de modo que daí não resultem prejuízos pecuniários para os industriais empregadores ou empregados. (LOPES, 1955, p. 21)

Lopes comenta a nova orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) à época, no sentido de que o alcoolismo fosse tratado como doença (LOPES, 1955, p. 22). O autor considera tal abordagem permissiva, já que o uso de álcool passaria a ser considerado problemático apenas quando levado a cabo por alcoolistas. Considera que entre o alcoolismo e o uso controlado, "[...] a fronteira é sempre imperceptível e, por isso mesmo, há perigo latente, que a qualquer momento se pode concretizar, transformando uma pessoa equilibrada num alcoólatra habitual ou num paciente de toxicomania alcoólica" (Idem, p. 23). Portanto, defende que "[...] só o abstêmio total

voluntário proporcionará a certeza de evitar toda e qualquer possibilidade de alcoolização inconsciente, - em vista de não existir nenhum meio prático de saber qual a dose inofensiva de cada bebida para cada organismo" (Ibidem, p. 23). E conclama às "[...] pessoas notoriamente sóbrias e controladas, deixar, para sempre, de beber, a fim de dar o grande exemplo que permitirá, um dia, a extinção da indústria e do comércio de bebidas tóxicas" (Ibidem, p. 23).

Um dos defensores da posição da OMS no Brasil foi o professor Décio Parreiras, que registrou suas ideias sobre o assunto em "O álcool não é a causa do alcoolismo", livro que Ernani Lopes qualifica cordialmente como "brilhante trabalho", mesmo apontando críticas duras à obra. Parreiras interpela duramente os defensores da abstinência alcoólica radical, lembrando que a OMS passou a defender a tese de que apenas o uso problemático deveria ser alvo de intervenção. Irônico, afirma que os defensores da abstinência total e irrestrita seriam como "devotos de Santa Rita" (a santa das causas impossíveis), e "[...] leigos de boa fé, que serão acolhidos, futuramente, no reino do céu" (PARREIRAS, 1953, p. 6).

Para Parreiras (1953, p. 6), somente pessoas que têm efeitos desagradáveis ao beber, ou pessoas que deste hábito não extraem nenhum prazer, optariam pela abstinência radical, e que a intervenção terapêutica deveria se focar nos distúrbios de personalidade e desajustes sociais do alcoolista, "[...] porque aí é que está a causa de seus males, e sem o quê, privado da bebida, ele vai procurar a morfina, os edifícios mais altos e o oceano revolto, para afogar os seus tremendos conflitos internos" (Idem, p, 7). Lopes, por seu turno, afirma que as pessoas que não têm nenhum problema com o álcool podem escolher a abstinência por solidariedade, para "[...] fazer proselitismo por doutrina e convicção – embora tais abstêmios possam ter algumas bebidas alcoólicas como sumamente agradáveis e incapazes de lhes trazer qualquer mal-estar generalizado, em doses não embriagantes" (LOPES, 1955, p. 28).

Mas o cerne da controvérsia fica claro pouco mais adiante: enquanto Parreiras acredita que "[...] só chegam ao alcoolismo os que, por uma deficiência física ou mental, ou por um desajustamento econômico-social, procuram no álcool um recurso para fugir de sua desastrosa realidade" (PARREIRAS, 1953, p. 7), Lopes afirma que não se deve fazer "[...] vista grossa para a massa enorme de bebedores 'moderados', entre os quais os alcoolistas não ébrios vão pelo mundo espalhando desastres, cometendo crimes, gerando filhos anormais" (LOPES, 1955, p. 31).

Décio Parreiras critica as Semanas Antialcoólicas, que foram articuladas e coordenadas por Ernani Lopes ao longo de décadas, defendendo que "Semanas Contra o Alcoolismo" seria um nome mais adequado, e que "[...] dezenas de séculos de campanha antialcoólica ininterrupta" não conseguiram lograr qualquer êxito em debelar as "[...] causas determinantes da embriaguez consecutiva" (PARREIRAS, 1953, p. 7). Lopes (1955, p. 157-161) inicia sua contra argumentação listando, em mais de quatro páginas, dezenas e dezenas de lideranças da sociedade civil e de instituições públicas e privadas, que ao longo de décadas, apoiaram as Semanas Antialcoólicas. Faz referência a um documento em que a OMS lista 41 causas do alcoolismo, como a existência de publicidade de bebidas e a falta de condenação moral ao uso, para afirmar que as Semanas Antialcoólicas estariam muito mais afinadas com tais premissas do que Parreiras poderia perceber. Outras, entretanto, escapariam ao escopo da atividade, tais como *analfabetismo*, *psicopatias*, *desemprego*, *fome*, *luto*, *grandes catástrofes*... Irônico, Lopes (1955, p. 180) questiona Parreiras: como seria possível combater tais flagelos no curto espaço de uma semana?

Já no final de seu livro, Ernani Lopes abdica do tom cordial e respeitoso com que vinha sustentando o debate. Depois de algumas páginas afirmando a importância das Semanas Antialcoólicas, o autor desfere alguns golpes duros em Décio Parreiras, com palavras muito fortes, num tom sarcástico, acentuando os seguintes aspectos:

> 1) que nosso opositor, quando, na sinopse, se refere ao não êxito da Lei Seca, só tem em vista o famoso proibicionismo norte americano – cuja história, em geral, não é bem contada – esquecendo, infelizmente, a existência de uma grande república de 400 milhões de habitantes, na qual vigora a Lei Seca, não havendo indícios de que será revogada;
>
> 2) que S.S., ingenuamente, faz o jogo dos alcoolizadores, e dos governos tímidos quando [...] adota o ponto de vista de alguns higienistas estadunidenses, os quais não querem combater a indústria e o comércio de álcool-bebida, por uma misteriosa estratégia ininteligível;
>
> 3) que as Semanas Antialcoólicas, no Brasil, ao revés do que presume S.S., contam, no seu ativo, não apenas a modificação notória da mentalidade culta, em relação ao uso de álcool, mas, por igual, casos concretos de cura do alcoolismo grave, pela simples ação de sua propaganda [...];
>
> 4) que deveriam compreender, os novos líderes da companha contra o alcoolismo, quanto é pouco simpática a sua tese de somente decretar a abstenção total para os ex-alcoólatras, humilhando, pois, a estes, com sua suficiência e a pseudo imunidade do seu "faça o que eu digo e não ligue ao que eu faço". (LOPES, 1955, p. 181-182)

A reação de Ernani Lopes permite mensurar a dimensão do ataque representado pelo livro de Décio Parreiras às concepções da Liga Brasileira de Higiene Mental. Logo depois da introdução, o primeiro capítulo inicia explicando que até o final dos anos 20 "[...] o médico e o sociólogo não tinham elementos suficientes para uma concepção científica do alcoolismo, de molde a iniciar um movimento inteiramente diverso daquele que as organizações não profissionais de abstinência haviam levado a efeito" (PARREIRAS, 1953, p. 9). Não se deveria, portanto, confundir luta *contra o alcoolismo* e *combate ao álcool*. Portanto, não seria justo nem factível privar "61 milhões de pessoas do uso de bebidas alcoólicas porque 4 milhões adoecem" (Idem, p. 9-10).

> Pretender curar o alcoólatra, retirando-lhe a bebida e forçando-o a um regime de abstinência, sem um processo seguro de reajustamento, é perder tempo. Para isto bastaria manter o ébrio na prisão durante 6 a 12 meses, a fim de conseguir a total reabilitação do mesmo, o que, no entanto, jamais se obteve com os presidiários. (PARREIRAS, 1953, p. 13)

As novas diretrizes da OMS demandavam uma nova terminologia. Emerge o conceito de *tolerância*, e as pessoas com "[...] alterações físicas, mentais, sociais e econômicas" decorrentes do uso do álcool seriam os *alcoólatras* (PARREIRAS, 1953, p. 11). "A expressão *curado* caminha para desaparecer no capítulo do alcoolismo e tende a ser substituída por *estabilizado*" (Idem, p. 11), que seria "[...] aquele indivíduo que se tornou abstinente por um período mínimo de dois anos" (Ibidem, p. 12).

Para o alcoolismo, o álcool seria necessário, mas não suficiente; além disto, seria preciso uma *personalidade pré-alcoólica*. Tal perspectiva, entretanto, encontraria muitas resistências, já que estudiosos não conseguiam chegar a qualquer acordo sobre, por exemplo, que tipo de personalidade estaria mais protegida do alcoolismo (PARREIRAS, 1953, p. 14), que seria "[...] uma enfermidade por distúrbios metabólicos, muito próxima do diabetes" (Idem, p. 53). Se necessária a internação, a opção seria por "[...] hospitais de clínica geral, às vezes de clínicas especializadas, mas nunca em manicômios, a menos que o bêbado seja também um louco" (Ibidem, p. 53).

Como base para a uma política de saúde dirigida ao problema, Parreiras propõe a realização de um amplo inquérito para conhecer as características do alcoolismo no país. Só assim seria possível construir medidas *educativas*, *curativas* e *preventivas*, tomando-se inicialmente as duas primeiras, e apenas mais adiante a prevenção, "[...] seguramente a mais complexa das três iniciativas" (PARREIRAS, 1953,p. 71)

Parreiras discute as diretrizes internacionais para o tratamento do alcoolismo. Critica a abordagem policial, e também o baixo acolhimento que seria a tônica na maioria dos hospitais. Afirma que em outros países do mundo, o alcoólatra já seria tratado como um doente com necessidades tão legítimas quando qualquer outro paciente (PARREIRAS, 1953, p. 69-72). Descreve diversas abordagens, medicações e dietas específicas para a etapa de desintoxicação, antes de passar para aspectos do "[...] tratamento antialcoólico *de fundo*, que pode durar de 6 a 24 meses ou mais" (Idem, p. 79). Inicia recomendando paciência, além de equipe multiprofissional:

> Não trata o etilismo quem quer e sim quem pode. Somente aquele médico que dispõe de hospital ou de consultório especializado, com um grupo de auxiliares capaz de atender vários problemas que se enfileiram diante. Ademais é um erro admitir-se que exista um medicamento capaz de curar, por si só, os diferentes tipos de bêbados. (PARREIRAS, 1953, p. 79)

Elenca terapêuticas diferenciadas para cada nível de alcoolismo, e descreve os sistemas de algumas instituições estadunidenses e europeias. Apresenta com maior profundidade quatro tratamentos: a) aversão pavloviana; b) aversão medicamentosa; c) hormonioterapia; d) psicoterapia (PARREIRAS, 1953, p. 80-99). Com menor profundidade, expõe uma série de outras técnicas, que poderiam funcionar em combinação com as quatro apresentadas anteriormente, com destaque para os Alcoólicos Anônimos (Idem, p. 99-105).

No limiar dos anos 60, as narrativas eugênicas da LBHM ainda ecoavam no campo constituído em torno das técnicas e políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. Grito rouco que vai lentamente se transformar em murmúrio, até desaparecerem quase que completamente. Neste contexto, é importante perceber a diferença entre o livro (discurso) e o autor (agente). Tomar Décio Parreiras como agente progressista no campo seria desconsiderar, por exemplo, toda a maquinaria de produção de pânico colocada para funcionar no artigo "Canabismo ou maconhismo", de 1949. Não obstante, o livro "O álcool não é a causa do alcoolismo" teve a força de um acontecimento na superfície do discurso. Um acontecimento que, de alguma maneira, demarca o limiar entre duas épocas. Em pouco tempo, novas vozes, novas palavras e novos atores vão surgir, assim como novos sujeitos do discurso. Um campo reconfigurado irá se apresentar como cenário para novas lutas.

3.2.3 DOS ANOS DE CHUMBO À REDUÇÃO DE DANOS

O ponto de partida desta tese foi minha ignorância a respeito das controvérsias históricas quanto às técnicas e políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. No início, não sabia que acontecimentos encontraria. O debate entre Décio Parreiras e Ernani Lopes foi surpreendente; embate duro, que eu julgava ser algo muito recente no campo. Mas não: já havia lutas articulando drogas e saúde, antes da RD.

Em 1961, um acontecimento importante reconfigura todo o cenário mundial em termos de políticas de drogas: a Convenção Única de Entorpecentes, cuja aprovação foi liderada pelos EUA com apoio de mais de 100 países. A convenção é o ponto culminante de um processo iniciado em 1909, com a Conferência Internacional do Ópio, em Xangai. Pela primeira vez na história da humanidade, um conjunto muito considerável de países assinava um protocolo de intenções para atuação global articulada, tendo como meta final a eliminação de alguns aglomerados moleculares específicos, além de instar aos Estados-Membro, sem a mesma ênfase dada às recomendações repressivas, a organização de políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas aos toxicômanos (UNODC, 1961).

A resposta brasileira veio três anos depois, em agosto de 1964 (cinco meses depois do golpe civil-militar, portanto), quando o então presidente Humberto de Alencar Castelo Branco assinou o Decreto 54.216/64, definindo, a respeito da Convenção Única de Entorpecentes, que "[...] a mesma, apensa por cópia ao presente decreto, seja executada e cumprida tão inteiramente como nela se contém" (BRASIL, 1964). Mas este procedimento, assim como as formulações legislativas realizadas no começo do século XX, não se resumiu à simples adequação das normativas brasileiras às diretrizes internacionais:

> Com a incorporação dos postulados da *Doutrina de Segurança Nacional* no sistema de seguridade pública a partir do Golpe de 1964, o Brasil passa a dispor de modelo repressivo militarizado centrado na lógica bélica da eliminação/neutralização de inimigos. A estruturação da política de drogas requeria, portanto, reformulação: ao inimigo interno político (subversivo) é acrescido o inimigo interno político-criminal (traficante). Categorias como *geopolítica, bipolaridade, guerra total*, adicionadas à noção de *inimigo interno*, formatam o sistema repressivo que se origina durante o regime militar e se mantém no período pós-transição democrática. (CARVALHO, 2006, p. 24)

Mas as inovações brasileiras não param aí. Em 1967, o Brasil seria um dos primeiros países do mundo a considerar "[...] tão nocivo quanto o uso de entorpecentes o uso, por exemplo, de anfetamínicos ou dos alucinógenos" (GRECO FILHO, 1995, p. 42). Uma iniciativa coerente com a tradição acadêmica brasileira a respeito dos agravos à saúde decorrentes do uso de drogas até aquele momento; afinal, como é possível depreender de diversos fragmentos compartilhados nesta tese, os nossos especialistas sempre demonstraram dificuldades para diferenciar o potencial de prejuízo relacionado aos diferentes usos de diferentes drogas.

Em 1968, uma nova mudança foi bastante criticada por juristas e especialistas no cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas, mesmo num contexto altamente repressivo como o do final dos anos 1960. O Decreto-Lei 385/68 rompe com o princípio da diferenciação recomendado pela convenção de 1961, "[...] criminalizando usuário com pena idêntica àquela imposta ao traficante" (CARVALHO, 2007, p. 18). Três anos depois, a Lei 5.726/71 retorna à divisão entre traficante e usuário, mas demonstrando o que Salo de Carvalho denomina de "faceta perversa", ao inserir dentre as práticas de tráfico o ato de "fornecer ainda que gratuitamente" (Idem, p. 18). Na prática, o ato de passar um cigarro de maconha para um amigo passou a ser considerado crime análogo ao de tráfico de drogas.

> A legislação preserva o discurso médico-jurídico da década de sessenta com a identificação do usuário como dependente (estereótipo da dependência) e do traficante como delinquente (estereótipo criminoso). Apesar de trabalhar com esta simplificação da realidade, desde perspectiva distorcida e maniqueísta que operará a dicotomização das práticas punitivas, a Lei 5.726/71 avança em relação ao Decreto-Lei 385/68, iniciando o processo de alteração do modelo repressivo que se consolidará na Lei 6.368/76 e atingirá o ápice com a Lei 11.343/06. (CARVALHO, 2007, p. 19)

No que tange à produção científica brasileira acerca das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, a década de 1960 parece extremamente silenciosa. Todas aquelas vozes que gritavam "Eugenia!" agora soam como um sussurro distante. Um período de "entressafra"? Talvez... Mas as condições de emergência de novas discursividades estão sendo engendradas. Novas formas de dizer a verdade das drogas e dos seus usos irão se constituir na superfície do discurso, e novos agentes irão se posicionar em um campo renovado, reconfigurado no contexto da Ditadura Civil-Militar brasileira.

Primeiro, a contracultura. Ou antes, como se um diapasão fizesse desafinar harmonicamente as vozes de Baudelaire, Gautier, De Quincey, Fernando Pessoa, Artaud... Mais para o norte e mais perto do presente, Ginsberg, Kerouak, Bourroughs, Hunter Thompson, Bukowski, Hemingway... Walter Benjamin, por que não? Toda uma tradição de autores que colocaram sua escrita a serviço da reflexão sobre suas experiências com drogas. Tema que retorna, como se o fio de um rosário de formas variadas de dizer as drogas chegasse até os anos 60 e 70, tendo a música como plataforma preferencial.

A contracultura, em sua diversidade e valores de paz, amor e liberdade, levou muito a sério os usos de drogas, e refletiu a respeito disto. Quando se assiste "Grass" (MANN, 1999), documentário sobre a história da proibição da maconha nos Estados Unidos, percebe-se uma transformação nas canções: nos anos 40 e 50, eram os efeitos descritos com humor e ironia; já nos anos 60 e 70, a partilha de experiências psicodélicas e o protesto contra as leis criminalizantes. "John Sinclair" é uma canção deste último tipo, por meio da qual John Lennon (1972) denuncia a condenação a dez anos de prisão imposta ao ativista político e poeta homônimo, por ter oferecido dois cigarros de maconha a um policial. É possível sentir uma sutil passagem que leva da transgressão à desobediência civil, e destas à articulação entre experimentação estética e o movimento social em defesa de mudanças legislativas, forte e organizado o suficiente para fazer incluir, poucos anos depois, a legalização da maconha na plataforma política do candidato democrata Jimmy Carter.

No Brasil, nos anos 60 e 70, ainda não era possível encontrar canções como "John Sinclair", com críticas abertas às políticas de drogas, talvez por conta da pesada repressão à produção cultural considerada ofensiva, não apenas à ditadura civil-militar, mas também à moral vigente. Assim como tantos outros temas, as questões relativas ao uso de drogas eram metaforizadas nas canções, a exemplo de "Maria Joana" (Erasmo Carlos, 1971), "O mal é o que sai da boca do homem" (Pepeu Gomes, 1980), ou do disco "Mutantes e Seus Cometas no país dos Baurets" (MUTANTES, 1972)... Fora das arenas tradicionais, na periferia do campo instituído, vozes a serem escutadas:

> Para vislumbrar um panorama mais amplo sobre a questão das drogas na atualidade é necessário mapear mais detidamente as manifestações no campo cultural (música, cinema, literatura etc.) das décadas de 1960/70 e as implicações na produção de subjetividade. (DIAS, 2013, p. 97)

Se a contestação às políticas de drogas precisou valer-se de sátiras e metáforas, isso não foi diferente com as canções que criticavam a Ditadura de um modo mais global, como no exemplo mais que conhecido de canções como "Apesar de você" e "Cálice". Surgem setores da intelectualidade e do movimento estudantil que, influenciados pelo maio de 68 francês, buscam articular os debates da esquerda tradicional ao tema das liberdades individuais e dos usos dos prazeres; estes grupos enfrentam resistências a partir de um certo "moralismo de esquerda", que posiciona as drogas como uma estratégia imperialista para alienação da juventude revolucionária.

Rafael Dias defende a tese de que os movimentos de contracultura dos anos 60 e 70 ajudaram a engendrar as condições de emergência para a experiência brasileira com RD. Vida como obra de arte: afirmação, em ato, de formas de existir nas quais "[...] a experimentação com os psicotrópicos era elemento fundamental das descobertas estéticas e políticas" (DIAS, 2013, p. 97). O tema das drogas penetrava em espaços como O Pasquim, "[...] onde se trava um debate relevante sobre as transformações subjetivas que se operam na juventude brasileira" (Idem, p. 103). Júlio Delmanto fez um percurso semelhante, interrogando a baixa acolhida que o tema das drogas recebeu da esquerda brasileira nos anos 60 e 70, que se identificava com valores que "[...] estavam fortemente marcados, ou mesmo condicionados, pela tática da luta armada", aos quais "[...] o forte apego à disciplina e o ideal de sacrifício tinham notável influência na opção pelo combate armado como instrumento de enfrentamento da ditadura e implementação do socialismo" (DELMANTO, 2013, p. 117).

> Vemos que a subjetividade dessa geração mais nova (*hippie*) é percebida diante da experiência com as drogas como uma certa atitude de marginalização em relação ao padrão estabelecido. Nesse caso, a marginalização não está ligada à identificação direta com os "bandidos", tal como transformar-se em "marginal", mas na atitude de colocar-se à margem, uma experiência limiar. Ou seja, experimentar intensidades que estão na fronteira do considerado normal, da percepção ordinária do mundo e das coisas, viajar, buscar novos territórios existenciais ainda não explorados, ou seja, uma posição minoritária diante dos esquemas consagrados. (DIAS, 2013, p. 270)

Em sua análise, Rafael Dias retira os movimentos de contracultura dos anos 60 e 70 de uma clandestinidade à qual seguiriam submetidos, não mais pelo aparato de repressão da Ditadura Civil-Militar, mas pelo silenciamento a respeito da importância histórica de suas experimentações. Os ditos "desbundados" foram não apenas atacados pelas forças de repressão, como desprezados pelos grupos comprometidos com a

esquerda tradicional, de orientação marxista-leninista. Em suas pesquisas, Júlio Delmanto encontra uma matéria significativa desta dinâmica no jornal do Movimento de Libertação Popular (MOLIPO), em 1972, na qual o grupo busca "[...] deixar bem claro que, também todo tipo de 'contestação' ao nível do extravagante, erótico ou tóxico não passa de um escapismo cabotino que só interessa à Ditadura" (MOLIPO *apud* DELMANTO, 2013, p. 134). O resultado desta apartação é problematizado por Delmanto ao fim de sua dissertação:

> Agindo assim, não só a fundamental crítica aos nefastos efeitos sociais e políticos do proibicionismo permaneceu, quando muito, relegada ao último escalão das preocupações dos grupos e indivíduos propositores de um outro mundo, mas também as energias da embriaguez mantiveram-se afastadas da revolução, distante do que propunha Benjamin. Perdeu potencial de iluminação profana o êxtase, perdeu potencial de transformação a revolução. Ganharam o proibicionismo, a injustiça, o preconceito, a violência, a opressão. (DELMANTO, 2013, p. 322)

Se do lado da esquerda, o uso de psicoativos ilegais foi parte da ampla controvérsia entre *desbundados* e revolucionários, do lado da direita comprometida com a sustentação da Ditadura Civil-Militar, não havia dúvidas quanto ao lugar das drogas e o modo de se lidar com tais questões: pela via da repressão. Em 1973, o governo brasileiro apresenta suas ações no "combate ao uso de tóxicos" na 42ª Assembleia Geral da Organização Internacional de Polícia Criminal (Interpol), em Viena. Afirma que até a I Guerra Mundial, o uso de drogas era um problema menor, limitado às pessoas de "má vida" (BRASIL, 1973, p. 7). Depois do conflito, entretanto, cocaína e ópio chegaram às camadas abastadas da sociedade brasileira, mas somente nos anos 60 é que as preocupações ganharam força (Idem, p. 9).

Segundo a publicação, o Brasil produz uma série de aperfeiçoamentos em suas legislações sobre drogas, entre 67 e 71, com "demorados e extensos" debates sobre a repressão penal ao uso pessoal. Para os autores, esta "válvula de jurisprudência" teria sido responsável por abrir "[...] flanco à penetração do mal", comprometendo "[...] a repressão à difusão do tóxico" (BRASIL, 1973, p. 11). No discurso oficial da ditadura, portanto, o esforço de garantir amplo debate teria sido responsável pelo aumento do uso de drogas ilícitas, entre as décadas de 60 e 70. A partir de 1971, entretanto, uma nova lei garantiria aos usuários um tratamento diferenciado daquele conferido aos traficantes, com medidas de recuperação (Idem, p. 12).

A lei de drogas de 1971 enfatizava "[...] a necessidade de participação geral no combate aos tóxicos, que faz constituir dever jurídico de toda pessoa física ou jurídica" (BRASIL, 1973, p. 13). As atividades preventivas passam a ser de exclusividade Ministério da Educação e Cultura, e toda e qualquer peça educativa deve passar pelo crivo do Conselho de Prevenção Antitóxico, criado no âmbito daquele ministério. Por fim, os "serviços de censura" passam a receber orientação no sentido "[...] fiscalizar rigorosamente os espetáculos públicos, a fim de evitar representações, cenas ou situações que possam suscitar interesse pelo uso de tais substâncias" (Idem, p. 17).

O capítulo "Da recuperação de viciados" traz elementos interessantes ao escopo desta tese. A legislação brasileira da época previa possibilidade de tratamento diferenciado à pessoa que cometesse ato infracional motivado pela dependência de drogas. No entanto, o texto problematiza e posiciona tal possibilidade como paradoxal, já que implicaria em "absolver" todo dependente de drogas que cometesse um crime (o que seria, na prática, impossível):

> Enfrenta a lei, ainda, o problema da responsabilidade penal dos viciados infratores, estabelecendo que quando o juiz absolver o agente, reconhecendo que, em razão do vício, não possui ele a capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento, ordenará sua internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação. (BRASIL, 1973, p. 18-19)

O critério seria análogo àquele que determina a inimputabilidade da pessoa com transtorno mental que comete infracional, exigindo apenas que, no texto dos laudos, a expressão "vício" substitua a expressão "doença mental", ainda que o vício, nestes casos, consubstancie a doença mental.

> Por outro lado, não é suficiente o vício como doença mental para caracterizar inimputabilidade: há de o agente, no momento do fato criminoso, em razão do vício, não possuir capacidade de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento. (BRASIL, 1973, p. 19)

A saída, portanto, dar-se-ia de modo diferenciado em cada caso ou circunstância. O texto não explicita os procedimentos de averiguação, mas se considero os elementos fornecidos por uma das pessoas entrevistadas nesta pesquisa, torna-se possível imaginar que se está no registro da avaliação psiquiátrica realizada por profissional vinculado a um manicômio judiciário. Isto feito, o tratamento domiciliar ou ambulatorial fica excluído, e a internação torna-se obrigatória.

> Reconhecida a inimputabilidade do agente cujo vício excluiu sua capacidade no momento do fato, na forma já exposta, o juiz determinará a sua internação em estabelecimento hospitalar, para tratamento psiquiátrico, pelo tempo necessário à sua recuperação. É alterada, aqui, a regra geral do Código Penal em vigor, que indica ser o Manicômio Judiciário o lugar de internação do inimputável perigoso. (BRASIL, 1973, p. 19)

O texto admite a incapacidade da rede pública hospitalar para absorver a demanda de internações referentes a tais casos. Não obstante, insiste-se em impedir o tratamento ambulatorial e domiciliar, postergando-se a solução definitiva para um futuro indefinido, que poderia ser antecipado pela própria exigência legal a pesar sobre o Estado. Além disto, as internações deveriam ser realizadas sempre em hospitais públicos; não obstante, não haveria nenhum veto a realização de convênios entre Estado e estabelecimentos privados, desde que devidamente credenciados a sujeitos à fiscalização. Nos casos em que o viciado se recuperasse durante a internação, sua pena deveria ser suspensa, e sua ficha criminal, extinta (BRASIL, 1973, p. 20-21).

A legislação da época trazia as definições de "semi-imputabilidade" e "inimputabilidade". O menor de 18 anos jamais poderia ser enviado ao sistema penitenciário, independente das características do ato infracional, e sua internação só poderia realizar-se em ambiente hospitalar. Ao maior de 18 e menor de 21, ficaria a pena suspensa, desde que inferior a dois anos de reclusão. Sua pena, entretanto, jamais seria cumprida em estabelecimento prisional. Tal possibilidade, nos casos em que a inimputabilidade fosse indeferida, restaria restrita aos maiores de 21 anos. A reabilitação seria destinada apenas aos sujeitos que não fossem considerados "presumidamente perigosos". Nos casos de "viciado infrator reincidente", os prazos de reabilitação seriam contados em dobro (BRASIL, 1973, p. 23).

Como se pode perceber, o tema do cuidado em saúde dirigido ao toxicômano nos anos 70, ao menos no contexto deste relatório oficial do governo ditatorial brasileiro dirigido à Interpol, não passava de um pequeno aspecto de uma preocupação geral essencialmente focada no caráter repressivo da política pública. O tratamento jamais poderia ser ambulatorial, e a decisão sobre o local de internação (manicômio judiciário, hospital psiquiátrico ou clínica privada conveniada) não poderia ficar a cargo do próprio usuário ou de seus familiares. Por outro lado, os adolescentes menores de 18 anos jamais poderiam ser internados a instituições de privação de liberdade, mas apenas em ambientes de caráter hospitalar.

Volto, pois, ao foco no cuidado propriamente dito, e o faço por meio deste livro 1972, de título curioso: "Poluição das drogas". O que a *poluição* estaria fazendo ali? Confesso que inicialmente eu julguei tal articulação apenas risível; mas quando encontrei outro livro (falarei dele mais à frente), organizado por autor igualmente reconhecido, também com a palavra "poluição" no título, considerei aí algo relevante a ser analisado. Retomarei a questão adiante.

"Poluição das drogas" é organizado por José Alves Garcia, que foi professor titular de Psiquiatria no Rio de Janeiro, traz artigos de diversos autores, todos com atuação no Rio de Janeiro: Oswald Moraes Andrade, psiquiatra da Divisão Nacional de Saúde Mental e diretor do Instituto Pinel; Nilson Sant'Anna, professor titular de Medicina Legal da UFF; Talvane Marins de Moraes, livre docente de Psiquiatria; Jorge Alberto Costa e Silva, psiquiatra da Divisão Nacional de Saúde Mental; Mário Santos Moreira, livre docente de Psiquiatria. O livro é apresentado em sua "orelha" pela descrição de uma notícia de jornal, acerca do suicídio de uma jovem de 17 anos, filha de um ex-deputado e neta de um marechal. A jovem foi encontrada morta por sua mãe, apresentada como mulher de 39 anos e desquitada. Tal é o recurso utilizado da apresentação para chamar atenção à importância do tema.

O primeiro capítulo chama-se "Origem e Desenvolvimento das Dependências Tóxicas", e foi escrito pelo organizador da obra. Afirma que sempre se usou drogas, em todos os tempos e culturas. Usa duas expressões, *toxicofilia* e *toxicomania*, para designar o uso benigno e maligno de drogas, sendo que este atingiria apenas às pessoas com a "[...] a estrutura da personalidade, frágil ou defeituosa, a disposição toxicomaníaca individual, devida à instabilidade afetiva, e por isso tornam-se permanentes ou progressivas" (GARCIA, 1972a, p. 14).

Afirma que "[...] as toxicomanias são favorecidas pela inação, pelo desemprego, pelas crises sociais ou econômicas, sobretudo, nas coletividades industriais" (GARCIA, 1972a, p. 14). Os jovens jamais se tornariam toxicômanos, o que só ocorreria entre os 30 e 50 anos, exceção feita às pessoas com predisposição à esquizofrenia. Cita o uso de drogas do século XIX, sobretudo entre artistas franceses, como uma moda; se aquela passou, o mesmo ocorreria no século XX. Critica autores como Huxley, Leary e outros identificados com o movimento hippie. Afirma que a aceleração da história, decorrente da revolução tecnológica, teria produzido uma aceleração biopsicológica dos jovens, que amadureceriam intelectualmente, mas não emocionalmente (Idem, p. 18).

Preocupa-se com o que considera uma explosão das perversões: pornografia, degradação da família, divórcio, emancipação das mulheres, falta da presença materna em casa para cuidar dos filhos, o teatro que só fala de sexo e drogas, o fortalecimento do tráfico de drogas, aumento da violência e da subversão:

> Existe ampla propaganda das perversões sexuais, em âmbito mundial, sobretudo, da homossexualidade. O último censo britânico revelou que há um milhão de homossexuais na Inglaterra, que têm os seus clubes masculinos e femininos, os seus teatros e cinemas. Recente lei, reconhecendo o fato da homossexualidade, permite que esses anormais tenham contrato de convivência, propriedades e contas bancárias comuns. Compare-se o escândalo provocado pelo processo contra Oscar Wilde nos últimos anos do século passado, no final da Era Vitoriana, com a indulgência social para com os homossexuais de hoje, que têm o seu status na comunidade. (GARCIA, 1972a, p. 19)

Discorre sobre teorias da evolução do cérebro, dentro do qual habita uma mente animal primitiva. A dissociação entre estas duas mentes resultaria no "[...] antagonismo entre razão e os instintos primários" (GARCIA, 1972a, p. 24). Daí "[...] a fonte da agressividade, da violência contestatória dos jovens imaturos contra a civilização, contra os valores" (Idem, p. 24). Fala da disseminação do uso de grande variedade de drogas, e afirma que a repressão é inviável. Defende a mobilização dos "[...] meios de comunicação, para esclarecer, educar, combater e oferecer outras motivações aos jovens" (Ibidem, p. 26-27). Apela às religiões (principalmente cristãs), e alerta para o risco do comunismo que corrompe alguns sacerdotes. Conclama as forças armadas à "cruzada antitóxicos", e defende a aplicação de "[...] sanções severas e draconianas aos fabricantes e traficantes de tóxicos" (Ibidem, p. 29).

O capítulo 2, de autoria do Professor Oswald Moraes Andrade (que quatro anos depois, seria um dos redatores pela Lei 6.368/76), chama-se "Aspectos Médico-Sociais das Dependências Tóxicas". Inicia com o conceito de toxicomania da OMS, que à época, consistia em três pontos: a) invencível desejo ou necessidade; b) tendência ao aumento da dose; c) dependência física e psicológica. Chama atenção para o fato de que a OMS considerava em sua definição também o impacto social do uso de drogas, não se restringindo aos efeitos deletérios sobre o próprio usuário.

Logo a seguir, o autor inicia um longo trecho de seu artigo em que se debruça sobre o ópio e seus derivados, apresentados como responsáveis "[...] pela mais grave forma de toxicomania no mundo" (ANDRADE, 1972a, p. 32). Lembra que o uso de opiáceos teria sido problema sério no Brasil entre os anos 20 e 30, mas que graças "[...]

à nossa legislação e atuação das autoridades, o abuso da morfina, da heroína e dos derivados sintéticos de ação morfínica é hoje em dia raro entre os brasileiros" (Idem, p. 32). Traz também alguns aspectos históricos do uso de ópio, desde milênios antes de Cristo, entre chineses, gregos e outros povos da antiguidade. Apresenta como marco de transformação das formas de uso a invenção da seringa Pravaz, em 1864.

Ao falar da iniciação e dependência, afirma que os dependentes passam por quatro etapas: a) iniciação; b) hesitação e intermitência; c) hábito impulsivo; d) decadência e caquexia morfínica. Na crise de abstinência de opiáceos, "[...] o indivíduo é capaz de praticar os mais ignóbeis atos, as maiores baixezas a fim de adquirir a droga de que tanto necessita e que para ele é, realmente, vital" (ANDRADE, 1972a, p. 36). Defende que as pessoas detidas pela polícia devem ser imediatamente enviadas a um hospital, pois precisam "[...] mais de assistência médica do que de punição" (Idem, p. 37). Uma vez desintoxicado, entretanto, "[...] o paciente está recuperado e em condições de reintegrar-se na sociedade" (Ibidem, p. 38).

> Nesta fase, o viciado torna-se agressivo, violento, invectiva os médicos, enfermeiras e todos os que lhe contrariam os desejos. Toda sua energia é concentrada na obtenção do tóxico. O estado de sofrimento aumenta e nada consegue debelar a crise, sendo, por vezes, necessário empregar uma pequena dose do tóxico usual, com o que se obtém verdadeira metamorfose. O indivíduo, de agitado, torna-se tranquilo, sereno e bem humorado. (ANDRADE, 1972a, p. 36-37)

Sobre a maconha, afirma que seu uso estaria mundialmente difundido. Lembra os históricos usos industriais do cânhamo, e a lenda sobre os haxixins, e afirma que "[...] hoje existe uma consciência coletiva de que a maconha é criminógena" (ANDRADE, 1972a, p. 40). Reporta o uso entre os povos muçulmanos e os intelectuais europeus do século XIX. No Brasil, a planta teria sido trazida pelos negros escravizados, ainda no século XVI, mas que também poderia ser encontrada em estados do Norte, onde praticamente não houve chegada de negros escravizados. Lista as razões que levariam as pessoas a usarem maconha: "desajustamento no seio da família, espírito de imitação, curiosidade, vontade de autoconfiança, exibicionismo e desejo de mostrar-se atualizado" (Idem, p. 42). Quanto aos efeitos na vida do usuário, seriam os seguintes: "o jovem incompatibiliza-se com os pais e outros familiares, que o querem ajudar; desajusta-se na escola, cai verticalmente no aproveitamento escolar, entre em atrito com os próprios companheiros, descontrola-se completamente e termina sendo levado ao hospital ou à prisão" (Ibidem, p. 42). Defende a teoria da porta de entrada.

Sobre os efeitos na mente, haveria controvérsias, já que há "declarações fantásticas" que por vezes expressam efeitos muito mais intensos do que os verificados na vida real. Refuta a tese de ampliação dos prazeres do sexo, afirmando que, ao contrário, a maconha conduz à impotência. Lembra que o uso, no Brasil, ficou restrito às camadas mais pobres por muito tempo, mas que espalhou-se por toda a sociedade. A planta consumida no Brasil seria muito mais fraca que a existente em outros países, e que dela não se extrairia "[...] qualquer indicação terapêutica" (ANDRADE, 1972a, p. 45). Relata controvérsias quanto ao seu potencial criminógeno; para alguns autores, ela apenas revelaria uma propensão presente, não na droga, mas no sujeito que a usa.

Sobre cocaína, o autor lembra sua procedência, e o fato de que Bolívia e Peru eram, à época, os maiores produtores mundiais. Cita o uso tradicional entre povos dos altiplanos, e faz ligação deste uso com a frágil saúde daqueles povos. Considera a erradicação da planta muito difícil, e que dependeria mais "[...] de uma política de elevação do padrão de vida da população indígena, com distribuição de alimentos, oferta de empregos e eliminação do analfabetismo" (ANDRADE, 1972a, p. 47). Afirma que o uso pode ser interrompido bruscamente, sem risco de síndrome de abstinência. Não obstante, considera necessária a internação (Idem, p. 48). Como estratégia preventiva, defende "[...] campanhas de caráter permanente", bem como a "[...] destruição das fontes produtoras", com substituição por outras culturas. (Ibidem, p. 50).

A respeito do álcool, o autor lembra que o mesmo tem sido responsável por atos criminosos e por agravos à vida familiar. Nos predispostos, desencadeia psicoses e "[...] colabora para a decadência humana" (ANDRADE, 1972a, p. 50). Para quem se sente bem com pequenas doses, há o risco de tornar-se alcoolista, além de incentivar o uso de outras drogas, ideia defendida anteriormente por Ernani Lopes. Refere o Decreto 967/62, que proibia a entrada no país de estrangeiros diagnosticados como alcoolistas. Defende que o alcoolista seja visto e tratado como doente, "[...] e não com medidas punitivas, que não resolvem e, ao contrário, agravam o problema" (Idem, p. 52). Apresenta a definição de alcoolismo elaborada pelo Subcomitê Nacional de Alcoolismo:

> Alcoolistas são bebedores excessivos, cuja dependência do álcool chega ao ponto de eles apresentarem perturbação mental evidente, com manifestações afetando sua saúde física e psíquica, suas relações individuais, seu comportamento social e econômico ou pródromos de perturbações deste gênero e que por isso necessitam de tratamento. (ANDRADE, 1972a, p. 52)

Defende que a única saída é a "[...] abstinência absoluta de álcool" (ANDRADE, 1972a, p. 56). Relata a tentativa de produzir aversão ao álcool com técnicas pavlovianas. Como "métodos modernos", menciona hipnose, narcoanálise e a terapia ocupacional (ANDRADE, 1972a, p. 62). Afirma o alcoolismo como problema complexo, e que seria necessário pesquisar as razões que levaram o sujeito a beber. Defende a mescla de tratamento psicoterápico e medicamentoso, com atenção para a personalidade de cada paciente, e abordagens que privilegiem o *insight*. Alerta para o uso de Antabuse®, que produz reações adversas quando a pessoa insiste em beber; em alguns casos, tal procedimento seria perigoso. Considera condenável a internação, a menos que o próprio paciente manifeste este desejo, quando em sobriedade (Idem, p. 63).

> No dia seguinte, já desintoxicado e vendo-se cercado de doentes mentais, o alcoolista revolta-se e, por sentir-se segregado da sociedade e vítima de injustiça, vai direto ao primeiro bar ao deixar o hospital. Seu pensamento é o de que, não sendo doente mental, não deveria ter sido colocado no meio de tais doentes.
>
> Quando o paciente concorda em se internar, pode-se submetê-lo a sonoterapia, encaminhando-o posteriormente à psicoterapia. O sono quebra aquele hábito que já estava condicionado no indivíduo e o levava a beber com um ritual quase obsessivo.
>
> É importante que durante o tratamento se dê atenção especial ao alcoolista, visando à valorização de sua personalidade, que até então sempre foi relegada a um plano secundário. (ANDRADE, 1972a, p. 63)

O capítulo 3 intitula-se "Aspectos Ético-Sociais das Dependências Tóxicas", e foi escrito por Nilson Sant'Anna. Afirma que, à imaturidade e à toxicofilia, "[...] somam-se os conflitos com os meios familiar e ambiental, originando-se, assim, a série de atividades ilícitas do dependente" (SANT'ANNA, 1972, p. 67). O usuário não vê significado em princípios éticos e morais comuns à sociedade como um todo, e suas normas passam a ser regidas pelo tóxico. Afirma que a personalidade do viciado é "[...] mal estruturada, imatura, inadaptada ao meio em que vive, sempre ávido em busca de sensações hedonistas, de um bálsamo que lhe mitigue a ansiedade, que lhe facilite dissipar a permanente angústia em que vive" (Idem, p. 68). Segue abaixo uma longa citação, em que o autor descreve a personalidade do toxicômano:

> Mantém-se o viciado em desequilíbrio emocional, sempre inquieto e apreensivo. Faltam-lhe o controle, segurança e estabilidade dos sentimentos, ao mesmo tempo em que lhe sobram impaciência e intranquilidade. O esmaecimento afetivo que experimenta, a "pobreza do sentir", deve ser distinguido do "vazio de sentir", a verdadeira devastação observada nos deficientes mentais e nos esquizofrênicos desagregados.

> O toxicofílico, angustiado pela vida que leva e pela situação em que se vê envolvido, caminha mortificado pelo presente. Almeja um futuro que obscureça os momentos desagradáveis do presente, onde lhe seja possível ressurgir livre dos laços odiosos do passado, que o oprimem, o debilitam, o arrasam. Não consegue ver no presente beleza e alegria, nem dele retirar algum alento ou satisfação, pelo empobrecimento de sua capacidade de sentir e de se comunicar com real empatia com os que com ele vivem. Luta para fugir da realidade dos fatos, inclina-se a viver em fantasia de um mundo novo, em que não seja exigido tanto de si, criatura frágil e impotente. E porque assim é, sente premência de se engrandecer, de se mostrar mais forte e poderoso, ou, pelo menos, de assim se sentir.
>
> Sem afeto, pouco comunicável, mas precisando de algo que lhe dê amor e amparo, refugia-se em um ambiente no qual mais facilmente de adapte, aquele em que contracenam outros angustiados, desajustados e imaturos, para nesta nova comunidade estabelecer vínculos de novas amizades. Passa, então, a viver nessa confraria, onde, se não é possível a comunhão de almas, haverá, por certo, a identificação, a igualdade entre os que a compõem.
>
> A união é estabelecida por interesses recíprocos, por necessidades mútuas, pelo anseio de paz e tranquilidade, sem amor ou mesmo simpatia, antes com intolerância, aversão, ódio ao companheiro de infortúnio. Vê e sente no sócio, no amigo, apenas a relação objetal, o complemento da realização de uma necessidade. Não a pessoa, o homem que pensa, ama e sofre. Estabelece-se, assim, a camaradagem sem dedicação, a convivência sem afeto, a fraternidade com repulsa.
>
> Vai abolindo, aos poucos, os sentimentos morais, de ética, as regras comunitárias, os princípios de dignidade, a autocrítica. Desinteressado de tudo e de todos, segue, em sua peregrinação, almejando encontrar o que lhe falta e não consegue encontrar. É tão pouco aquilo que carece, mas tão extremamente valioso e de aquisição quase impossível – uma chama – que lhe possa dar a vivacidade de que necessita, que lhe aqueça o interior da alma tão fria e desnuda.
>
> Na impossibilidade de dar, de realizar, de proporcionar, de construir – agride, violenta, aniquila, destrói. (SANT'ANNA, 1972, p. 68-70)

Descreve dois tipos de viciado: o homem do campo, "matuto, sertanejo, miserável e espoliado", e o jovem da cidade, "[...] inafetivo, estranho nos hábitos" (SANT'ANNA, 1972, p. 72). Duplo sujeito do discurso: nos sintomas, em nada diferem, "[...] mas as atitudes, a anômala impulsividade, a conduta, a emotividade, as reações e a agressividade serão diversas" (Idem, p. 72). Aborda as divisões entre traficantes e usuários, que descreve como imprecisas e flutuantes, já que todo usuário poderia, em algum momento, tornar-se também um negociante de drogas. Elogia o artigo 10 da lei 5726/71, que determina aos dependentes a "[...] internação em estabelecimento hospitalar para tratamento psiquiátrico pelo tempo necessário à sua recuperação" (Ibidem, p. 75). O viciado seria, portanto, inimputável.

> A internação promove facilidade no tratamento, pelo afastamento do viciado do meio ambiental em que vive, com fácil acesso à droga e envolvido pela problemática sócio-familiar que o conturba. Além disso, o tratamento medicamentoso pode ser dirigido com maior eficácia, visando a combater a ansiedade, núcleo fundamental dos sintomas exibidos. A própria permanência em hospital psiquiátrico, por tempo variável, exerce influência acentuada na personalidade alterada do dependente, mostrando-lhe a situação real que o atingiu e o conduziu á coexistência com doentes mentais nos mais diversos graus.
>
> Entretanto, defendem alguns psiquiatras a ideia de que o tratamento em regime ambulatorial poderia, em alguns casos, proporcionar melhores resultados que o tratamento nosocomial.
>
> Acreditam que o afastamento do convívio familiar e social, justamente aquele onde entregou-se à dependência, não proporcionaria as condições necessárias à sua recuperação. Pensam, assim, deva ser aconselhado, senão para todos, pelo menos para alguns selecionados, o tratamento ambulatorial. (SANT'ANNA, 1972, p. 78)

O autor refere alguma controvérsia com respeito à melhor abordagem terapêutica para o tratamento de pessoas que usam álcool e outras drogas. No caso do tratamento para o alcoolismo, o próprio autor considera a internação iatrogênica, já que os pacientes não se considerariam doentes mentais. Não obstante, afirma a hospitalização manicomial como melhor alternativa para os dependentes de drogas tornadas ilícitas, mesmo no caso da cocaína, cuja retirada brusca não resultaria em síndrome de abstinência. Não se explicitam, no entanto, as razões para estas distintas abordagens.

No capítulo "Aspectos Psicopatológicos das Drogas Alucinógenas e Psicoestimulantes", retorna o professor Oswald Moraes Andrade. Cita inicialmente outras substâncias, mas define o foco sobre o LSD, e sua capacidade de gerar efeitos grandiosos com pequeníssimas doses. Alerta para o fato de que a droga vendida no Brasil seria toda de origem clandestina, o que aumentaria ainda mais os riscos para os usuários. Nos EUA, o uso da droga teria adquirido contornos de calamidade pública, sendo "[...] responsável por uma série de acidentes pessoais, de trânsito, de suicídios, crimes e psicoses" (ANDRADE, 1972b, p. 83).

As aplicações terapêuticas do LSD seriam restritas, como na psicoterapia das neuroses. Sua utilização, entretanto, apresentaria mais riscos que benefícios. O uso em pacientes esquizofrênicos teria dado maus resultados. Em alcoolistas, teria tornado mais severos os quadros de *delirium tremens*. Defende, por fim, que a droga seja proscrita, pois quanto aos riscos, só ficaria atrás da heroína (ANDRADE, 1972b, p. 85-86).

A respeito das anfetaminas, o autor afirma sua ação criminógena e a relação com surtos psicóticos, ainda que a toxicidade da droga seja baixa e a overdose muito difícil (ANDRADE, 1972b, 89-90). Durante a II Guerra Mundial, as anfetaminas teriam utilizadas para aumentar a energia dos combatentes; nos anos 70, passaram a ser utilizadas por estudantes e trabalhadores em busca de maior rendimento, e para combater o sono. Em altas doses, produzem estímulo cerebral, euforia, loquacidade e insônia. Como efeitos adversos, destacam-se o emagrecimento, taquicardia e instabilidade circulatória. Relata também angústia, inquietude, irritabilidade e alucinações terroríficas. O autor refere prescrições de anfetaminas para motoristas sonolentos e crianças com anomalias de comportamento, condenando ambas as práticas (Idem, 91-92).

Não haveriam relatos de síndrome de abstinência, o que definiria as anfetaminas como drogas não *toxicomanógenas*, mas *habituógenas*. Reporta-se à discussão e definição realizada no âmbito da OMS, em 1964, quando as categorias *hábito* e *toxicomania* foram substituídas pelo conceito de *dependência* (ANDRADE, 1972b, p. 93). Com respeito ao tratamento, a internação somente seria necessária nos casos de "psicose tóxico-anfetamínica". Recomenda "insulinoterapia por choques úmidos", aliada à psicoterapia. Defende que os usuários não sejam condenados, mas submetidos a "medidas de segurança, para custódia e tratamento" (Idem, p. 98).

Abrindo o capítulo "Os Meios de Comunicação de Massa e a Dependência Tóxica", Talvane Marins de Moraes lembra que o uso de drogas seria tão antigo quanto à humanidade, e que café, tabaco e chá, por exemplo, já foram proibidas (MORAES, 1972, p. 99-100). Afirma que a flexibilização das leis para com algumas drogas deve-se ao fato de que seus prejuízos sociais seriam menores, a exemplo do álcool, que se "[...] ingerido moderadamente e durante situações festivas não se mostra como perigoso à ordem e costumes sociais" (Idem, p. 100). Lembra que diferentes drogas induzem diferentes situações de dependência, e que a ciência moderna leva isto em consideração para estabelecer diferenciações, para as quais se valoriza o risco social (Ibidem, p. 100).

Afirma que grande parte dos usuários busca as drogas para estabelecer, "[...] por intermédio delas, uma maior e efetiva comunicação consigo mesmo e com seus semelhantes" (MORAES, 1972, p. 101). Relembrando a discussão trazida por Décio Parreiras quando de sua observação dos "Clubes de Diambistas" (ou mais recentemente de Edward McRae sobre as rodas de fumo), chama atenção para o fato de os usuários

preferirem usar drogas em grupos, em "[...] verdadeiras comunidades de viciados" (Idem, p. 101). A discussão sobre os efeitos é frequente, e há todo um conjunto de terminologias criadas para isto. Segundo o autor, tanto no passado quanto no presente, as pessoas usariam drogas para obter "[...] um melhor entendimento do mundo em que vivem, um encontro consigo mesmo" (Ibidem, p. 102).

Repete preocupação de Alves Garcia, diante do "[...] rebuliço e indisciplina entre os jovens" (MORAES, 1972, p. 102). Inicialmente regionalizados, estes movimentos acabaram se unificando, a partir dos anos 60, em torno do movimento hippie. Não obstante, tal situação não seria suficiente para explicar o aumento no uso de drogas, já que houve outros momentos semelhantes na história, sem que tenha havido ampliação no consumo de psicoativos. Afirma que seria necessário observar diversos elementos, e chama atenção para as transformações em termos de dispositivos de comunicação de massas, com ampla diversificação das técnicas de propaganda (Idem, p. 105).

> Deve ainda ser considerado que a facilidade propiciada pela televisão, e modernos meios de comunicação, à maior fluidez e brevidade na transmissão dos fatos a um número cada vez maior de pessoas, está conduzindo a todos nós, além de uma ampliação de nossos horizontes cognitivos, e uma aceleração de nosso processo de evolução intelectiva; um ritmo novo e mais rápido foi implementado ao amadurecimento intelectual do homem moderno. (MORAES, 1972, p. 106)

As crianças estariam amadurecendo mais cedo, e o hábito de assistir TV até tarde teria mexido com nossos ritmos biológicos. Comportamentos divulgados pela TV seriam assimilados com rapidez, especialmente pelos jovens. Some-se a isto o fato de que os planos intelectual e afetivo desenvolver-se-iam de maneira concomitante. Com as mudanças nas tecnologias da informação, o homem moderno veria seus conhecimentos crescerem, mas não seu universo afetivo-emocional. Os jovens seriam especialmente afetados por estas transformações (MORAES, 1972, p. 107-108).

Seria este o contexto de emergência das drogas, não apenas como elemento de moda, mas também como lenitivo. As drogas, associadas à psicodelia, são propagandeadas na música, cinema e televisão. Some-se a isto velocidade e substituição da vida familiar pela companhia dos amigos, que muitas vezes se reuniriam em comunidades próprias. Com isto, fortalecer-se-ia o elo geracional, quase como classe social, e com a reação dos mais velhos, surge um generalizado conflito de gerações, exacerbado (MORAES, 1972, 109).

O capítulo “Aspectos Antropológicos-Culturais das Dependências Tóxicas na Juventude Atual” foi escrito por Jorge Alberto Costa e Silva, que inicia afirmando o caráter juvenil do uso de drogas à época. Seu contato com esta realidade viria do consultório e do convívio com seus alunos - jovens que não poderiam ser considerados delinquentes. Fenômeno global, presente em pequenas e grandes cidades, mas nunca no campo (seria, portanto, fenômeno urbano), o uso de drogas seria tão generalizado entre os jovens, que se poderia dizer que aqueles que não usam é que não se encontram integrados em sue meio (COSTA E SILVA, 1972, p. 114-115).

Segundo o autor, a juventude estaria “[...] buscando nas drogas, assim como nas comunidades hippies, soluções para as suas dificuldades” (COSTA E SILVA, 1972, p. 118). Cita Margareth Mead para dizer que os jovens não chegarão à maturidade como chegaram seus pais, assim como os adultos nunca foram jovens como seus filhos o são. A tecnologia teria aproximado o mundo, tornando tudo mais rápido e democratizando a angústia, pois a juventude de todo o planeta perceberia a necessidade algum tipo de transformação em nível global (Idem, p. 119).

A sociedade de consumo teria massificado modos de vida e gostos através da propaganda. Objetos seriam transformados em fetiches. O homem teria se tornado mero consumidor, quiçá competidor. Numa sociedade individualista, de pessoas isoladas, o uso de drogas opera como fator de aproximação entre os jovens, de congregação (COSTA E SILVA, 1972, p. 122). Neste sentido, propõe o autor que as universidades articulem atividades alternativas, como torneios esportivos, reuniões sociais e artísticas, literárias, que possam competir com a sedução das drogas. Defende a participação dos jovens na política, e transformações nos métodos pedagógicos, que permitiriam a “[...] participação ativa do aluno em sua formação técnico-cultura” (Idem, p. 123).

Outro aspecto para o qual o autor chama a atenção é o misticismo, que teria se feito sempre presente ao longo de toda história humana, e em todas as culturas. Segundo Costa e Silva (p. 126-127), os hippies expressariam uma religiosidade com características mágico-tribais, tendo as drogas como parte importante de seus ritos, assim como uma miríade de povos tradicionais ao redor do planeta.

> Não se pode mais encarar o jovem que fuma maconha, usa anfetaminas ou LSD como toxicômano, marginal, e tratá-lo como tal, pois, se o fizermos, estaríamos alienando-o do processo humano e cultural. (COSTA E SILVA, 1972, p. 128)

O texto de Costa e Silva nitidamente destoa dos outros artigos deste livro. Nele não se encontra o pânico de que as drogas poderia destruir o modo de vida ocidental, muito menos qualquer referência ao fantasma do comunismo. A velocidade e a conectividade do mundo de seu tempo não apenas não o assustava, como lhe inspirava esperança. Defendia que os jovens fossem convocados a participar, não apenas de seu próprio processo pedagógico, como da vida política do país. Por fim, o próprio movimento hippie é visto como uma nova forma de expressão religiosa.

Seria possível ponderar que o próprio Costa e Silva explica tais diferenças, ao informar que seu contato com o tema das drogas se daria a partir de seu próprio consultório, e no encontro com seus alunos. Seria possível relativizar suas ideias, imaginando que tanto clientes quanto estudantes seriam jovens da zona sul carioca, e que isto poderia fazer toda a diferença em sua percepção. Mas isto seria interpretar o texto em suas entrelinhas, relegando a materialidade do discurso. Ainda que me permita algumas problematizações aqui e acolá, o objetivo central deste capítulo consiste em permitir observar polêmicas, divergências, controvérsias. Neste sentido, o texto de Costa e Silva não deixa de ser um delicado enclave em uma publicação obviamente conservadora. Mais uma vez, não vejo um coro do qual a dissonância se ausentou.

Volto ao livro, e encontro o capítulo “Aspectos Psicológicos da Adolescência e sua Propensão à Delinquência e às Dependências Tóxicas”, escrito por Mário Santos Moreira. Problematiza o conceito de adolescência, entendida como um período “[...] durante o qual o ser em desenvolvimento deverá lograr a maturidade intelectual, emocional e social” (MOREIRA, 1972, p. 130). No passado, teria sido uma fase muito mais curta; já nos anos 70, despertaria medo em pais e educadores, por conta dos riscos com delinquência, acidentes de trânsito, drogas e álcool e delitos sexuais (Idem, p. 131)

A instabilidade da adolescência teria como principais causas: a) desenvolvimento rápido e irregular; b) falta de conhecimento e experiência; c) exigências contraditórias (MOREIRA, 1972, p. 132-133). Segundo o autor, o não-lugar seria desfavorável ao adolescente, conduzindo-o à uma “[...] frustração crônica, na qual se intensificam a irritabilidade e a emotividade”, o que poderia levar o jovem à agressão, à demandas exageradas por independência, desprezo aos valores consagrados, arrogância, desafio à autoridade e atitude hostil em relação aos pais, podendo resultar, em alguns casos, “[...] na adoção de filosofias estranhas, exóticas e extremismos políticos” (Idem, p. 134).

Tais crises, no entanto, não seriam intrínsecas do ser humano nesta faixa etária. O autor afirma que tais desdobramentos teriam profunda relação com o modelo de sociedade em que vivemos. Cita etnografias que descrevem a adolescência em outros povos como sendo absolutamente diferentes, e autores que defendem a tese de que a adolescência não é uma etapa feliz na vida das pessoas (MOREIRA, 1972, p. 135).

Outra característica importante para a qual o autor chama a atenção, diz respeito às ligações do adolescente com seu grupo de amigos. Tal lealdade se manifestaria na adoção de um linguajar e vestuário característicos do grupo, na imitação das condutas, na partilha de estilos musicais. A opinião dos amigos seria mais importante que a de pais e professores. No grupo, o adolescente descobriria que muitos dos valores morais herdados da família ao longo da infância estão em confronto com os valores da frátria. Aliás, o autor afirma que "[...] o adolescente de hoje enfrenta um maior número de alternativas morais que jamais tiveram que enfrentar os membros de gerações anteriores, em razão do acelerado progresso tecnológico, com todas as suas consequências sociais e psicológicas" (MOREIRA, 1972, p. 140).

> O adolescente, em consequência de sua inquietação, ansiedade, agressividade, antagonismo aos conselhos e orientação dos mais velhos, resistência aos ditames gerais da sociedade, rebeldia, negativas em obedecer a autoridade legal, insubordinação, impetuosidade, insegurança e consequente tentativa de reafirmação pessoal, imaturidade emocional e sugestionabilidade, torna-se vulnerável aos prosélitos da marginalidade e factível de realizar uma adaptação social de tipo indesejável, tendendo á delinquência e às dependências tóxicas. (MOREIRA, 1972, p. 140-141)

A postura dos pais diante destes comportamentos adolescentes, muitas vezes, pioraria ainda mais a situação. Defende que compreensão, carinho, orientação sem imposição, tudo isto contribui para que a adolescência seja vivida de modo mais seguro e proveitoso. Conclui defendendo o escotismo como uma experiência bem sucedida de orientação dos impulsos adolescentes (MOREIRA, 1972, p. 141-142).

José Alves Garcia retorna ao final do livro, com o capítulo "Os Tóxicos no Contexto da Patologia Social". Conceitua patologia social como o "[...] estudo das desorganizações ou desarmonias internas da sociedade, somadas às pressões externas" (GARCIA, 1972b, p. 143). Estes processos podem prolongar-se por décadas ou séculos, atravessar um clímax até chegar na crise, que é definida como "[...] a decisão final de um processo, ou terminação de um acontecer, em um sentido ou noutro", da qual adviria uma renovação de valores (Idem, p. 144).

As alterações da estrutura social da primeira metade do século XX teriam produzido ao menos seis severos efeitos no cenário da saúde mental: a) aumento dos casos de infarto e do alcoolismo entre mulheres; b) aumento dos casos de *delirium tremens*; c) modificação nos quadros maníaco-depressivos, com ampliação do espectro melancólico; d) transformação dos delírios esquizofrênicos, com diminuição das referências religiosas e ampliação das referências tecnológicas; e) ampliação dos quadros psicossomáticos; f) aumento extraordinário dos casos de toxicomania (GARCIA, 1972b, p. 145). Avanços rápidos da tecnologia e das ciências, avanço lento do ser humano, persistência de um lado agressivo e animalesco: para o autor, a contemporaneidade seria um período de muita pressão sobre a humanidade (Idem, p. 150). No Brasil, haveria dois indicadores dos efeitos dessa pressão: de um lado, um importante aumento nos casos de transtornos mentais na população entre 30 e 60 anos; do outro, o aumento das psicopatias na população entre 17 e 30 anos (Ibidem, p. 159).

> Nesses jovens, as pulsões ancestrais, canibalescas, do caçador pré-histórico, irrompem e sobrepujam quaisquer ambições racionais. Eles estão sendo desumanizados e massificados pela nova cultura. Criados à margem da religião, destituídos dos elos familiares, estereotipados pelo fanatismo subversivo e pelo mito revolucionário, estes jovens regrediram ao estado tribal e nômade, dentro da Civilização. Para eles, sequestrar um embaixador de 60 anos, e assassiná-lo, friamente, e viver em Cuba, na Argélia ou no México, são contingências da aculturação de seu destino. (GARCIA, 1972b, p. 159)

A partir deste ponto, o autor arrola uma série de considerações político e cultural, quiçá sociológicas, de modo nada ordenado e nem um pouco sistemático. Reminiscências. Fala de religiões ocidentais e orientais, de modernos e terríveis armamentos de guerra, das formas contemporâneas da agressividade humana. Retorna ao tema do movimento hippie, para falar rapidamente sobre suas formas de religiosidade. Cita Roger Bastide para afirmar a importância da coesão dos laços sociais como estratégia de enfrentamento das doenças mentais, posiciona traficantes e meios de comunicação como inimigos, e conclui o livro com o seguinte parágrafo:

> É esta a hora para que todos nos engajemos na cruzada para institucionalizar o antitóxico, - os médicos, os psiquiatras, os psicólogos, os pais, as famílias, os educadores, os diretores de colégios e de faculdades, os reitores, os sacerdotes de todas as confissões, os padres, os pastores, os rabinos, todas as autoridades religiosas e profanas. Se não o fizermos, em uma década haverá legiões de estropiados pelos tóxicos, e pelas aberrações cromossômicas que eles produzem. (GARCIA, 1972b, p. 168)

Entrei e saí do livro organizado por José Alves Garcia, sem encontrar nenhuma referência à poluição. Mas ela retorna no título do livro de Pacheco e Silva, que foi presidente da Federação Mundial de Saúde Mental, membro do Conselho Federal Antitóxico e diretor da Assistência a Psicopatas do Estado de São Paulo. Apresentá-lo se justifica em face do estranho título do livro, que me fez desconfiar da seriedade do autor: "Hippies, drogas, sexo, poluição". Articular *hippies*, *drogas* e *sexo* não requer grandes esforços, mas o que a *poluição* estaria fazendo ali? Dela falarei no momento adequado.

No primeiro capítulo, o autor apresenta o *hippie* (assim mesmo, no singular) como uma pessoa que deseja a transformação radical da sociedade. Nega sua fama pacifista, e o define como "[...] egoísta, materialista, perverso, inafetivo, violento e subversivo" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 4). O festival de Woodstock não passaria de uma "[...] orgia desenfreada, com absoluto desprezo pela moral, pela decência e pelo respeito à dignidade humana [...]" (Idem, p. 6). Sobre os hippies, diz que "[...] não tomam banho e nem trocam de roupa" (Ibidem, p. 7).

As três regras fundamentais dos *hippies* seriam: "Faz o que te agrade; onde te apetecer; quando te aprouver" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 8). Reagiriam à mão armada quando interpelados pela polícia, e praticariam "criminalidade sádica" (Idem, p. 8). Reconhece o desespero dos pais, mas afirma serem eles, "[...] em grande parte, os próprios culpados" (Ibidem, p. 10). Chama atenção para os "tóxicos morais", que destruiriam tanto quanto as drogas, colocando a juventude "[...] à mercê da influência perniciosa de elementos inescrupulosos, os quais auferem ganhos fabulosos nas diversões comercializadas, para deseducar o povo" (Ibidem, p. 11).

Quatro vias conduziriam à toxicomania: a) *predisposição*, que está presente em sujeitos "[...] neuróticos, hipersensíveis, vibráteis, emotivos ao extremo, angustiados e ansiosos, incapazes de suportar maiores contrariedades" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 21-22); b) *iatrogenia*, no caso de pessoas que foram iniciadas por conta do uso de medicamentos; c) *curiosidade e imitação*, que levam a pessoa ao uso por mera curiosidade ou para sentir-se aceito por um determinado grupo; d) *dor moral*, decorrente de "violento impacto emocional" (Ibidem, p. 23). E existiriam quatro tipos de alcoolistas: a) *alcoólatra social*, que bebe apenas em reuniões e festividades; b) *bebedor inveterado*, que bebe constantemente; c) *alcoólatra ocasional*, que não bebe sempre, mas que quando o faz, age violentamente; d) *dipsômano*, que passa longos períodos sem beber, mas que quando o faz, bebe desbragadamente (Ibidem, p. 25-26).

As abordagens de cuidado deveriam variar de acordo com cada paciente, e poderiam ser realizadas em ambulatório, hospital ou clínica psiquiátrica. Recomenda terapêutica sintomática, medicamentosa, além de psicoterapia de apoio e hipnose. Elogia os grupos de Alcoólicos Anônimos, mas afirma que o ideal seria a "[...] internação dos alcoólatras em hospitais a eles exclusivamente destinados" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 26).

As anfetaminas seriam muito usadas por estudantes em vésperas de exames, atletas em dia de competição, motoristas noturnos, enfermeiros e outros profissionais em plantão (PACHECO E SILVA, 1973, p. 27). Já a maconha, eleita por "criminosos e marginais", teria conquistado a preferência dos estudantes, e seus efeitos variariam de acordo com a quantidade e a qualidade, e com cada usuário (Idem, p. 28). O LSD seria uma das mais perigosas drogas, "[...] pela gravidade das desordens mentais que desperta, pelos seus efeitos tardios, que podem surgir meses após a cessação do uso da droga, e ainda pelos acidentes fatais que ocasiona" (Ibidem, p. 29-30).

O autor inicia o quinto capítulo dizendo que "[...] as relações entre canabismo e a criminalidade é um dos problemas mais debatidos em Psiquiatria Forense" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 31). Lembra a velha história de que da palavra "haxixe" teria surgido a palavra "assassino". Recorda o código napoleônico, a proibição no Rio de Janeiro, em 1830, e os diversos pesquisadores brasileiros que estudaram a planta. Aceita que as relações entre criminalidade e maconha seriam contestadas por um pequeno número de estudiosos (Idem, p. 34).

No capítulo "Perigos da Heroína Amarela", o autor inicia afirmando que a droga seria a vingança dos chineses, que foram submetidos pelos ingleses justamente a partir do controle do ópio. Apesar da produção em larga escala, o consumo de ópio pelos chineses teria sido proibido por Mao Tsé Tung a partir de 1950. Cita o deputado estadunidense Francis Walter, que "[...] denunciava a guerra dos estupefacientes desfechada pelos comunistas chineses contra as tropas americanas e das Nações Unidas, durante a Guerra da Coreia" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 38). Haveria, no país do sol nascente, toda uma articulação interministerial para dar conta do plantio, colheita, armazenamento, refino e distribuição internacional. O interesse da China seria duplo: enfraquecer o moral dos ocidentais, contaminando sua juventude (em especial, os soldados americanos); levantar fundos para o país, por meio de um comércio internacional altamente rentável e desobrigado de qualquer controle (Idem, p. 41).

> As medidas tomadas hoje no Ocidente, contra a expansão dos tóxicos, além do aspecto sanitário, de profilaxia das toxicomanias, de iniludível importância, têm ainda outro aspecto de não menor gravidade, qual seja o da segurança individual e coletiva das nações que se recusam a sujeitar-se ao regime comunista. O perigo amarelo ameaça hoje o mundo através da heroína e, atrás dela, virão outros da mesma origem. (PACHECO E SILVA, 1973, p. 43)

No capítulo intitulado "As Toxicomanias e a Segurança Nacional", o autor aprofunda o tema disparado no capítulo anterior. Afirma que as drogas estariam sendo utilizadas "[...] para comprometer as funções cerebrais [...] tolhem a vontade, abatem o ânimo combativo do homem, corrompem o caráter, acarretam desvios de conduta, para, afinal, destruir totalmente a personalidade" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 45). Insiste na ideia de que as "[...] nações livres estão constantemente ameaçadas, tanto externa quanto internamente, por elementos interessados em nelas implantar o regime comunista" (Idem, p. 46).

Para o autor, as drogas ganhariam espaço por conta de uma profunda crise moral e de valores, que atingiria, sobretudo, à juventude. Suspeita que "[...] uma pequena minoria ativista, atuante e solerte possa dominar a maioria, inculcar-lhe vícios, corromper-lhe o caráter, impregná-la de princípios falsos, de uma ideologia nociva" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 57). Os países saberiam de tudo, mas diante de qualquer atuação, "[...] logo surgem protestos de toda a parte contra a violência policial, contra as medidas drásticas, reacionárias e totalitárias de seus agentes, a justificar até mesmo a intervenção de organizações internacionais, promovida pelos marxistas" (Idem, p. 58).

> O toxicômano não tarda a perder por completo o senso moral, desprezando os mais comezinhos princípios que regem uma sociedade bem constituída, tendo por base a família, que deixa de ter para ele a menor significação ou expressão, dado que desprovido de senso de responsabilidade e de sentimentos éticos. Consequentemente, pratica atos mórbidos, criminosos, terroristas e de sabotagem, com a maior frieza e cinismo, sem atentar para a gravidade do que faz, destituído de todo e qualquer escrúpulo, indiferente aos conselhos, advertências e rogos dos familiares. Não acusa, outrossim, o menor remorso, ao sacrificar inocentes, desde que isso sirva aos seus fins.
>
> Em conclusão, a Segurança Nacional não implica apenas na defesa do território de uma nação contra a invasão do inimigo e na preparação militar dos encarregados de defendê-la. Na atual conjuntura, a Segurança Nacional exige, aos demais, a formação de uma consciência ideológica, política, social, sanitária e moral, visando o fortalecimento dos princípios democráticos, constantemente ameaçados pela guerra fria desencadeada pelos inimigos da liberdade. (PACHECO E SILVA, 1973, p. 60-61)

No capítulo oito, a poluição finalmente aparece para justificar o título do livro. Alerta para seus malefícios, fazendo um elogio do oxigênio. Para além das questões da qualidade do ar, aborda o que chama de “poluição dos pulmões”, atacando o tabagismo, ao qual considera “uma verdadeira aberração, difícil de explicar”, e uma “loucura coletiva” (PACHECO E SILVA, 1973, p. 66). Aponta as contradições que existem em ser tabagista e reclamar da poluição, além do egoísmo presente no ato de intoxicar o ar alheio, afirmando que o tabagismo seria, para a saúde, pior do que a poluição atmosférica decorrente do gás carbônico.

No capítulo “Sexologia e Psiquiatria Transcultural”, o autor cita livros sagrados para falar sobre sexo. Intercala “períodos de devassidão” a outros de “rigor excessivo e intolerância incompreensível” (PACHECO E SILVA, 1973, p. 78). Os anos 70 seriam um período de “afrouxamento da moralidade” e “desregramento dos costumes” capaz de “destruir a família” (Idem, p. 79). Dentre os fatores que determinariam tal situação, elenca o desaparecimento da “himenolatria”, a emancipação feminina, os anticoncepcionais, a redução das doenças veneras e a pornografia. Afirma ainda que contribuíram muito para tal situação as ideias de Freud (Ibidem, p. 79-80).

> Até mesmo em relação às perversões sexuais, como por exemplo, a homossexualidade, considerada degradante, como um verdadeiro opróbrio no passado, é hoje aceita e tolerada pela sociedade, que nada faz para combatê-la, como uma aberração da natureza que é. (PACHECO E SILVA, 1973, p. 80)

O autor fala de “bases orgânicas das perversões”, da pornografia na história da degradação de diversos povos, e do papel dos hippies neste processo. Conclama os psiquiatras a combaterem “desvios instintivos, sobretudo sexuais”, para impedir a “desintegração da família e da sociedade” (PACHECO E SILVA, 1973, p. 82). Ataca a psicanálise, afirmando que Freud possuía apenas muita imaginação e grande capacidade expositiva, e que suas teses só medraram porque à sua época ainda não havia um desenvolvimento maior das pesquisas sobre as bases biológicas das psicoses.

No capítulo “Motivações Sociais nos países em Vias de Desenvolvimento”, o autor arrisca uma sociologia embasada em conceitos da psiquiatria. Aborda as desigualdades, o êxodo rural, o crescimento das grandes cidades, ao lado do que chama de “crendices”, do sincretismo... No capítulo seguinte, toma o caso da cidade de São Paulo, à qual chama de “cidade doente”. Conclui com uma desbragada defesa da “Revolução de 64” (PACHECO E SILVA, 1973, p. 104).

No capítulo treze, o autor aborda os conflitos de gerações, onde faz um ataque frontal à geração dos anos 70. Afirma que no passado os jovens seguiam o exemplo dos pais, o que haveria deixado de ocorrer. Critica as permanentes tensões familiares, e defende a autoridade dos pais. Entristece o autor o fato de que os jovens dos anos 70 "Já não aceitam passivamente a autoridade de quem quer que seja" (PACHECO E SILVA, 1973, p. 108).

Antes de tecer algumas considerações, prefiro passar diretamente a outro livro do mesmo autor. Não consta o ano de sua publicação, mas o conteúdo permite situá-lo também nos anos 70. No preâmbulo de "Desajustes psico-sociais", o autor afirma a existência de uma série de fatores psicossociais que contribuiriam para "[...] *agravar a saúde mental do mundo*" (PACHECO E SILVA, sd, p. 7).

> As toxicomanias se difundem assustadoramente; ao alcoolismo faz cada dia maior número de vítimas; a sexualidade pervertida e a pornografia imperam em toda a parte; a juventude transviada e delinquente já não tem mais medida; a fermentação subversiva e revolucionária espalha-se por todo o mundo, gerando atos de terrorismo, de inaudita violência. Tudo isso concorre para implantar desordem na vida social, política, cultural, econômica e ainda , o que é pior, na esfera moral.
>
> A desintegração familiar e a desagregação das forças vivas que entretêm a estabilidade social processa-se sob a influência, nefasta e perigosa, de diversas personalidades psicopáticas – paranoides, amorais, associais, mitomaníacos e toxicófilas – que, dotadas de grande poder de proselitismo, aliciam numerosos adeptos, impondo ideias malsãs e corrompendo a juventude.
>
> Em suma, a sociedade está, evidentemente, enferma. A fim de curar-se uma doença, o primeiro passo consiste em apurar suas verdadeiras origens, observar seus sintomas, diagnosticá-la, para em seguida ministrar tratamento e regime adequado. No combate às epidemias, por sua vez, a primeira precaução consistem identificar o mal, evitar o contágio pelo isolamento dos doentes e vacinar os sadios. Essas regras são válidas, tanto em patologia humana, como em patologia social. (PACHECO E SILVA, sd, p. 7-8)

Depois de falar sobre os avanços da psicofarmacologia à época, o autor analisa os usos de drogas alheios à prática terapêutica, como entre os hippies. Descreve os participantes do festival de Woodstock como "[...] sujos, imundos, maltrapilhos, desleixados" (PACHECO E SILVA, sd, p. 21). Afirma que os hippies seriam geralmente pessoas que usam LSD, e denominar-se-iam "[...] profetas de uma nova e revolucionária seita" que pregaria a liberação sexual, a homossexualidade, o fim da família e das tradições e o uso de drogas (Idem, p. 23).

Debruça-se sobre a maconha, e inicia por citar referências históricas e artísticas. Afirma que os jovens seriam o grupo populacional mais inclinado ao uso da erva. Considera que o "[...] maconhismo constitui atualmente um sério problema, dada a sua grande difusão no seio da juventude e entre os marginais e fronteiriços" E afirma que seus usuários "[...] buscam nos efeitos da maconha uma forma de liberar seus instintos perversos, para mais facilmente se entregarem a atividades criminosas" (PACHECO E SILVA, sd, p. 26-27). Fala do uso de Pervintin®, lembrando sua utilização terapêutica no enfrentamento da obesidade. Os usuários seriam motoristas, estudantes, atletas e artistas. Refere o caso do Japão e seu aumento vertiginoso do uso de anfetaminas depois da II Guerra Mundial, resolvido com uma campanha rápida e aguda, articulando repressão feroz, controle eficiente do comércio e oferta de tratamento em massa para os dependentes (Idem, p. 27-28).

Cita como causa das toxicomanias: a) ignorância sobre toxicomanias; b) medo de buscar ajuda por conta do estigma; c) receio dos pais e dos filhos em tocar no assunto; d) ignorância quanto às estratégias de tratamento; e) sensacionalismo midiático. O "problema social da toxicomania" seria uma das formas do debate sobre juventude, pois muitos jovens procurariam as drogas em busca de espiritualidade, ou como recurso para suportar uma sociedade da qual querem se apartar (PACHECO E SILVA, sd, p. 29-31). Aventa a possibilidade de que a juventude estaria sendo acometida de uma "esquizofrenia coletiva", expressa no imenso número de adolescentes com "[...] idênticos desvios de comportamento, afastando-se cada vez mais do padrão da normalidade, fugindo à integração social, para viver num mundo à parte" (Idem, p. 30).

> Julgam-se senhores absolutos da verdade, proclamando não aceitar a autoridade, a hierarquia, a disciplina e os conselhos que se lhes querem dar, alegando estar hoje tudo mudado na face da terra e haver a tecnologia avançada criado novas condições de vida, impondo a reformulação dos velhos conceitos, estabelecidos e firmados num período atrasado, em que o homem vivia agrilhoado a uma moral absurda e sem cabimento nos dias atuais. (PACHECO E SILVA, sd, p. 31)

No capítulo sobre alcoolismo, o autor reconhece que este sempre foi um dos maiores flagelos da humanidade, mas que o problema teria aumentado na modernidade. Cita os esforços da OMS para dar visibilidade à questão, e louva "[...] uma nova concepção médica e científica do problema" (PACHECO E SILVA, sd, p. 33). Afirma que uma concepção cingida do problema teria sido substituída por uma abordagem mais moderna e integrada. Refuta a Lei Seca, afirmando que o resultado foi ruim, deixando

como “triste herança” os gângsteres. O alcoolismo, afirma o autor, estaria relacionado a questões biológicas, médicas, econômicas, sociais, psicológicas, filosóficas e religiosas, e seria necessário compreender esta complexidade para atacar a questão. Cita o trabalho de uniformização conceitual realizado pela OMS, que define alcoolismo como...

> [...] a absorção exagerada do álcool, quando o indivíduo ultrapassa a consumação considerada habitual, corrente, fora dos hábitos sociais normais. Não se levam em conta na sua apreciação, os fatores etiológicos ou as suas origens – herança, constituição, influências psicopatológicas ou metabólicas, etc. (PACHECO E SILVA, sd, p. 35)

Cita três estágios do alcoolismo: a) sintomático; b) inveterado; c) crônico. Não aceita o uso da expressão “cura” no caso do alcoolismo, pois o alcoolista, ainda que recuperado, jamais poderá se livrar das “[...] lesões irreversíveis e os sintomas crônicos delas resultantes” (PACHECO E SILVA, sd, p. 36). Como causas do alcoolismo, o autor considera uma “constituição toxicófila”, que resultaria em “[...] inata e marcada tendência para intoxicar-se, sobretudo com bebidas alcoólicas” (Idem, p. 37). Cita ainda o meio social, uma cultura mais permissiva com relação ao álcool, e refere mais uma classificação dos alcoolistas: 1) decadentes, psicopatas de diversos tipos; 2) aficionados, de mentalidade infantil; 3) débeis mentais, de quociente intelectual baixíssimo; 4) grandiosos, na verdade destituídos de capacidade (PACHECO E SILVA, sd, p. 38).

No que tange ao tratamento, o primeiro passo seria classificar o alcoolista de acordo com sexo, idade e tipo de bebida consumida, assim como os hábitos do paciente, suas preferências e hábitos sexuais, as reações da família e no ambiente social, quais suas ideias com respeito ao álcool, quais seus gastos com bebida e como tem sido sua vida profissional (PACHECO E SILVA, sd, 43-44). O tratamento dos casos menos graves poderia ser feito em ambulatório, já que os pacientes rejeitariam a internação em hospital psiquiátrico. Em casos de síndrome de abstinência, deveria haver hospitalização e cuidados psiquiátricos especializados. Em casos crônicos, haveria necessidade de internação em clínicas especializadas; este seria o tratamento considerado ideal, mas nem sempre possível. Elogia o modelo suíço, com hospitais especializados e serviços ambulatoriais descentralizados (Idem, p. 45-46).

Pacheco e Silva refere uma revolução psiquiátrica, que teria importantes interfaces com biologia no estudo dos determinantes genéticos de diversos transtornos mentais. Aborda também a bioquímica cerebral, a neurofisiologia e os usos da eletroencefalografia. Afirma, entretanto, que este olhar para aspectos bioquímicos e

neurofisiológicos não deveria resultar em um abandono da psicoterapia (PACHECO E SILVA, sd, 47-54). Alerta, entretanto, para que o psiquiatra "[...] não se perca na metafísica, que o afasta da realidade objetiva, para se entregar a discussões bizantinas e estéreis, a estabelecer ou seguir doutrinas hipotéticas e obscuras, incompreensíveis ou de difícil interpretação" (Idem, p. 55). Entre as diferentes doutrinas da psiquiatria, assume o partido de uma perspectiva mais empírica e experimental, em detrimento de uma psiquiatria filosófica e metafísica. Defende a aproximação com a sociologia de Durkheim como importante para assumir uma perspectiva integral, "[...] dando igual valor aos elementos biológicos, psicológicos e sociológicos" (Ibidem, p. 58).

Afirma que a psiquiatria estaria oferecendo importantes contribuições para o enfrentamento da delinquência juvenil, propondo uma abordagem multiprofissional e a substituição da repressão pela reeducação. Aliás, o próprio conceito de "delinquência infantil" estaria superado, e os atos infracionais cometidos por crianças e adolescentes seriam nada mais que manifestações de inadaptação (PACHECO E SILVA, sd, 70-71). Relata que, no passado, dava-se especial atenção às determinações genéticas, mas que a modernidade trouxe a concepção de que se trata de problema bio-psico-social. Outra transformação diz respeito à classe social dos jovens infratores: antes, eram jovens quase que exclusivamente pobres, mas na modernidade, muitos jovens de famílias abastadas passaram a delinquir (Idem, p. 72).

Os jovens infratores são divididos em três categorias: a) associais, agressivos, perversos, provocadores; b) associativos; c) tímidos e irascíveis. No que diz respeito ao histórico familiar, haveria quatro categorias: a) rejeitados pelos pais; b) carentes de alimentação e educação adequadas; c) influenciados por más companhias; d) vítimas de repressão familiar violenta. Cita um estudo segundo o qual a maior parte dos jovens infratores acusavam transtornos de personalidade, e um outro, que categoriza os tipos de infrações: a) pequenos furtos sem planejamento; b) roubos de afirmação da virilidade; c) delito de compensação, realizado dentro de casa; d) furtos com planejamento (PACHECO E SILVA, sd, 73-74).

O autor aborda diferentes formas de delitos, e dedica especial interesse aos atos de agressividade. Fala das brigas de gangues, e do uso de drogas como motor da violência. Relaciona o aumento da agressividade dos jovens a uma melhor alimentação, que resulta em mentes jovens em corpos de adultos, e também aos meios de comunicação de massa, com suas programações violentas (PACHECO E SILVA, sd, p.

77-79). Além disto, a medicina que salva da morte muitas crianças, permitiria o crescimento de jovens com lesões cerebrais e portadores de “perversões instintivas” e “encefalites criminosas”. Afirma que parte considerável da delinquência juvenil estaria relacionada à migração interna (êxodo rural), assim como o modo de vida frenético das grandes cidades, o cinema e a televisão (Idem, 80-81).

Afirma a existência de uma crise da juventude. A delinquência juvenil teria aumentado 40% entre 1948 e 1953, e seus crimes teriam se tornado mais violentos, com “requintes de perversidade”. Relata confissões frias, feitas com indiferença e cinismo. Pondera que talvez muito disto se deva ao ambiente de naturalização da violência que emergiu depois da II Guerra Mundial. Descreve a emergência de uma moral utilitária, amoral, indiferente à pátria, à família, à religião. Os métodos modernos de educação, a depender dos resultados observados cotidianamente, não teriam se mostrado eficazes, nem eficientes. A sociedade, por seu turno, não daria a devida importância aos jovens, que se deixam influenciar mais pelas sensações que pelo raciocínio. As incertezas com relação ao futuro teriam papel importante, contribuindo para que os jovens vivam apenas o presente (PACHECO E SILVA, sd, p. 87-90).

> Para se combater esse estado de coisas, para se redimir a criança e preservar moralmente a juventude, impõe-se uma verdadeira cruzada, um esforço gigantesco de toda a coletividade, o concurso abnegado de um sem número de equipes dispostas, em ação concorrente, a agir nas esferas biológica, psicológica e social, onde quer que existam fatores capazes de prejudicar a mentalidade infanto-juvenil. (PACHECO E SILVA, sd, p. 91)

Depois de capítulos sobre psiquiatria na América Latina e os impactos do fenômeno migratório na saúde mental das populações brasileiras, Pacheco e Silva discorre sobre as interfaces entre política e saúde mental. Fala de uma “psicologia política”, estudada e praticada pelos grupos que buscam “[...] convencer, persuadir e sugestionar o homem, através de métodos os mais diversos, que vão desde as técnicas as mais elementares até a subliminal” (PACHECO E SILVA, sd, p. 129). Defende a criação de escolas especializadas na formação de políticos, nas quais seriam repassados aos alunos conhecimentos sobre psicologia, sociologia e pedagogia.

> À Psicologia Política cumpriria, assim, estudar a personalidade dos líderes, proceder à seleção dos mais aptos, pesquisar a origem de onde eles provêm, preparando-os convenientemente para inseri-los na comunidade onde deverão exercer suas atividades. (PACHECO E SILVA, sd, p. 130)

Fala sobre os “salvadores da pátria”, líderes populares que, uma vez no poder, manifestam suas personalidades psicopáticas. Valem-se de propagandas demagógicas, não têm escrúpulos, são intolerantes, autoritários e voluntariosos, não aceitam críticas, e não raro fazem uso da violência (PACHECO E SILVA, sd, p. 131-133). Salienta o risco representado por pessoas (especialmente líderes políticos) com personalidade psicopática:

> Constituem eles focos perenes de indisciplina, de anarquia, de rebeldia. Representam perigo constante para a sociedade, sempre ameaçada pelos seus atos mórbidos. Sob o aspecto político, tais personalidades merecem particular atenção, uma vez que a maioria dos extremistas, anarquistas e agentes da subversão social recruta-se entre esses tipos mórbidos, prontos a praticar atos de violência, de terrorismo, de destruição e morticínio, até mesmo contra inocentes, para alcançarem seus objetivos, revelando total destituição de senso moral. (PACHECO E SILVA, sd, p. 135-136)

Dedica um capítulo ao tema dos homicídios e da criminalidade, articulados à psicopatia e à toxicomania. Em decorrência da falta de assistência, a população estaria “[...] cada vez mais saturada de alienados e anormais, cuja liberdade constitui um perigo para o meio em que vivem” (PACHECO E SILVA, sd, p. 141). Para o autor, o crime constitui, quase sempre, a manifestação de um estado mórbido latente.

> Realmente, não se pode avaliar o perigo social representado por determinado criminoso, ao julgar o ato criminoso em si, que pode não oferecer maior gravidade. O que importa é proceder uma análise da personalidade do delinquente, indagar do seu comportamento anterior, do gênero de vida que levava, das suas tendências e das suas reações ante as várias contingências da vida, tendo-se sempre em conta o ambiente onde ele vive. (PACHECO E SILVA, sd, p. 141)

O autor alerta para a inexistência de exames mais severos e restritivos junto a pessoas que executam atividades que exigem autocontrole, como policiais, motoristas e pilotos de avião. Além disto, seria muito comum ver pessoas em franco surto psicótico ou alcoolemia severa, andando livres pelas ruas, colocando em risco a sociedade. Busca revigorar as ideias de Lombroso, salientando que se deve substituir a ênfase que o autor conferia à anatomia pelo estudo da fisiologia (PACHECO E SILVA, sd, p. 143-144):

> Há, assim, também criminosos propensos e, se podemos reconhecê-los sem que se faça necessária a lamentável comprovação de crimes repetidos, para colocá-los em situação de não mais delinquir, razão não há para que se lhes não apliquem, precocemente, medidas de segurança, como recurso indispensável à prevenção do crime. (PACHECO E SILVA, sd, p. 147)

O capítulo “os métodos psicológicos no tratamento dos delinquentes” inicia com uma brevíssima revisão teórica, em que o autor afirma que o livre arbítrio já foi a chave interpretativa e organizadora dos modelos de reinserção social. Já para a escola determinista, o crime seria determinado por uma mentalidade particular, o criminoso seria um degenerado, e a punição serviria apenas para proteger a sociedade. Já para a escola crítica, o crime seria determinado por uma sociedade defeituosa, pela desigualdade social. Segundo o autor, estas contendas teriam sido superadas por uma perspectiva integral, bio-psico-social (PACHECO E SILVA, sd, p. 153-154). Os métodos seriam os mesmos da prática psicológica cotidiana, mas sempre precedidos de avaliação médica e psiquiátrica, pois “[...] não é concebível proceder-se à aplicação de um determinado tratamento ou técnica terapêutica antes de se firmar o diagnóstico” (Idem , p. 155). Defende a psicoterapia em suas mais variadas formulações, como parte do arsenal teórico-metodológico a ser empregado na recuperação de delinquentes, e refere a CT como preconizada por Maxwell Jones (Idem, p. 155-159).

Há um capítulo dedicado às relações entre violência e não violência, e sobre os métodos não violentos de exercer violência. Debruça-se com maior ênfase sobre o problema da subversão, e analisa os métodos marxistas de condicionamento e guerra psicológica:

> Para implantar a sua ideologia e fazer obra de proselitismo, os comunistas procuram, por todos os meios e formas, distorcer o pensamento humano, estabelecer contradições entre a cultura e a civilização, criar antagonismo entre as classes sociais, reformular princípios e conceitos, provocar confusão entre a violência e a não violência, dar interpretações diferentes à exegese dos textos religiosos, implantar a indisciplina e o desrespeito à hierarquia, estabelecer a inversão dos valores, fomentar a dissolução dos costumes, perverter a sexualidade, difundir as toxicomanias, tudo isso tendo em vista, em última análise, uma finalidade maquiavélica, qual seja a de criar o caos em todo o mundo ocidental, para impor sua ideologia. (PACHECO E SILVA, sd, p. 182-183)

Pacheco e Silva considera o golpe de 1964 como uma derrota dos comunistas, que estariam abandonando os operários e camponeses como sujeitos históricos pelos estudantes e o clero progressista, e cita Dom Hélder Câmara. Considera a atuação de clérigos e intelectuais de esquerda como uma tentativa de “[...] denegrir o Brasil, através de uma propaganda inverídica, demagógica, sensacionalista e impatriota, com o objetivo de criar dificuldades, entraves, e impedir o desenvolvimento do nosso país, procurando, sobretudo, afastar a ajuda estrangeira” (PACHECO E SILVA, sd, p. 191).

O último capítulo é dedicado à tortura, injustificável mesmo contra criminosos cruéis e confessos, assim como a tortura mental, tão perversa quanto à tortura física (PACHECO E SILVA, sd, 197-199). Fala das drogas utilizadas pela polícia, da narcoanálise como instrumento de interrogatório (prática que seria devidamente condenada pelas associações médicas internacionais), e também sobre técnicas de lavagem cerebral (Idem, p. 203-205). Nega a existência de tortura no Brasil, da parte do Estado contra militantes de esquerda, e considera as denúncias uma tentativa de enxovalhar a imagem do país na comunidade internacional (Ibidem, p. 208-210).

Uma insólita e curiosa articulação de enunciados. Hippies que colocam em risco a civilização ocidental, tabaco destruindo a pureza do ar, crescimento vertiginoso adoecendo as grandes cidades, psicanálise contribuindo para as perversões, homossexualidade como aberração da natureza, associação entre maconha e criminalidade, heroína como parte de um plano de dominação comunista, e uma apaixonada defesa do golpe civil-militar de 1964. Modulações no discurso conservador sobre as drogas. Se para os militantes da Liga Brasileira de Higiene Mental, o risco era de que o álcool e as drogas comprometessem a "eugenia da raça", agora as drogas comprometem a segurança nacional, afrontam a autoridade, e colocam em risco a própria civilização ocidental. Antes, os vícios como inimigos que medram apenas entre os degenerados; a partir da década de 70, as drogas como instrumentos de fragilização do ocidente, nas mãos de comunistas e hippies. Estes, em que pese estarem apartados por suas próprias discordâncias e pela incapacidade de construir unidade na diversidade, eram vistos como aliados pelos agentes e grupos de agentes que os odiavam. A poluição, enfim, talvez fosse a mera metáfora de um perigo praticamente invisível, mas que ainda assim, contaminaria a todos...

Exceção feita a Jorge Alberto Costa e Silva, psiquiatra de orientação psicanalítica, todos os demais autores que escreveram textos para o livro "Poluição das drogas" guardam importantes semelhanças com Pacheco e Silva: algo que eu chamaria livremente de *hippiefobia*; descontentamento com o que identificavam como a velocidade de seu tempo; preocupação com o vertiginoso aumento populacional nas grandes cidades; desconfiança para com os meios de comunicação; condenação da homossexualidade; posicionamento das drogas como instrumento de fragilização da juventude brasileira; e principalmente, um anticomunismo exacerbado ao nível da paranoia.

Mas Pacheco e Silva talvez tenha sido o autor mais representativo desta forma de pensamento, assim como Ernani Lopes o foi na primeira metade do século XX. Não deixa de ser curiosa, aliás, esta divisão, principalmente se considero que Pacheco e Silva, quando do lançamento de "Hippies, drogas, sexo, poluição", tinha então 75 anos. Ele próprio foi membro atuante da Liga Brasileira de Higiene Mental, e teve papel importante no fortalecimento do pensamento eugênico brasileiro, contribuindo especialmente no que concerne ao tema da higienização das crianças anormais (SERRA & SCARCELLI, 2014, p. 86).

Em outro artigo, publicado na Revista Brasileira de Psicopatologia Fundamental, Francisco Baptista Assumpção Júnior analisa a ideologia na obra de Pacheco e Silva, não em sua produção científica, mas em livros e artigos de opinião em jornais e revistas de ampla circulação (ASSMPÇÃO JÚNIOR, 2003, p. 41). Deste modo, o livre docente da USP apresenta uma "[...] visão de mundo conservadora que aparece em diferentes trabalhos" (Idem, p. 42). Tomando a obra do autor ao longo do século XX, Assumpção Júnior permite observar esta passagem de um discurso que não exatamente supera as perspectivas do movimento eugênico brasileiro, mas que as articula à ideologia da Segurança Nacional (Ibidem, p. 49).

Se Pacheco e Silva estava nos estertores de sua produção quando do lançamento dos livros aqui citados, há um autor que iniciava sua trajetória de contribuições sobre o tema justamente neste período. Em 1972, é lançado o primeiro livro de José Elias Murad, farmacêutico mineiro que foi deputado federal por quatro legislaturas, e vereador em Belo Horizonte por mais duas. A publicação divide-se em duas partes: primeira parte intitula-se "O que você deve saber sobre os psicotrópicos", e reúne diversos artigos publicados em jornais; a segunda, "A viagem sem volta (o abuso de drogas e seu combate)", constitui uma escrita mais unificada (MURAD, 1972).

Para o autor, um professor não deve restringir-se à atuação em sala de aula, mas valer-se de "[...] todos os meios colocados à sua disposição" (MURAD, 1972, p. 13). Cita a OMS, que teria referido o uso de drogas como "doença social epidêmica", e mesmo como "problema de segurança nacional". Farmacêutico, estima as drogas pelo que podem trazer de benefícios, mas as teme por seus potenciais prejuízos. Sua definição de drogas diz que "[...] o termo abrange todas as substâncias, ou princípios, que têm capacidade de atuar sobre o cérebro" (Idem, p. 17), e designa um conjunto de medicamentos emergentes na década de 50.

Por pouco mais de trinta páginas, Murad traz informações técnicas básicas a respeito das drogas. Parte da tripla divisão entre depressores, estimulantes e alucinógenos, estabelecendo algumas subdivisões. Diferentemente de muitos autores da época, não cria nenhuma separação prévia entre drogas legais e ilegais, restringindo-se aos efeitos propriamente ditos. Debruça-se também sobre alguns mitos, como o pó de casca de banana e a mistura de Coca-Cola® com Melhoral®. Nada há em tais substâncias que seja capaz de despertar efeitos de alteração de consciência (MURAD, 1972, p. 33). Sobre o LSD, discute suas aplicações médicas em certos tratamentos psicoterápicos, bem como sua utilização em contexto espiritual, à semelhança do que já seria feito a milhares de anos entre povos tradicionais (Idem, p. 31).

Sobre os impactos dos psicotrópicos na civilização moderna, o autor afirma duas faces. Por um lado, tais drogas permitiram o avanço da psiquiatria, diminuindo as internações em hospitais psiquiátricos; por outro, haveria o risco de diminuição da atividade criativa (boa parte das grandes obras de arte da humanidade teria sido produzida por indivíduos angustiados), além dos problemas relativos à dependência propriamente dita. Haveria ainda o temor de que tais drogas pudessem ser usadas como armas de guerra (MURAD, 1972, p. 34).

Murad discute drogas que diminuem instintos de autopreservação, reflexos condicionados, raiva e agressividade. Seriam drogas adequadas ao século XX, e eficientes no combate às angústias e inquietudes da vida moderna. Não obstante, não seriam “antibióticos da mente”, como deles chegou a se pensar (MURAD, 1972, p. 38). Sobre a maconha, apresenta polêmicas que dividiriam especialistas, uns a dizer que se trata de substância perigosa, outros a desconfiar de suas propriedades euforizantes. Para o autor, os efeitos seriam percebidos principalmente entre psicopatas e indivíduos mentalmente predispostos, sendo mais um problema social que uma toxicomania (Idem, p. 39). Sobre os alucinógenos, traça um breve histórico do LSD e da psilocibina. Discorre sobre os efeitos esquizofreniformes destas drogas, e relata o caso de Timothy Leary, sua expulsão da Universidade de Harvard e sua partida para o México para fundar uma religião psicodélica, sendo de lá igualmente expulso (Ibidem, p. 40-42).

O subcapítulo seguinte inicia com uma retomada da história do LSD, que teria contribuído para a etiologia de diversas doenças mentais. À época, houve muita esperança quanto ao seu potencial terapêutico para o tratamento de psicoses e esquizofrenia. Ao lado do interesse médico, surgiu também o interesse sobre o potencial

espiritual da droga. Em algumas situações, os efeitos poderiam ser aterrorizantes, com paranoia e ansiedade aguda. E haveria ainda a possibilidade da droga ser utilizada como arma de guerra, diante de seu alto poder tóxico em baixíssimas quantidades. Seria uma arma utilizada não para a destruição, mas para o domínio do inimigo, instaurando o caos entre a população de uma cidade que se desejaria ocupar. O autor relata uma experiência de uso pessoal, com as tradicionais modificações na percepção de cores. Afirma não haver possibilidade de desenvolvimento de dependência, o que não torna o LSD uma droga segura. Seria uma droga muito pouco útil, e as crenças em seu potencial terapêutico, à época, estariam se esvanecendo (MURAD, 1972, p. 43-48).

O subcapítulo seguinte, "O 'doping' de atletas", inicia com o relato de uma participação do autor em um programa de debates esportivos, do qual saiu com a impressão de que o desconhecimento a respeito do *doping* seria grande. Não apenas a capacidade física, mas também a atividade mental se vê ampliada com a utilização deste tipo de droga. A respeito dos inconvenientes, o autor inicia pelos aspectos éticos e antidesportivos. Além disto, o uso seria perigoso para o atleta, que poderia exigir de seu corpo mais do que o mesmo poderia humanamente oferecer. Cita a morte de um ciclista britânico. Haveria também o risco de dependência, e de reações de extrema ansiedade em indivíduos sensíveis. Menciona a existência do que chama de "doping psicológico", em que o atleta poderia sentir um estímulo extra, recorrendo apenas a substâncias endógenas, como a adrenalina. Afirma que haveria um tipo de "doping justificável", quando se utiliza de algum psicotrópico para ajudar um atleta a reestabelecer seu quadro normal diante, por exemplo, da depressão ou do excessivo nervosismo antes de uma partida. Acredita que no futuro, as equipes contarão com psiquiatras em seus quadros técnicos (MURAD, 1972, p. 49-53).

Tem início a segunda parte do livro, intitulada "A viagem sem volta (o abuso de drogas e seu combate)". Inicia definindo toxicomania como "[...] um gosto mórbido da intoxicação por drogas, para insensibilizar-se ou conseguir certas sensações agradáveis" (MURAD, 1972, p. 59). Também utiliza expressões como "flagelo social" e "doença social epidêmica":

> Para que haja uma epidemia de uma moléstia qualquer, é necessária a existência de três fatores: o agente contagiante (micróbio), o hospedeiro (indivíduo afetado) e o meio propício (ambiente adequado). Na toxicomania estes três fatores também estão presentes, e são representados, respectivamente, pela droga, pelo homem e pelo ambiente social. (MURAD, 1972, p. 59)

Interpela-me esta discussão sobre o caráter epidêmico da toxicomania, no que há de contemporâneo nesse debate, reeditado a partir do final da primeira década do século XXI, no contexto do crack. Um dos defensores da ideia de que estaríamos vivendo uma "epidemia de crack" é o atual ministro do desenvolvimento social, Osmar Terra, de quem falei quando referi ao PL 7663/2010, que propõem uma nova lei de drogas para o país. Em artigo publicado no Portal Uol em maio de 2014, o parlamentar afirma que "[...] a epidemia das drogas se constitui no maior problema de saúde pública e de segurança no país" (TERRA, 2014). No final do texto (uma crítica à legalização das drogas como caminho para diminuição da violência), Terra volta ao tema da epidemia:

> Segundo o INSS, o crack era responsável, em 2012, por 2,5 vezes mais auxílios-doença por dependência química que o álcool. Em 2006, a maioria era por álcool. Interessante registrar é que os defensores da liberação das drogas nunca falam da gravíssima epidemia do crack, que cresceu muito nos últimos oito anos. (TERRA, 2014)

Francisco Inácio Bastos, pesquisador e livre docente da Fiocruz, é mais ponderado em suas afirmações. Em uma matéria publicada no portal G1 em janeiro de 2013, o psiquiatra e epidemiologista propunha "[...] sair da questão se há ou não epidemia", e não tinha certeza de alguma pesquisa conseguiria fazê-lo, já que "[...] a única forma de se chegar a todos os municípios do país seria através do Censo", o que teria alcance limitado já que "[...] o usuário de crack não fica em casa esperando o pesquisador para responder com que frequência consome" (STOCHERO & AHMED, 2013). Em 2014, nas considerações finais do relatório da pesquisa nacional sobre uso de crack, Bastos sustenta a dúvida, mas agora com base em dados:

> Mesmo sendo os resultados obtidos com a metodologia NSUM mais elevados do que aqueles gerados pela metodologia tradicional, não podemos afirmar se há ou não no país uma epidemia do uso de crack e/ou similares, uma vez que uma epidemia só pode ser caracterizada tecnicamente a partir de resultados obtidos de uma série histórica de registros de estimativas/ contagens do fenômeno sob análise. (BASTOS & BERTONI, 2014, p. 145)

Outra curiosidade deste excerto de Murad diz respeito à tríade "droga, sujeito e contexto", que corresponderia ao tripé epidemiológico "agente contagiante, hospedeiro e meio propício". Não obstante, esta mesma tríade corresponde à pirâmide sistêmica de Claude Olievenstein, que considerava fundamental ao trabalho clínico com toxicômanos que se considerassem a droga utilizada, o sujeito que a utiliza, e o contexto e que sujeito e droga se encontram. Voltarei a Olievenstein mais à frente.

Seguindo no livro, Murad problematiza as diferenças entre os conceitos de "hábito" (efeitos nocivos apenas para o indivíduo; desejo grande, mas controlável; não haveria aumento da tolerância; dependência psicológica) e "vício" (efeitos nocivos para indivíduo e sociedade; desejo irrefreável; aumento da tolerância; dependência física). Apresenta também a categoria "dependência", definida "[...] como um estado proveniente da absorção periódica ou contínua e repetida de determinada droga" (MURAD, 1972, p. 60). Diferencia as dependências entre "psicológica" (desejo mental, e não físico) e "física" (necessidade fisiológica de seu emprego). Afirma que o abuso de maconha seria esporádico, e que o indivíduo tenderia a deixá-la depois de certo tempo de uso, sem maiores problemas. Não haveria desenvolvimento de tolerância, mas seria possível a síndrome de abstinência. Provocaria hábito, mas não vício. Entretanto, "[...] nos indivíduos mentalmente predispostos, ela promove a desinibição, põe em liberdade as taras, as paixões e os instintos, podendo levá-los, inclusive, a cometer atos irrefletidos" (Idem, p. 63).

A respeito das anfetaminas, o autor afirma que mesmo pequenas doses podem produzir, "[...] principalmente em pessoas sensíveis, alterações profundas de comportamento com alucinações, ilusões, etc..." (MURAD, 1972, p. 64). Os efeitos seriam análogos aos da cocaína. O desenvolvimento de tolerância dar-se-ia com relativa facilidade, podendo o usuário chegar a usar doses centenas de vezes superiores ao indicado terapeuticamente. A dependência não seria física, e sim psicológica.

Sobre os alucinógenos, o autor relembra sua relação com religiões tradicionais da Amazônia e do México. Não haveria desenvolvimento de dependência, mas a tolerância se estabeleceria rapidamente, para também rapidamente desaparecer. Mesmo assim, seriam drogas perigosas. Haveria risco de *flashback*, e de internações decorrentes de sentimentos de pânico e terror, desencadeamento de psicoses latentes, além dos riscos decorrentes de ilusões quanto à obtenção de superpoderes, e o risco de lesões cromossômicas capazes de gerar problemas nos descendentes (MURAD,1972, p. 64-65).

Conclui o capítulo afirmando a necessidade de maior rigor no controle de medicamentos psicotrópicos. Relata as diretrizes da OMS, recomendando a ação em três frentes: controle, tratamento/prevenção e combate à cultura das drogas. Afirma que a "[...] batalha ao abuso de psicotrópicos está lançada e tudo faz acreditar que ela deve ser uma guerra sem fronteiras e sem quartel e que se estenderá ainda por muitos anos" (MURAD, 1976, p. 66).

O capítulo seguinte intitula-se “A viagem teleguiada sem bilhete de volta”. Abre com uma citação anônima (provavelmente de alguma conferência proferida pelo próprio autor), em que define a nova cultura da juventude como algo alheio à realidade brasileira, uma fuga que leva os jovens a terem vergonha de tudo o que é nacional. Afirma a transnacionalidade do problema, e cita o caso da Suécia, país com situação socioeconômica invejável, mas ainda assim com sérios problemas relacionados ao uso de drogas. Os dependentes seriam capazes de qualquer coisa para adquirir narcóticos, depauperando suas posses, ou mesmo praticando roubos caso não possuam recursos, conduzindo-os à degradação física e moral. Não obstante, este quadro seria decorrente, não dos efeitos da droga em si, “[...] mas sim o resultado de uma estrutura social que considera como um crime o ato de obter a droga para os seus efeitos subjetivos” (MURAD, 1972p. 72).

O próximo capítulo, “A viagem que nem sempre tem volta”, também abre com uma citação, um texto entre aspas, mas sem nenhuma referência ao autor, que fala sobre um “novo significado” para a palavra “viagem”, e cita os filmes “Yellow Submarine” e “Blow-up”. “Estava oficializada a grande ‘fuga’, a negação do mundo real com suas prisões e frustrações, a mais perigosa de todas as sensações da droga” (MURAD, 1972, p. 78). Fala sobre as diferentes apresentações do LSD, e alerta que reações perigosas podem ocorrer (“pavor de morte”, “pânico”, “psicose severa”, “suicídio”...), se tomada sem cuidados e “supervisão de especialistas” (Idem, p. 79).

> Os usuários (nos EUA) parecem pertencer a dois grupos principais: aqueles que esperam vencer os problemas sociais, melhorando suas relações no meio em que vivem, e outros que buscam objetivos próprios elevados. Entre estes objetivos citam-se, principalmente, a expansão mental e o aumento da criatividade. (MURAD, 1972, p. 79)

Mesmo que sem a mesma exuberância, é possível perceber em Elias Murad o registro paranoico com respeito à juventude dos anos 70 que já havia aparecido na narrativa de Pacheco e Silva. Para o farmacêutico mineiro, as pessoas que usam drogas seriam jovens “emocionalmente desajustados”, à procura de “novas experiências” e “soluções fáceis” (MURAD, 1972, p. 79). Não dariam nenhum valor à cultura nacional. Mas há, entretanto, uma diferença importante: os toxicômanos não seriam vítimas da ação do movimento comunista internacional, focado em destruir a fibra da juventude brasileira, mas sim da própria criminalização, que colocaria as pessoas que usam drogas ilícitas em condição de marginalidade.

A maconha seria um problema a parte. Afirma que assim como o álcool, ela provoca desinibição. Além disto, seu uso pode desencadear quadros de psicose, crises de agressividade e pânico. Usuários crônicos seriam letárgicos, desleixados e despreocupados com a higiene.

> Entre nós, os usuários da droga pertencem, principalmente, a dois grupos distintos. O primeiro deles é formado por habitantes das favelas, geralmente marginais de baixo nível de vida. Estes, geralmente, procuram a droga como uma fuga às suas desesperanças e em desalento de causa. Nada têm a perder, exatamente porque nada possuem e o uso de drogas por eles é um dos reflexos das péssimas condições em que vivem.
>
> O segundo grupo é formado principalmente por jovens adultos de classe média, que vivem nos centros urbanos havendo evidência de que o uso da droga está espalhado cada vez mais entre eles. Este grupo de usuários está à procura de novas experiências interiores ou então usam a droga como uma espécie de rebelião contra as estruturas sociais vigentes. Os que se tornam psicologicamente dependentes estão tentando livrar-se dos conflitos internos que os afligem. São, sem dúvida alguma, indivíduos mais ou menos desequilibrados e o uso de drogas reflete apenas um dos sintomas de seu desequilíbrio. (MURAD, 1972, p. 82)

Apresenta cinco propostas, cinco contribuições para uma política pública voltada ao problema das drogas: a) rigor na punição de traficantes, com especial atenção para os anorexígenos; b) articulação com OMS para controlar o comércio de remédios psicotrópicos em outros países da América do Sul; c) prevenir o "vazamento" na fabricação e distribuição de medicamentos psicotrópicos; d) criação de centros de tratamento; e) campanhas de prevenção (MURAD, 1972, p. 83).

> Os hospitais psiquiátricos que, atualmente, através de suas seções especializadas, cuidam do assunto, são insuficientes para atender a demanda principalmente se vier a ser cumprida a lei que exige internamento compulsório dos toxicômanos. (MURAD, 1972, p. 83)

O capítulo "O que os jovens buscam nas drogas proibidas" levanta a questão: tanto para quem defende a abordagem repressiva, quanto para quem acha que se trata de um problema social, é preciso evitar a venda de drogas. Cita um técnico da OMS para afirmar as já referidas teses da epidemia e do flagelo social, que atingiriam principalmente os jovens. Defende o intercâmbio com nações que já estudam o problema há mais tempo, como Inglaterra e EUA (MURAD, 1972, p. 105-106). Cita uma pesquisa feita pela Universidade da Califórnia, sobre os motivos que levam os jovens a usarem drogas, e que chegou a sete diferentes grupos:

1- Jovens psicologicamente sadios, mas confusos, curiosos, ávidos de aventuras ou com espírito de imitação
2- Jovens afetados por distúrbios sérios e graves;
3- Jovens que buscam expressões estética
4- Jovens que andam a procura de Deus
5- Neuróticos
6- Sociopatas
7- Alcoólatras crônicos (MURAD, 1972, p. 107)

Cita outra pesquisa, esta feita na Inglaterra, que chegou a outras categorias:

1- Jovens com comportamentos desafiantes
2- Jovens que sentem falta de apoio familiar
3- Jovens que querem "dirigir" o mundo
4- Jovens mentalmente desequilibrados (MURAD, 1972, p. 109)

> Dos estudos feitos até agora existe uma conclusão quase unânime. É que o maior contingente de jovens que usam as drogas toxicomanógenas é formado por indivíduos mais ou menos mentalmente desequilibrados. Portanto, eles não são, na maioria dos casos, marginais ou delinquentes. São, isto sim, doentes mentais que precisam e merecem tratamento especializado. Antes de condená-los à execração pública e submetê-los a processos policiais, deve-se tentar tratá-los e recuperá-los para a sociedade. Mesmo que este trabalho seja decepcionante, difícil e penoso (como realmente o é), apenas alguns que fossem recuperados, justificaria todo o esforço desprendido nesta luta que deve ser sem tréguas, permanente, contínua, sem fronteiras e sem quartel. (MURAD, 1972, p. 112)

O sujeito do discurso em Elias Murad é jovem, assim como jovem era o sujeito do discurso em Pacheco e Silva. Não obstante, são jovens diferentes. Para o primeiro, o usuário de drogas deve ser alvo de compaixão, e não de *execração pública* a *processos policiais*, já que a maioria não seria composta de *marginais ou delinquentes*, mas de "[...] doentes mentais que precisam e merecem tratamento especializado" (MURAD,1972, p. 112). Para o segundo, o sujeito do discurso é ao mesmo tempo vítima da ação perniciosa dos comunistas, e culpado da divulgação da droga e de ideias imorais. Para Murad, pessoas que demandam cuidados; para Pacheco e Silva, controle e repressão.

Sobre a legalização, Murad a considera uma bandeira de "[...] alguns intelectuais avançados" e "artistas frustrados em busca de propaganda", além de "hippies e defensores de filosofias semelhantes" (MURAD, 1972, p. 123). Não considera aceitável comparar o caso da maconha com álcool e tabaco, pois não aceita justificar um erro por outro. Argumenta que não seria possível identificar previamente quem possui ou não a predisposição para desenvolvimento de problemas mais graves decorrentes do uso de maconha; portanto, seria temerário liberá-la.

> Como se vê, agem muito bem as autoridades sanitárias e policias quando combatem o uso de maconha. Não há argumentos cientificamente válidos que justifiquem sua liberação. A guerra ao seu cultivo, tráfico e uso deve ser uma luta sem fronteiras e sem quartel. Caso contrário, estaremos permitindo que mais uma brecha seja aberta na muralha dos valores morais da sociedade, já tão corroída pelo maléfico e pernicioso abuso do álcool. (MURAD, 1972, p. 123)

Murad defende a tese de que algumas drogas devem ser proibidas, e outras controladas. Sua posição com respeito ao álcool, entretanto, não é muito clara. Defenderia sua proibição? Maior controle? Aos que defendem a proibição da produção de psicotrópicos, por exemplo, o autor responde que esta proposta seria "[...] inadequada, ineficiente, simplista e utópica" (MURAD, 1972, p. 142). Argumenta que muitas destas drogas são extremamente úteis, e que proibir da fabricação legal incentivaria o mercado clandestino. Defende o "[...] controle rigoroso, contínuo e incansável" (Idem, p. 143), o cumprimento da lei com respeito à notificação e internação compulsórias de toxicômanos, e o investimento em campanhas de prevenção, em contraposição aos que temem que se fale sobre drogas, pois isto despertaria a curiosidade dos jovens (Ibidem, p. 144-147).

Como estratégias de controle, defende a inclusão de todas as drogas psicotrópicas dentre aquelas que exigem receituário médico especial, rigidamente controlado. Defende também uma supervisão mais rígida sobre os possíveis vazamentos a que estariam sujeitos os medicamentos psicotrópicos, desde sua produção industrial até sua distribuição de comercialização, e um maior rigor no licenciamento de remédios (MURAD, 1972, p. 148-150).

Em 1982, Murad lança um livro totalmente dedicado a questões relativas à maconha. Antes mesmo da introdução, como se fosse uma espécie de epígrafe, há uma ilustração em que se pode ver um homem calvo e com bigode, vestindo terno e gravata e segurando uma valise. Na sua frente há outro homem, com cabelos desgrenhados e barba por fazer. Veste colete, um colar de contas e sandálias, e suas calças estão seguras por uma espécie de cordão ao invés de cinto. Está fumando um cigarro (provavelmente de maconha), e tem um copo em suas mãos. Seus olhos estão desenhados como duas espirais¸ como forma de apontar seu estado alterado de consciência. Aos pés da imagem, há uma frase que estaria sendo dita pelo homem calvo: "Olha só, se não é o Zeca, filho do Seu Juca, fumando, bebendo, se alucinando e tudo o mais" (MURAD, 1982, p. 7). Um pouco mais abaixo, encontro o seguinte texto:

> Que alguns jovens queiram, usando drogas, desafiar o "establishment" de uma sociedade de consumo com cujas regras não concordam, a opção é sua. Mas, ao fazê-lo, que eles ajam conscientemente, conhecendo de maneira científica os riscos e os perigos de sua decisão. (MURAD, 1982, p. 7)

Assim como toda a produção de Elias Murad ao longo de duas décadas, este livro também se situa no registro da discursividade preventiva. Mais uma vez, a preocupação compassiva para com a juventude, que deveria ser informada a respeito dos riscos implicados no uso de drogas, e neste caso específico, da maconha, cujo usuário é dividido em três categorias: a) usuário eventual; b) usuário dependente (sente dificuldades em interromper o uso); c) usuário crônico (advém do grupo anterior, e fuma alguns cigarros por dia). O hábito seria "[...] uma doença autoprovocada, progressiva e que em casos raros finda espontaneamente" (MURAD, 1982, p. 13-17).

Quanto à toxicidade da maconha, esta seria relativamente baixa. Não obstante, cita um caso de óbito por uso de maconha, e outro em que um soldado francês teria entrado em estado de coma depois de consumir dez cachimbos de mistura de maconha com tabaco. Argumenta que com base nestes casos, não se poderia afirmar que a maconha é menos tóxica que o tabaco (MURAD, 1982, p. 21-22). Sobre os efeitos agudos, chama atenção para a taquicardia, e levanta a hipótese de que a droga possa ser prejudicial para pessoas com problemas cardíacos. Haveria ainda evidências de problemas pulmonares, e possibilidade de agentes cancerígenos na droga. Cita evidências de problemas vasculares e hepáticos, além de diarreias, cólicas e gastroenterites. Haveria também interferência nos sistemas imunológico e reprodutor, e possíveis efeitos teratogênicos e mutagênicos (Idem, p. 27-34).

Murad afirma que não haveria risco de dependência física de maconha, mas que a dependência psíquica seria comum. Problematiza, entretanto, a separação entre corpo e mente, afirmando que um produz efeitos sobre o outro, permitindo imaginar que uma dependência psicológica poderia desencadear reações orgânicas. Comparando maconha e álcool, o autor afirma que a primeira é menos prejudicial em diversos aspectos. No entanto, isto não deveria servir para autorizar a legalização da maconha, pois implicaria em liberar mais uma substância perigosa. Além disso, a legalização poderia fazer com a maconha passasse a ser mais largamente utilizada, como acontece com o álcool. Na comparação com o cigarro, a diferença diz respeito ao potencial psicoativo da maconha, algo inexistente com o tabaco (MURAD, 1982, p. 51-59).

> Até pouco mais de uma década atrás, o uso da maconha era bastante limitado entre nós, restringindo-se aos indivíduos de baixo nível social, marginais, delinquentes e prostitutas. Entretanto, com o advento da chamada subcultura da droga, através de certo modismo ou imitação proveniente de outros países, o seu uso foi difundido, tanto na classe média quanto na alta sociedade. Particularmente os jovens têm sido os mais afetados e não é exagero afirma que, com relação ao abuso de drogas, a década de 70 será, entre nós, aquela marcada pelo uso de maconha e das "bolinhas" estimulantes. (MURAD, 1982, p. 63)

O capítulo "Vamos discutir a maconha sem preconceito" apresenta a discussão sobre descriminalização da maconha nos EUA, que seria um paradoxo diante da proibição da Dipirona® naquele mesmo país. Pergunta-se o autor se isto não seria decorrência dos "[...] badalados direitos humanos, levados ao extremo de quase uma neurose histérica em um governo que está perdendo a noção do bom seno e já está confundindo liberdade com libertinagem?" (MURAD, 1982, p. 71). Afirma que as drogas, quaisquer que sejam, tornam os jovens alienados. "Uma nação de maconheiros, será, sem dúvida alguma, um país de alienados totais" (Idem, p. 71).

O próximo capítulo traz uma reportagem sobre o Centro de Orientação sobre Drogas Professor José Elias Murad, em Belo Horizonte, que apresentaria um sucesso de 65% na recuperação de jovens que usam maconha. O centro teria a função de orientação e de tratamento ambulatorial de casos mais simples (os casos mais graves seriam referenciados para um centro de tratamento em Itapecerica da Serra). A internação seria evitada ao máximo, sobretudo de adolescentes, pois "[...] é um crime imperdoável internar um jovem de 14-16 anos numa clínica psiquiátrica, apenas pelo uso de drogas" (MURAD, 1982, p. 81). A matéria segue tratando do centro de orientação, sustentado pela Fundação Libanesa. Com o tempo, uma CT deveria ser construída, oferecendo "[...] um internamento totalmente diferente do adotado pela psiquiatria convencional" (Idem, p. 83).

"Queime as ilusões: maconha faz mal, sim senhor!", é o nome do capítulo seguinte, que inicia pela partilha do que diriam os jovens que procuravam o centro de orientação anteriormente citado, no sentido de que as drogas fariam mal, com exceção da maconha. Volta a falar do desenvolvimento de tolerância, e aborda o acúmulo de THC nas células nervosas. Nega que existissem, à época, países legalizando o uso de maconha; o que existiria, isto sim, seria uma certa tolerância de alguns, e a descriminalização do usuário em outros, mas não a legalização. Cita os impactos da maconha sobre os sistemas imunológico e reprodutor (MURAD, 1982, p. 87-94).

> A maconha não possui nenhum valor terapêutico e o cultivo da planta deve ser extinto nos próximos 25 anos, segundo recomendação feita por representantes da Ásia e da África à convenção das Nações Unidas sobre drogas e estupefacientes. (MURAD, 1982, p. 95)

O capítulo "A abertura para as drogas" retorna à já referida tríade em que o agente é a droga, o hospedeiro é o homem, "[...] e o ambiente social, este último é, talvez, um dos mais sutis e delicados e, por isso mesmo, às vezes difícil de bem avaliar e perceber" (MURAD, 1982, p. 119). Considera que o fator mais importante a ser observado são os processos de "desinformação" produzidos "[...] através dos modernos processos de comunicação de massas" (Idem, p. 119).

> Isto é particularmente verdadeiro em relação aos adolescentes. O jovem, na adolescência ou puberdade, é, naturalmente, imaturo, instável, extremamente curioso e indagador e com a sua personalidade ainda não muito bem formada ou estruturada. Assim sendo, transforma-se em presa fácil e sugestionável de tal tipo de informações. (MURAD, 1982, p. 119)

O autor fala um pouco sobre o livro "As portas da percepção", de Aldous Huxley. Afirma que muita propaganda foi feita em torno do livro, dizendo que teria sido escrito sob efeito de mescalina. Cita este como um caso entre tantos em que se realizaria uma fetichização dos efeitos das drogas, sobretudo as alucinógenas. Refuta a tese de que as drogas aumentariam a criatividade das pessoas, afirmando que artistas medíocres seguem medíocres depois de usarem drogas (MURAD, 1982, p. 119).

Murad considera mito a ideia de que a maconha aumentaria a sensibilidade musical dos usuários (MURAD, 1982, p. 121). Cita a canção dos novos baianos, "O mal é o que sai da boca", como um exemplo "deplorável" de abertura para a droga. Afirma sua posição liberal, em defesa da abertura política, mas não admite que tal abertura possa servir à propaganda do uso de drogas, e não considera que uma "abertura para a droga" possa ser considerada parte de uma abertura política. Recusa a ideia de que o uso de drogas possa ser considerado um ato de contestação, pois acredita que tais jovens fazem isto influenciado por adultos mal intencionados, que querem, em última análise, ampliar a alienação da juventude (Idem, p. 122).

> Um jovem alienado pelas drogas, sem motivações, apático, e saturado de auto complacência, não contesta, não desafia, não clama contra as injustiças sociais e não se revolta contra elas. É um servo da droga. E quem é servo, não tem liberdade para coisa alguma, pois, antes de mais nada, tem que servir – e deve servir – ao seu senhor. (MURAD, 1982, p. 122)

O capítulo “O que há por trás das campanhas para a liberação da maconha” abre com uma epígrafe em que o autor afirma que drogas como ópio, coca e kath têm sido usadas “[...] como arma política para alienação dos povos” (MURAD, 1982, p. 127). Afirma que haveria iguais interesses com respeito à maconha. Considera que os esforços preventivos estariam sendo sabotados por campanhas de glamourização das drogas, principalmente a maconha, e considera que a liberação desta seria interessante para políticos que desejam manter a juventude alienada, e também para capitalistas que poderiam explorá-la como mercadoria (Idem, p. 130).

Outra discussão que aparece em diferentes momentos do livro diz respeito aos possíveis usos terapêuticos da maconha. Cita as pesquisas que eram desenvolvidas, à época, por Elisaldo Carlini, com respeito ao potencial do canabidiol como anticonvulsivante, enquanto que o THC não teria nenhuma propriedade terapêutica. Concorda que a maconha, assim como o ópio, poderia conter “[...] princípios úteis à terapêutica, como parece que está acontecendo com o canabidiol” (MURAD, 1982, p. 121), e considera importante que se desenvolvam métodos para separar tais princípios. Refuta o potencial da maconha para o tratamento do câncer, mas concorda que ela possa ajudar a mitigar os efeitos colaterais da quimioterapia (Idem, p. 120).

Este debate sobre possíveis usos medicinais da maconha tem sido uma constante nos últimos anos. Carlini, citado por Murad, foi um desbravador neste tema, e inspirador de pesquisadores como Renato Malcher, Sidarta Ribeiro, Renato Filev e Antonio Zuardi. O tema também foi abordado no documentário “Ilegal”, que registra o drama de famílias cujos filhos sofrem com formas de epilepsia refratárias aos medicamentos convencionais, enfrentando a legislação brasileira para importar o canabidiol, e penetrando a esfera legislativa, com a Sugestão nº 8/2014, apresentada por Cristóvão Buarque junto ao Senado Federal, disparando uma série de debates acirrados que posicionaram, de um lado, pesquisadores e pessoas que usam maconha medicinal, e do outro, grupos que consideram a iniciativa uma estratégia velada de legalização da planta.

Outra questão que aparece como uma novidade diz respeito ao modo como Murad articula o uso de drogas e a participação política. Se em Pacheco e Silva há um assumido compromisso com o totalitarismo da ditadura civil-militar inaugurada com o golpe de 1964, e se ele centrou esforços na denúncia de uma pretensa utilização das drogas como dispositivo do movimento comunista internacional a serviço da

degeneração moral da juventude brasileira, Murad assume seu compromisso com a abertura política do início dos anos 80, e com a participação política dos jovens. Sua preocupação não se relaciona com o fato de que as drogas empurrariam os jovens para a contestação, mas exatamente o contrário, ou seja: o uso de drogas seria uma forma de contestação sem potência, alienante, que desviaria o ímpeto juvenil das causas realmente transformadoras. Prestaria, portanto, um serviço às forças conservadoras.

Volto a 1971, e encontro outro autor extremamente relevante para a reflexão sobre as técnicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Romeno de nascimento, Carol Sonenreich chegou ao Brasil em 1960, quando tinha apenas 37 anos. Seu título de médico foi revalidado no Recife, em 1962 (mesmo ano em que conheceu o professor José Lucena, psiquiatra pernambucano que publicou um sem número de trabalhos sobre maconha), depois de clinicar em Bucareste desde 1941. Defendeu sua tese de doutoramento no Brasil, em 1971, quando tinha 48 anos. E é justamente esta tese que analiso a partir de agora.

Inicia referindo o aumento das internações por alcoolismo no século XX, em todo o mundo. O tema ultrapassaria a psiquiatria, mas caberia à disciplina a tarefa principal, pois "[...] o alcoólatra é uma realidade clínica que se impõe de maneira mais obrigatória" (SONENREICH, 1971, p. 1), ainda que o tratamento seja difícil, as recaídas frequentes, e a terapia hospitalar se resuma muitas vezes à mera desintoxicação (Idem, p. 2). Ressente-se das metodologias de pesquisa no campo da psiquiatria, que cada vez mais adotariam a estatística em detrimento dos estudos de caso, talvez porque a clínica do alcoolismo não atraia a maioria dos médicos, que na se sentiriam desafiados diante de uma doença em que "[...] a sintomatologia é estereotipada, muito mais do que nos quadros delirantes, de desordens afetivas, de conflitos interpessoais, não suscitam grande problema de diagnóstico diferencial, não parecem esconder grandes mistérios, não oferecem temas para a meditação" (Ibidem, p. 5-6).

Já no início de sua revisão bibliográfica sobre o alcoolismo, assume como sua a seguinte definição:

> Consideramos alcoolista a pessoa que consome bebidas alcoólicas diariamente, ou quase, praticamente sem interrupções, de maneira incoercível, a ponto de apresentar um estado de intoxicação, caracterizado por distúrbios psíquicos ou somáticos. A dependência, aliás, a necessidade irresistível de álcool, aparece como um dos sintomas do alcoolismo; seria o estado subjetivo do alcoolista. (SONENREICH, 1971, p. 9)

Sonenreich (1971, p. 9) considera o alcoolismo uma doença crônica, em que "[...] o paciente, mesmo desintoxicado, em ausência de sintomatologia clínica, continuaria sendo um etilista". Comenta a abordagem psicanalítica, que situa o etilismo ao lado da bulimia, da piromania, da cleptomania, dos jogos de azar, da cocainomania... Aparece a ideia de fase oral mal resolvida, e do alcoolista como sujeito imaturo; já aqueles fixados na fase anal seriam mais agressivos, rebeldes e obstinados (Idem, p. 11). Numa terceira variante, regredindo à fase fálica, o alcoolista se apresentaria como histérico, com o Édipo reprimido e baixa autoestima (Ibidem, p. 12).

> O doente já desintoxicado, mas ainda com distúrbios psíquicos, neurológicos e outros ainda não debelados, apesar da eliminação do álcool, continua sendo rotulado de alcoólatra. Ademais, é evidente que uma intoxicação aguda não significa alcoolismo. Portanto, embora possam sobrepor-se, as noções de intoxicação etílica, de dependência, de alcoolismo não são idênticas. (SONENREICH, 1971, p. 9-10)

A revisão segue *ad nauseam*, por detalhes em sua maioria irrelevantes ao tema aqui abordado. Vale, no entanto, citar integralmente o resumo que o autor oferece ao final do capítulo de revisão, que sintetiza seu modo organizar o olhar sobre uma bibliografia de 242 obras:

> Em suma, muitos autores, a propósito da etilogia do etilismo se limitam a comentar de acordo com as doutrinas que adotaram, mencionando os conceitos de oralidade, distúrbios prévios de personalidade, neuróticos que bebem, etc. Outros procuram encaixar em determinadas doutrinas dados de observação mais ou menos vagos. Outros recorrem a conclusões de estudos genéticos, metabólicos, e endocrinológicos, sempre suscetíveis de contestação. Outros, baseados em investigações sociológicas, estatísticas e culturais, tendem a atribuir ao alcoolismo a fatores mais ou menos exclusivamente exógenos, sem lograr responder a todas as perguntas e críticas que eles mesmos formulam. A nossa ver, essa última posição, interpretando a gênese do alcoolismo a base de fatos observados, se nos afigura mais de acordo com a realidade clínica. (SONENREICH, 1971, p. 53-54)

O capítulo 3 é um relatório de observações clínicas, com 250 pacientes internados em hospitais psiquiátricos, e em um serviço de psiquiatria em hospital geral. O período não chega a ser especificado. Descreve algumas regularidades, como *delirium tremens*, distúrbios de comportamento, problemas de relacionamento social e familiar, desemprego, conflitos com a lei... Os motivos para internação foram tanto o próprio alcoolismo, quanto questões clínicas variadas decorrentes ou relacionadas ao uso de álcool. Foram eliminados do estudo os pacientes com complicações psiquiátricas ou neurológicas anteriores ao etilismo (SONENREICH, 1971, p. 55-60).

Sonenreich apresenta e discute os achados de sua pesquisa. Como o objetivo do estudo aqui desenvolvido não passa por uma problematização de suas chaves interpretativas, seria desnecessário apresentar todo este desenvolvimento. Passo, portanto, às considerações finais, onde o discurso pode ser apreendido com maior clareza. A discussão dos resultados inicia com as seguintes questões:

> Em matéria de etiologia do alcoolismo, acode-nos a seguinte pergunta: trata-se de um doente, um neurótico, um desajustado, um psicótico que procura no álcool um meio de superar as suas dificuldades? Ou trata-se de uma personalidade comum que, pelo hábito da bebida, chega a apresentar um quadro próprio da intoxicação, com manifestações somáticas e psíquicas, inclusive a dependência e a incapacidade de abstenção do álcool? (SONENREICH, 1971, p. 97)

É deste modo que Sonenreich demarca seu próprio debate: ou o alcoolista é um doente, um neurótico grave ou até mesmo um psicótico, ou seu uso abusivo de álcool não passa de um traço de personalidade, que se determina problemas para si e para seus entes próximos, não deveria apenas por isto ser considerado uma doença. Mas, a complexidade da questão, do modo como o autor a coloca, permite antever que se a segunda hipótese se sustentar (ou seja: não existiria uma doença chamada alcoolismo), isto não implicaria em dizer que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas não é uma preocupação para o campo da saúde, já que o hábito, se não é sintoma, não deixa de ser fator determinante para uma série de agravos sanitários.

> [...] nossa observação nos impele a admitir que o etilista determina o estado de espírito do seu ambiente. Outros dependem do estado de humor do alcoolista. Os outros têm que organizar sua existência em função da evolução por que passa o doente. Retirar-lhe a responsabilidade, por se tratar de um doente, representaria uma atitude pseudo-piedosa, que afinal não convém muito ao próprio alcoolista. Este, quase sempre, tenta convencer (antes convencer-se) de que bebe quando quer, porque quer, faz o que quer. A visão do etilista como doente pode ser, com razão, qualificada de "filosofia repulsiva e produtora de ansiedade". (SONENREICH, 1971, p. 97-98)

Sonenreich começa a esboçar seu posicionamento diante das questões por ele mesmo formuladas. Acredita que posicionar o alcoolismo como doença implica no risco de autocomiseração de desresponsabilização, ao mesmo tempo em que aumenta a sobrecarga de responsabilidade para familiares e demais pessoas das redes de relações sociais da pessoa diagnosticada como alcoolista. Tal diagnóstico, como uma ferramenta conceitual de trabalho em saúde, é criticada pelo autor, que a considera uma "atitude pseudopiedosa" que termina por trazer prejuízos ao próprio sujeito.

> É impressionante como os alcoolistas se parecem. O diálogo com o alcoolista é certamente um dos mais estereotipados. São mais ou menos obrigatórias as declarações: “estou bem, não tenho nada, não sei porque me internaram, é verdade que bebia um pouco, mas não sou viciado, não caí na rua, minha família precisa de mim, tenho que trabalhar, não posso ficar aqui, agora já aprendi: o álcool me faz mal, não toco mais nele, aqui o Sr. não me vê mais, senão como visitante...”. (SONENREICH, 1971, p. 125)

É curiosa esta perspectiva monocórdica a respeito das pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool, depois de uma revisão bibliográfica tão ampla, na qual se pode observar posicionamentos absolutamente diversos. Tal assertiva, portanto, é fruto de sua própria observação clínica, ampla em alguns aspectos (250 pacientes não é um número desprezível), mas reduzida a uma única e mesma clientela, formada pelos pacientes que procuravam a enfermaria do Hospital do Servidor, em São Paulo. Faltou ao psiquiatra, talvez, um aprendizado que todo estudante de antropologia vive desde muito cedo: que se as pessoas que estudo parecem muito semelhantes e enfadonhas, há provavelmente algum erro no meu próprio método de observação.

> A conduta, o pensamento, os sintomas do alcoolista são os mais pobres, tanto no delirium tremens (os mesmos gatos, as mesmas cobaias, ratos, precipícios, perseguições), quanto nas formas delirantes crônicas, nos distúrbios de comportamento, na conduta cotidiana, nos ares um tanto ridículos de dignidade. Parece uniformizado e, ao contato do mesmo, descobrimos muito mais o alcoolismo do que o indivíduo. (SONENREICH, 1971, p. 125)

Sonenreich também fala sobre máscaras e estratégias ingênuas e infantis para sustentar mentiras insustentáveis. Pondera se a própria verdade não teria uma significação outra para os etilistas. As mentiras estariam relacionadas, dentre outras coisas, ao fato de que o alcoolista teria dificuldades em avaliar a real dimensão e dramaticidade de sua própria situação. Além disto, seria capaz de mentir mesmo tendo ciência de que o ouvinte conhece a verdade. A realidade, para o alcoolista, seria “plástica”, mudando de acordo com sua vontade, e ocorreria “[...] uma confusão entre percepção e representação, ou seja, a imagem” (SONENREICH, 1971, p. 128).

> Não seria só o superego do alcoolista que estaria mergulhado em álcool. É a consistência do seu mundo, que aparece como diluída em álcool. Sob seu efeito, qualquer pessoa percebe um mundo flexível, vago, permissível, modelável. No estado crônico, o etilista transforma a realidade de um momento em permanência. Pode modificar à vontade os significados. Uma visão do mundo, que permanece até em estado de sobriedade. É esta, provavelmente, a grande tentação à qual o alcoolista não consegue resistir. (SONENREICH, 1971, p. 128).

Ao que parece, Sonenreich busca afastar o alcoolista da psicose, posicionando-o mais próximos aos transtornos de personalidade, como a psicopatia e sociopatia. Uma moralidade muito pessoal, uma ausência de compromisso com a materialidade do mundo real exterior, um descompromisso com a verdade dos fatos, uma ausência de constrangimento quando diante de um desmascaramento...

> O etilista não tem uma ética própria. É a ética comum que ele adota, embora, na prática, não se subordine à mesma, sem deixar de proclamá-la. Até mesmo os sentimentos de culpa existem, mas de maneira sui-generis. Nem poderiam ser os mesmos experimentados por aqueles que não possuem a chave mágica da redução e atenuação da realidade resistente. (SONENREICH, 1971, p. 128)

Afirma que os alcoolistas só teriam problemas com a internação nos primeiros dias, quando os sintomas de abstinência e ansiedade ainda seriam severos. Ultrapassada esta fase, mostrar-se-iam os mais cordatos dos pacientes (SONENREICH, 1971, p. 128-129). Sua relação com o tempo e com a memória seriam também bastante líquidas, e apenas o presente importaria. O amanhã não pareceria longínquo, mas inexistente (Idem, p. 130-131). Numa discussão breve sobre outras drogas, afirma que a toxicomania medicamentosa traz danos mais rapidamente que o alcoolismo, ainda que este último configure-se em problemática mais relevante, por suas dimensões. Afirma que as diferenças, entretanto, estariam muito mais no perfil dos usuários do que em características etiológicas (Ibidem, p. 133-136).

Onze anos depois, Sonenreich publica um livro destinado a problematização da maconha na clínica psiquiátrica, cujo objetivo seria o estudo dos casos de pessoas que usariam drogas, não de modo equilibrado e esporádico, mas apenas "[...] pessoas que adoeceram apresentando distúrbios psíquicos relacionados com o uso de tóxicos" (SONENREICH, 1982, p. 6). Diz não querer falar de uso de drogas, mas de toxicomanias. Abre os trabalhos com o caso ilustrativo de um jovem que teria sofrido uma série de traumas sexuais ao longo de sua vida, antes de se tornar usuário abusivo de maconha, e de seus esforços para abandonar o vício.

A partir deste ponto, o autor inicia um subcapítulo dedicado a definições, afirmando-as tão variadas e discrepantes, que por vezes se tornariam até mesmo risíveis. Cita a fala do representante da França na Comissão de Estupefacientes da OMS, que define droga como "[...] uma substância natural ou sintética que foi inscrita numa lista anexa a uma convenção internacional" (SONENREICH, 1982, p. 7).

> O termo entorpecente, por si só, abarca todas as substâncias que figuram nos quadros anexos à Convenção Única de Entorpecentes, e cuja fabricação, distribuição e uso são submetidos a certas regras. Tal lista não é restritiva e qualquer produto acrescentado por decisão da Comissão de Entorpecentes das Nações Unidas torna-se, automaticamente, um "entorpecente". (SONENREICH, 1982, p. 7)

O autor problematiza diferentes categorias, como "toxicomania", "dependência", "adicção", "hábito", "tolerância", "drogadicção"... Traz alguns referenciais históricos com respeito às drogas de um modo geral, e afirma que hábito de fumar maconha seria muito mais antigo que o do tabaco. Desde os anos sessenta, o número de consumidores ao redor do planeta teria aumentado consideravelmente, mas insiste que isto não necessariamente implicaria em aumento dos problemas relacionados à toxicomania (SONENREICH, 1982, p. 16-18).

No subcapítulo dedicado aos efeitos decorrentes do uso de maconha, o autor fala do esforço em descrever os efeitos e paraefeitos das drogas de modo fidedigno. Afirma que as descrições relativas à maconha costumam referir-se a "experiência agudas". Cita Moreau de Tours, que em 1845, descreve os efeitos do haxixe através de observações feitas no famoso Clube dos Haxixins, frequentados por Téophile Gauthier (SONENREICH, 1982, p. 19). O autor, no entanto, chama atenção para o fato de que é muito difícil encontrar pessoas que usam maconha que descrevam os efeitos de modo semelhante a Gauthier, o que poderia ser um indicativo de que o escritor fantasiou por demais os efeitos da droga. Afirma que as descrições romanescas, no mais das vezes, referem-se a intoxicações agudas, e não ao uso crônico ou a problemas psíquicos decorrentes do uso. Cita a literatura brasileira dos anos 30 e 40, exagerada e catastrofista, e autores canadenses que estudaram os efeitos da planta nos anos 70, com foco em seus aspectos positivos (Idem, p. 20-21).

Haveria também os autores que considerariam a maconha um eficiente antipsicótico. O autor questiona tais afirmações, lembrando que há, sim, esquizofrênicos e epiléticos que usam maconha, mas isto não quer dizer que estejam necessariamente se automedicando. Não obstante, sabe-se que a erva já foi usada como afrodisíaco, para tranquilizar maníacos, contra o alcoolismo, depressão e histeria, contra a dependência de morfina, como antiemético, contra a epilepsia, hidrofobia... Cita, no extremo oposto, um conjunto de autores que vão abordar o uso da maconha, não como tratamento, mas como disparador de surtos psicóticos e quadros esquizofrênicos persistentes (SONENREICH, 1982, p. 24-25).

> Fumar maconha, para nós, não representa doença mental, como tomar álcool não representa doença mental. Mas conhecemos pessoas que, pelo uso de álcool, ou pelo uso de maconha, chegam a apresentar distúrbios que podem ser avaliados conforme o modelo médico, e podem ser considerados doenças mentais. (SONENREICH, 1982, p. 30-31)

O subcapítulo “Maconha e doença mental” inicia com uma citação de artigo de Gilberto Velho, em que se problematiza a categoria “drogado”, que soaria sempre como uma espécie de “acusação moral e médica” (SONENREICH, 1982, p. 31). Sonenreich discorda de Velho, e afirma que a psiquiatria não considera o drogado, por definição, um doente; isto seria coisa de uma vulgata da psiquiatria, produzida por autores de baixo calão. Problematiza os escritos de Thomaz Szasz, e denuncia o que considera uma má fé para com a psiquiatria, capaz de influenciar sociólogos e antropólogos, e diferente do que afirmara anos antes a respeito do álcool, sustenta que seria possível, sim, usar a categoria “doença” para pensar os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (Idem, p. 33-34).

> A tarefa da psiquiatria é justamente oposta à tendência de submeter, enquadrar; ela pretende dar ao paciente a capacidade de agir conforme suas escolhas, não ser “agido” pela doença. (SONENREICH, 1982, p. 34)

O autor cita o caso de seis pacientes que teriam desenvolvido sintomas persistentes de esquizofrenia após terem consumido maconha. Sintomas que subsistem ao tempo, que permanecem depois do fim do efeito da droga em si, que respondem ao tratamento, mas que retornavam quando o uso de maconha era retomado. Considera o autor, no entanto, que apenas o uso da maconha não basta para explicar estes casos, e que há outras questões associadas, como configurações hereditárias, por exemplo (SONENREICH, 1982, p. 35-36).

O subcapítulo “Maconha e agressividade” inicia com referências que relacionam a droga ao aumento do potencial agressivo. Relata casos de jovens usuários com atritos familiares, o que poderia ser resultado, não da droga, mas do medo que tal uso despertaria nas famílias. Aponta dificuldade em pesquisar junto a prontuários, pois os profissionais de saúde não fariam distinção entre usuários eventuais e toxicômanos. Relata dois casos em que há concomitância entre agressividade e uso de maconha, mas não vê ligações entre uma coisa e outra. Sonenreich percebe, em sua revisão, que os autores têm posições contraditórias sobre o tema, provavelmente porque estudam diferentes tipos de usuários, sem rigor (SONENREICH, 1982, p. 40-46).

O subcapítulo “Maconha e criatividade” inicia com o autor comentando o fato de que haveria defensores para três distintas possibilidades: a maconha aumentaria a criatividade; a maconha diminuiria a criatividade; a maconha não produziria nenhum efeito sobre a criatividade. Cita diversos artistas e escritores que experimentaram maconha, como Baudelaire, Gauthier, Delacroix, Balzac, e conclui que “[...] estas experiências têm valor poético justamente quando são vividas por um poeta” (SONENREICH, 1982, p. 54).

> A doença age sobre o homem, sujeita-o às condições dela, tira-lhe em grande parte a liberdade de criar. A doença é esterilizante. E se um consumidor de álcool ou de outras drogas consegue continuar criativo, é porque os estragos não são profundos ou não são constantes. Talvez porque não se trata de um consumo em níveis patológicos. (SONENREICH, 1982, p. 55)

Cita alguns casos clínicos de jovens que só se interessam pela maconha, descuidando dos demais aspectos da vida. Impressiona-se com o vazio vivido por estes jovens. Não obstante, admite que usuários um pouco mais velhos muitas vezes manifestam nível intelectual superior, interesses variados, boa comunicabilidade... Encontra o mesmo tipo de variabilidade nos autores revisados. Conclui que as diferenças poderiam estar relacionadas ao fato de que os autores tomariam como objeto de estudo usuários com níveis muito diferenciados de envolvimento com a droga (SONENREICH, 1982, p. 56-59). Sobre os dependentes, afirma:

> Poucos são os delirantes, os excitados, os deprimidos, os fóbicos, os conversivos que se assemelham tanto entre si, quanto se assemelham os alcoolistas ou outros toxicômanos. Exta característica os coloca exatamente no polo oposto à criatividade. Agem na base de padrões aprendidos, falam de maneira estereotipada, são grandes consumidores de lugares-comuns, de chavões. A memória substitui a inteligência, a inovação, a criatividade. (SONENREICH, 1982, p. 60)

O subcapítulo seguinte intitula-se “Maconha-Tolerância”. Cita autores que afirmariam que álcool e maconha produziriam uma tolerância invertida, em que, com o tempo, menores doses levariam a efeitos análogos aos vivenciados inicialmente com doses maiores. Lembra que boa parte dos estudiosos desconfia do caráter dependógeno da maconha; existiria, isto sim, uma dependência psíquica, que faria com que os usuários sentissem uma vontade irresistível de usar, ainda que a falta não resulte em desconforto físico relacionado à síndrome de abstinência (SONENREICH, 1982, p. 61-62). Segundo o autor, a maconha estaria relacionada, no mais das vezes, à produção de um hábito, semelhante ao que ocorre com qualquer atividade agradável. Não obstante,

não se poderia dizer que ela jamais criaria dependência; isto poderia ser raro, mas efetivamente aconteceria, ainda que apenas em nível psicológico. De modo análogo, não seria correto dizer que maconha não produz tolerância. Cita alguns casos clínicos, e conclui dizendo que não se pode estimar a frequência de dependência entre pessoas que usam maconha, mas que tende a acreditar que não é grande. Afirma, entretanto, que ela existe, e que esteve presente na maioria dos casos por ele atendidos. Faz, no entanto, importante ressalva: trata-se de casos em que houve a procura de um médico, e nestes casos, a dependência seria comum (Idem, p. 65-70).

O subcapítulo seguinte, “Maconha e a verdade do outro”, inicia com um relato de caso que descreve seu primeiro contato com um paciente de 19 anos, usuário de maconha. Coloca ênfase nas contradições que se sucedem ao longo do relato. Ao cabo de uns poucos dias, o autor diz ao jovem que seu uso de maconha não seria uma doença, e que ele estaria liberado para ter alta.

> Um paciente (D.M., 19 anos) começa dizendo que drogas nunca tomou. Quando insistimos (já foi internado em hospital para desintoxicação, e preso por uso de drogas), admite: tomei só “entorpecentes” que os médicos me prescreveram. Depois, no decurso da conversa diz: tomei quase todas as drogas para experimentar. Novamente: maconha uma vez, uma-duas vezes ácido, também Artane uma vez... Está internado porque queria um pouco de descanso: foi ele que pediu a internação. Mas o médico achou que não precisava ficar internado, e o deixou aqui para que nós tomássemos uma decisão. É verdade que foi trazido ao hospital contra a vontade, amarrado. Sua mãe não queria interná-lo, mas seu padrasto a influenciou. Não se entende com este. Aqui no hospital, sua mãe queria que só fizesse uma consulta, mas o médico obrigou-a a interná-lo. Agora está perfeitamente bem, precisa ir para casa, para não perder os estudos. O médico deve lhe dar alta imediata. Se ficar aqui, vai piorar. Está ocupando o leito de gente que precisa. Não vai usar mais droga, não é viciado, só depende dele mesmo. Se não quiser, não toma mais. Se quiser, não adianta ficar internado. Sua mãe não quer retirá-lo do hospital sem alta médica, porque está sob influência do padrasto. Ela forçou o médico a interná-lo, sem necessidade. Foi o médico quem lhe disse. Tem certeza que sua mãe vai retirá-lo, mesmo sem alta, hoje. Ela não quer que ele perca os estudos. Já está atrasado um pouco porque saiu de casa, ficou por aí durante um mês. Não estuda para poder ajudar sua mãe. Saiu de casa porque deseja viver independentemente, não quer saber mais da mãe e de suas pretensões de controlar tudo o que ele faz... (SONENREICH, 1982, p. 71)

Sonenreich traz outros relatos em que este tipo de contradição, de mentira mesmo, se repete. Problematiza o mal estar que esta falta de compromisso com a verdade provoca no terapeuta. Comenta o autor:

> Como entender tais contradições, incongruências, mentiras? Podemos falar de mentiras, desde que são afirmações falsas feitas conscientemente, voluntariamente. O paciente quer esconder certas coisas pensando que poderia ser prejudicado pela verdade. [...] Seria até compreensível. Socialmente o uso de drogas é condenado, pelo menos pelos "caretas". O paciente internado, e mesmo aquele que nos procura no consultório, assimila-nos àqueles que o julgam, o punem, o entregam à polícia. Trazido contra a vontade para o hospital, obrigado a ficar privado da droga, internado, só pode nos situar ao lado do inimigo e tentar se defender de nós. Não é a vontade de esconder a conduta apta a incriminá-lo que constitui um sintoma de alteração, mas o modo de formular a mentira que traduz a alteração. Uma mentira tão frágil, incoerente, instável, que obviamente não convence ninguém. A pergunta que ocorre ao interlocutor é: como pode ele imaginar que vamos acreditar nisso? Parece um desaforo, um desrespeito para com nossa inteligência. (SONENREICH, 1982, p. 73)

Sonenreich consegue tirar algumas consequências de sua reflexão impiedosa a respeito do problema das mentiras e contradições. Consegue, por exemplo, problematizar a demanda de cuidado à saúde, que é muitas vezes formulada não pelo próprio paciente, mas por seus familiares, ou mesmo por toda uma sociedade que julga improcedente qualquer olhar que discorde, ainda que fragilmente, da necessidade imperiosa de abandono do uso de maconha. E consegue perceber as razões da desconfiança das pessoas que usam drogas encaminhados a tratamento, que posicionam o terapeuta ao lado da polícia. Entende e respeita tais pacientes, que desconfiam e afrontam, que fazem da mentira uma arma de luta contra o terapeuta. O que o incomoda é a inconsistência:

> Estamos nos referindo a mentiras que se caracterizam pela inconsistência. O paciente não é deficiente intelectual, nem considera deficiente o médico que o escuta, nem assuma uma posição de delinquente que nega a evidência. É o conceito de verdade que se põe em discussão, a consistência da verdade, a resistência de uma realidade diante das modificações aleatórias. A extrema facilidade com que o droga modifica o real, modifica sua própria verdade, é importante porque decorre das suas experiências, porque nos diz algo sobre a maneira dele ver o mundo. O uso da droga altera com facilidade, à vontade, a percepção do ambiente. O que sinto, o que vejo, o que penso se modifica logo que tomo a droga. Tomo talvez a droga justamente para provocar esta modificação. E consigo. Torna-se fácil variar os aspectos e os sentidos do mundo. A verdade flutua, é outra a cada momento. Não tenho que cuidar da coerência, da adequação. Não tenho que me esforçar para identificar como é a verdade para o outro; nem sei se o outro poderia ter uma visão diferente da minha. Aceito a mentira; nem penso que o outro não a aceitaria. Mentindo, o toxicômano não se sente mais esperto do que o outro, mas também não considera se isto seria necessário. Não há mais a tarefa de convencer: basta afirmar. (SONENREICH, 1982, p. 74)

O subcapítulo seguinte intitula-se “Escalada, drogas fortes e fracas”, e abre com uma citação de Fréjaville, falando justamente sobre a teoria da porta de entrada, relacionando-a com o aumento da tolerância. Cita uma série de autores que defendem a mesma tese. Na contrapartida, também cita grande quantidade de autores que defendem teses contrárias ou alternativas. Assume que por sua própria experiência, não tinha condições de refutar ou confirmar nenhuma das teses sobre a porta de entrada. Considera compreensível que pessoas que desejem experimentar maconha sintam curiosidade com relação a outras drogas. Considera que, dentre todos os toxicômanos, são os alcoolistas aqueles que mais fixam-se à uma só droga (SONENREICH, 1982, p. 75-79). Cita as conclusões de um estudo para afirmar sua própria posição:

> [...] A escalada da cannabis a heroína não é determinada por características intrínsecas à primeira, mas por fatores individuais e sociais. Tanto o dependente quanto a sociedade, acham no conceito de escalada uma explicação aparentemente válida para o uso de drogas mais fortes, o que dispensa procurar um entendimento mais profundo e talvez mais inconveniente. (SONENREICH, 1982, p. 79-80)

Problematiza a divisão entre drogas leves e pesadas, afirmando que não aceitar tal divisão seria posição daqueles contrários à legalização da maconha, e cita autores que a consideram uma droga pouco perigosa. Defende que se observe a questão por dois aspectos: do lado da sintomatologia, não faria sentido separar as drogas entre leves e pesadas, pois a depender do uso que delas se faça, podem trazer os mesmos males; não obstante, por outro lado, é muito mais comum ver pessoas que usam opiáceos tendo problemas, do que entre pessoas que usam outras drogas (SONENREICH, 1982, p. 81).

Tem inicio um novo capítulo, “Processos patogênicos”. Os efeitos da maconha não poderiam ser atribuídos apenas a reações na química cerebral, mas aos desejos e ao estado de espírito do usuário, que interfeririam de forma decisiva na experiência. Afirma que o ambiente também determinaria em muito o tipo de efeito e sensação do usuário. Lembra casos de *flashback* e pessoas que usam drogas injetáveis que se picam sem qualquer droga na seringa, acionando efeitos por meio de uma picada seca (SONENREICH, 1982, p. 85-91. Cita Stevenson em “O médico e o monstro”, quando o Dr. Hyde se transforma mesmo sem beber sua poção, e afirma que a droga apenas abriria as trancas que impediriam o usuário de manifestar sua verdadeira índole. Retorna ao tema das mentiras, das frágeis relações com a realidade e com a própria identidade estabelecidas pelas pessoas que usam maconha, numa dinâmica de abolição do pensamento lógica que lembraria uma estrutura esquizofrênica (Idem, p. 92-95).

> Estamos propondo aqui esta tese: a vivência da descontinuidade, da perda do conceito de real, da identidade podem provocar quadros de desagregação, delirantes, mesmo em pessoas que não estejam mais sob o efeito direto da droga. Quando encontram "psicoses" em pacientes que não estão mais se drogando, os autores procuram uma etiologia diversa, ou falam de "ação desencadeadora" da droga, em doentes latentes ou predispostos. Não temos prova alguma que se trataria disso. E tal raciocínio quer ignorar os acontecimentos vividos pelo paciente. Todos admitimos que, ao lado de eventuais fatores genéticos favorecedores, as condições de vida, os conflitos, os traumas estruturam a personalidade, constituem fatores etiológicos determinantes. Como podemos ignorar as vivências do drogado? Como podemos omitir a ressonância sobre seu psiquismo, dos estados vividos sob a influência da droga? Podemos conceber que a psicologia de um periódico não é influenciada, fora das crises, pela experiência vivida na fase de depressão e de excitação? Nem pela ideia de que tais estados podem reaparecer e constituem uma ameaça constante? (SONENREICH, 1982, p. 96)

Debruça-se sobre o problema da linguagem entre seus pacientes, e chama atenção para a imprecisão das gírias, que quando procuradas no dicionário, têm sempre muitos significados. Considera este uso da linguagem como descomprometido, e faz analogias com o problema da identidade. Cita um autor que considera tal uso da linguagem como uma espécie de reação ao autoritarismo, mas dele discorda, pois o mesmo fenômeno estaria ocorrendo em outros países onde não teria ocorrido nada como os atos institucionais da ditadura brasileira. Também desconsidera as críticas com respeito às diferenças de linguagem entre psiquiatras e pacientes, já que ambos pertencem à mesma classe social (SONENREICH, 1982, p. 103-105).

O próximo capítulo, "Explicações dadas para o uso de drogas e para toxicomanias", inicia justamente pela definição de que trata de dois problemas diferentes. Enfatiza tal distinção, que pode até parecer óbvia, mas que frequentemente aparece na literatura como indistinta. Discorda dos autores que consideram o simples uso de drogas ilícitas como uma patologia (SONENREICH, 1982, p. 113-114). Retorna ao tema da fase oral mal resolvida, mas cita quem diga que haveria também os usuários pré orais, e até mesmo pré natais, que injetam sua droga diretamente no sangue. Por outro lado, há autores para quem os toxicômanos seriam "[...] neuróticos que recorrem a um mecanismo de adaptação não aceito pela sociedade", com "[...] superego deficiente, identificação masculina inadequada", além de "[...] mães opressoras, dominantes, superprotetoras sedutoras, com sentimentos de culpa, hostilidade" (Idem, p. 115). Antes mesmo do uso de drogas, o "[...] toxicômano é submisso, introvertido, desconfiado, paranoide, exaltado, deprimido", além de "[...] rebelde, agressivo" (Ibidem, p. 115).

> Antes mesmo de ir mais longe, queremos manifestar nossa recusa das hipóteses de doença prévia. Como no caso do álcool, os toxicômanos são sempre examinados depois do uso de drogas, quando estas já provocaram alterações psíquicas. E se toma o efeito por causa. Todas essas apetências, a oralidade, a masturbação substituída, a timidez... nada explicam. Pode-se observar que nem todos os que usam drogas se tornam dependentes, e isto poderia ser atribuído a certa especificidade, eventualmente predisposições, mas sobre essas nada sabemos ainda. Afirmar que em si próprio, o consumo de drogas indica doença prévia é totalmente arbitrário. (SONENREICH, 1982, p. 117)

O próximo capítulo intitula-se “Terapias”. Relata a emergência de abordagens alternativas, como as CT’s, que não se caracterizariam por uma maior tolerância, mas exatamente o oposto. Robert Castel, por exemplo, definiria tais experiências como marcadas pela disciplina, obediência, hierarquia, recompensas e punições, e pelo totalitarismo (SONENREICH, 1982, p. 133). Sonenreich cita experiências baseadas na punição e no rigor, em países como Canadá, Holanda e EUA. Refere a posição dos terapeutas comportamentalistas, que defenderiam tais abordagens, que seriam o próprio espírito do tratamento nas CTs (Idem, 1982, p. 134).

Cita, no extremo oposto, experiências alternativas inspiradas em abordagens liberais, nas quais o saber médico seria questionado. Em São Francisco, Califórnia, chegaram a existir mais de 300 “clínicas livres”, pelas quais teriam passado dezenas de milhares de pessoas que usam drogas, mas a excessiva iconoclastia teria feito com que muitos destes estabelecimentos chegassem a ser fechados por questões sanitárias. Desde 1974, no entanto, a maior parte destas instituições já estaria ligada ao modelo médico hegemônico. De início, tais organizações exerceram certa pressão para democratização da abordagem psiquiátrica, mas ao que parece, teriam cedido e acabaram capturadas pelo *establishment*. Cita também, ao lado das clínicas livres, os *Drop-In* (SONENREICH, 1982, p. 133).

Cita a existência, na França, de centros de recuperação rurais, que preconizariam uma outra forma de viver. A permanência seria de dois anos, período depois do qual a pessoa não precisaria seguir vivendo no campo. A respeito de Olievenstein, tece uma série de críticas extremamente duras, e admite grandes dificuldades em entender em quê exatamente ele teria inovado com o Instituto Marmottan. Não considera possível transferir as práticas de Marmottan a outras instituições, pois boa parte destas teriam referência na figura carismática de Olievenstein (SONENREICH, 1982, p. 135-136).

Traz as considerações de autores que problematizam a possibilidade de submeter toxicômanos à análise. Alguns considerariam possível, outros impossível; outros ainda considerariam algo difícil. Critica duramente pais e especialistas:

> Nosso ponto de vista é claro: o uso de drogas em si não é doença, não implica portanto em tratamento. Como conduta deliberada, escolhida, não pode ser considerado nem sintoma de doença, nem doença, e nem saberíamos como tratá-la. Os pais e parentes nos solicitam como médicos em casos em que não se entendem com uma pessoa, brigam, acham que não são devidamente tratados e acatados. A pessoa faz coisas que os outros consideram como inconvenientes, contrárias aos interesses dela mesma. São comuns as queixas: não estuda, não trabalha, volta tarde para casa, briga, agride, exige dinheiro, sai sem permissão, pega o carro do pai, tem amizades ruins, atividades sexuais fora do normal... Tudo isso aparece não como preguiça ou mau caráter ou desrespeito pelas regras da família, mas como doença, quando se pode acrescentar: fuma maconha. O uso da droga, funciona como sinal patognomômico da doença. (SONENREICH, 1982, p. 141)

Afirma que os problemas psíquicos decorrentes do uso de drogas podem ser tratados, e que são estes que costumam levar os usuários a procurarem cuidados em saúde (SONENREICH, 1982, p. 142). A intoxicação aguda demanda abstinência e desintoxicação, acompanhados de vitaminas e glicose. Em alguns casos, podem ser necessários medicamentos psicotrópicos; se provocam reações similares a das drogas, também se limitam a alterações desejáveis no SNC, bastando cuidar-se a dose administrada. A regularidade de horários na medicação também é uma estratégia oposta à dinâmica da toxicomania (Idem, p. 144-145). O autor defende a internação como recurso para evitar que o paciente siga usando drogas:

> A internação hospitalar é necessária quando não há como evitar de outra maneira o uso de droga. Não somente a ministração do tratamento nos obriga a isto, mas também a evidência de que a pessoa não pode controlar-se. É em princípio desagradável, mas seria por demais hipócrita recusar-se a entender a situação. Em muitos casos a hospitalização é indispensável, não pelo que se realiza no hospital mas para impedir que o paciente contamine outros, faça erros de alimentação, esforços, negligências que podem lhe ser fatais. Ninguém imagina que a hospitalização ou o tratamento indispensável para salvar tantas crianças pode ser feito somente quando a criança aceita as propostas dos médicos ou dos pais. O adulto doente é reduzido pela moléstia a um estado onde as escolhas, aos cuidados de si mesmo não são possíveis. O simples fato de comer sem sal certas vezes precisa ser imposto e controlado, se quisermos evitar um acidente vascular. Os pacientes que retiram um gesso antes da consolidação da fratura, que fumam e não fazem repouso depois de uma operação no coração tem que ser controladas, e são. (SONENREICH, 1982, p. 145)

O autor não aceita a ideia de que os toxicômanos são inconformados e rebeldes. São, antes, o oposto. Considera o uso da internação psiquiátrica como recurso de normalização "[...] uma violência contra a própria psiquiatria" (SONENREICH, 1982, p. 146). Relata situações em que associações psiquiátricas denunciaram este tipo de situação. Afirma que a internação só se justifica na fase de intoxicação aguda, acompanhada de síndrome de abstinência. Defende a psicoterapia como essencial para reverter quadros de distanciamento dos outros.

O autor acredita na possibilidade de que o alcoolista, assim como o toxicômano, possa abandonar o uso abusivo em favor de um uso mais controlado. Considera esta uma direção mais difícil para o tratamento, mas não inviável:

> Não temos dados estatísticos mas já encontramos casos que evoluíram de uma politoxicomania com sintomas de grande ressonância psíquica para quadros compatíveis com uma vida adequada aos projetos dos pacientes, usando de vez em quando a maconha. Estamos falando de casos ainda em evolução, e não podemos ter certeza dos acontecimentos futuros, mas por enquanto, realiza-se o objetivo de se livrar do uso compulsivo, livrar-se da dependência, para usar sem maiores repercussões a maconha. Não consideramos que a maconha escapa às características das outras drogas, por isso seguimos esses casos ainda com apreensão.
>
> Não podemos, de modo algum, negar a psicoterapia solicitada pelo paciente porque ele continua consumindo maconha. Seria fazer o tratamento com a condição que o paciente fique bom antes, livrando-se da necessidade, do hábito indesejado ou dependência. A psicoterapia tem nesses casos que revelar ao paciente que ele é capaz de achar soluções para seus problemas, sem desvios sintomáticos, sem uso de drogas. (SONENREICH, 1982, p. 147-148)

Problematiza os efeitos da antipsiquiatria sobre os médicos. Afirma que as críticas consistentes podem ajudar os psiquiatras a repensarem suas práticas, mas as críticas inconsistentes poderiam traduzir-se em autoindulgência. Cita um caso em que tais críticas teriam operado uma espécie de escotoma para com o uso abusivo de drogas (SONENREICH, 1982, p. 154).

O penúltimo capítulo chama-se "Legalização do uso de maconha". Afirma que a proibição não pode ser reputada ao capitalismo, já que há países com distintos sistemas que sustentam restrições penais sobre as drogas. Cita um delegado do Egito que exigia, em 1924, a proibição da maconha em todo o mundo, por considerá-la tão nociva quanto o ópio, ou talvez mais (SONENREICH, 1982, p. 159). Lembra diversos políticos que defenderam a legalização, mas que esqueceram tais promessas depois de eleitos. Cita

diversos autores que defendem a legalização e/ou descriminalização, com diferentes nuances. David Cooper, por exemplo, defendia que a erva deveria ser legalizada apenas no primeiro mundo, pois ela atrasaria processos revolucionários em países pobres (Idem, p. 160-161). Por outro lado, haveria também um grande número de autores que defendem a manutenção da repressão. O autor discorda da ideia de que a maconha seria inócua, mas não considera úteis as legislações proibitivas. "Os pacientes teriam maior facilidade de se abrir, de confiar no psiquiatra, se não o vissem como um possível delator, uma gente da autoridade repressiva" (Ibidem, p. 162-167).

> É muito difícil também que os toxicômanos procurem espontaneamente um terapeuta. Podemos acreditar que as proibições legais dificultam ainda mais tal procura. No caso do alcoolismo, que não implica sanções legais, a maioria das vezes o intoxicado não procura espontaneamente o tratamento. Mas, embora sem poder fornecer números, acreditamos que existem entre os alcoólicos possibilidades maiores de procurar o médico ou a instituição do que entre os dependentes de outras drogas. (SONENREICH, 1982, p. 167)

Sonenreich traz algumas novidades para o cenário político-reflexivo constituído em torno do tema do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, neste período entre as décadas de 1970 e 1980. A ideia de que a abstinência não deveria ser condição para o trabalho psicoterápico, por exemplo, é polêmica ainda hoje. Aliás, numa das últimas páginas do livro, é possível vê-lo dizer que não se deve considerar "[...] a abstinência como objetivo supremo" (SONENREICH, 1982, p. 172). Além disto, julga possível que usuários abusivos de algumas drogas, como maconha e álcool, adquiram capacidade de controle sobre o uso, sem precisar necessariamente de abstinência completa. Quanto à proibição, diz não esperar "[...] nenhum progresso no combate às toxicomanias, da lei que pune o consumidor" (Idem, p. 174).

A respeito da internação, esta não deveria ser confundida com o próprio tratamento, ainda que possa ser útil em alguns casos e circunstâncias, o que incluiria a modalidade compulsória. Não obstante, demarca sua oposição para com o movimento global de reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que afirma que críticas consistentes seriam extremamente úteis à psiquiatria. Nega a condição de doenças conferida ao alcoolismo e à dependência de drogas, bem como as teses acerca da predisposição genética, mas afirma que a medicina pode e deve ajudar às pessoas que tenham desenvolvido problemas físicos e psíquicos em decorrência do uso. Nega a divisão entre drogas leves e pesadas, bem como a teoria de que a maconha seria a "porta de entrada" para o uso de drogas mais perigosas.

Sonenreich não é um agente docilmente posicionável no campo, e sua narrativa não repousa suavemente na superfície do discurso. Tributário de uma formação clássica, pesquisador rigoroso, revisor metódico e sistemático, o psiquiatra equilibrava estudos de psicofarmacologia e o entusiasmo pela psicoterapia. Seguidor de Freud por muitos anos, terminou rompendo com a psicanálise em favor da psiquiatria existencial de Ludwig Binswanger. Em algumas das entrevistas que realizei com expoentes do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, seu nome foi citado como referência, tendo contribuído diretamente com a formação de centenas de psiquiatras ao longo de sua carreira.

Em 1977, "[...] ao que parece, pela primeira vez, no Brasil, um grupo tão diversificado de profissionais se reuniu para debater os múltiplos problemas da farmacodependência" (KANNER, 1978). É deste modo que o Simpósio Internacional sobre Farmacodependência é apresentado nas primeiras páginas do livro com os anais deste evento. É possível que realmente tenha sido um encontro pioneiro: em uma das entrevistas que realizei, uma histórica liderança da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas (ABEAD) menciona um evento-marco sobre o tema, realizado em 1978 (portanto, um ano depois). Mas, o dizem os anais?

O evento transcorreu ao longo de três dias: o primeiro foi dedicado às interfaces entre aspectos jurídicos e psiquiátricos; o segundo, aos aspectos socioeconômicos do problema e à atuação da ONU; o terceiro, ao tema da prevenção. O primeiro convidado a falar foi o desembargador Geraldo Gomes, do estado de São Paulo, que inicia sua fala explicando a "íntima conexão" entre direito e psiquiatria, por meio de uma sofisticada imagem:

> Então explicaríamos, por essa figura geométrica, que na base dessa pirâmide se assentaria o problema jurídico da *capacidade mental do indivíduo*, sob seus dois aspectos de *entendimento* e *autodeterminação*, ou seja *discernimento* (consciência) e *volição* (opções, impulsos). Nas três faces ascendentes desse prisma, na primeira situaríamos as *moléstias mentais propriamente ditas*; na segunda, as *moléstias mentais acrescidas de toxicodependência*; e na terceira face, exclusivamente, as toxicodependências, estas, já se confinando com a face das moléstias mentais. O vértice superior, de confluência das três faces, representaria o *equilíbrio psicossomático individual*, em contraposição à base do poliedro, de cunho social, representativo da capacidade e responsabilidade individual. Debruçados sobre este prisma estariam o jurista e o médico. Por aí se perceberia a íntima conexão que existe entre o fenômeno psiquiátrico e o fenômeno jurídico. (GOMES, 1978, p. 26)

O desembargador explica que esta *íntima conexão* faz-se necessária apenas porque médico e jurista observam a questão por ângulos distintos, mas complementares (o psiquiatra vê a doença e o paciente, enquanto o jurista vê o crime e o infrator). A articulação destes campos de saber constitui a psiquiatria jurídica, área que teria sob sua responsabilidade, dentre outras questões, "[...] os casos específicos de cocainismo, opiumismo (morfinismo, heroinismo), pervitinismo, lisergismo, alcoolismo, maconhismo e inúmeras outras intoxicações" (GOMES, 1978, p. 27). Na confluência destas duas grandes áreas (direito penal e psiquiatria), seria possível encontrar questões como: 1) o tema da reciprocidade, pluridimensionalidade e complexidade do problema das drogas; 2) a profilaxia social; 3) as diferenças entre doenças mentais de fundo constitucional e as toxicomanias; 4) o tratamento (Idem, p. 27-28).

Importante salientar que em 1977, quando da realização do simpósio, uma nova lei de drogas estava em vigor no país havia, um ano. Trata-se da Lei 6.368/76, que vigorou por trinta anos, sendo revogada pela atual 11.343/06. No seguimento de sua fala, o desembargador Geraldo Gomes explica que esta nova legislação, em comparação com os construtos legais anteriores, havia concedido "[...] maior ênfase no tratamento médico do dependente de tóxicos" (GOMES, 1978, p. 28). Para o legislador, haveria duas formas de tratamento: o voluntário e o compulsório, sendo que ambos poderiam efetivar-se em meio hospitalar ou ambulatorial (Idem, p. 29).

Afirma que o bem tutelado neste encontro entre direito penal e psiquiatria, sobretudo no caso dos problemas relacionados ao uso de drogas, seria a saúde pública. Neste sentido, terapeuta e jurista articulam-se para promover a prevenção. Ainda que o problema da autolesão esteja colocado ao médico em sua clínica individual, não seria este o *telos* de uma medicina social, para a qual a criação de centros comunitários de preservação de saúde mental teriam grande relevância (GOMES, 1978, p. 30-31).

O desembargador conclui sua fala elencando algumas questões que seriam relevantes ao debate entre psiquiatras e juristas: a primeira, que já apareceu aqui no texto de Carol Sonenreich, diria respeito ao entendimento da toxicodependência ser ou não uma patologia, questão diante da qual Geraldo Gomes posiciona-se casuisticamente, diante da impossibilidade de uma resposta apriorística e generalizada (GOMES, 1978, p. 32-33); a segunda colocação interroga o controle judicial das internações compulsórias, que deveria ser feito por meio de documentos, e não com presença policial no interior dos dispositivos de tratamento (Idem, p. 33); em terceiro lugar, se haveria ou não a

necessidade de criação de centros comunitários de saúde mental, estratégia que defendida pelo orador, que aproveita para denunciar a sua quase total ausência à época; quarta questão, a preferência do tratamento ambulatorial em detrimento da internação, que deveria ser reservada apenas aos casos mais graves e que demandariam maior controle (Ibidem, p. 33); quinto ponto, a necessidade de terapia ocupacional, igualmente defendida (Ibidem, p. 34); por fim, se deveria haver entre psiquiatras e juristas um maior diálogo em torno do tema (Ibidem, p. 34).

Na sequência, a palavra foi cedida ao psiquiatra gaúcho Ellis Busnello, que inicia sua contribuição lembrando a explosão do consumo de drogas entre jovens, em face da sedução exercida por comportamentos desviantes ao longo das décadas de 60 e 70, e também da maior disponibilidade de drogas nos mercados legais e ilegais. Critica a dupla mensagem social decorrente da legalidade de algumas drogas em detrimento de outras, que seria significada pelas novas gerações como prova de hipocrisia (BUSNELLO, 1978, p. 37-38).

Busnello critica as classificações médicas da época, por posicionarem as drogas no centro da análise. Para o psiquiatra, "[...] a pressuposição feita por essas classificações é de que todos os dependentes partilham de uma ânsia comum pelas drogas e, assim, devem ser classificados" (BUSNELLO, 1978, p. 40). Seriam desconsiderados fatores sociais, físicos e psicológicos, questões de raça, gênero e classe social. Considera que tais questões estariam relacionadas ao próprio desenvolvimento da psiquiatria, que estaria "[...] passando de sua adolescência para a idade adulta" (Idem, p. 40). Entende que já teria ocorrido alguns avanços importantes no que tange a descobertas básicas, das quais seria possível surgir, com o tempo, "[...] uma tipologia racional que diferencie, de uma forma mais compreensível, a etiologia, os comportamentos e os aspectos terapêuticos das diversas formas de dependência" (Ibidem, p. 41). Defende a tese de que nem todo usuário de drogas é dependente, e que não existiria uma personalidade mais afeita à toxicodependência. Não obstante, do ponto de vista psicodinâmico, seria possível reconhecer a prevalência da depressão, muitas vezes camuflada em crise de identidade, ou mesmo no uso de drogas propriamente dito (Ibidem, p. 43). Ainda assim, a observação de aspectos psicológicos seria insuficiente para o entendimento global do fenômeno, para o que contribuiriam sobremaneira as ciências sociais e suas ferramentas teórico-metodológicas para a problematização do contexto sociocultural (Ibidem, p. 44-45).

Na discussão sobre os aspectos jurídicos do uso de drogas, Busnello estabelece algumas controvérsias. Lembra que o objetivo da lei penal é "[...] coibir uma conduta considerada antissocial", mas que "[...] quando a lei penal se preocupa ao mesmo tempo com a prevenção e a recuperação, ela sai do seu campo estrito e invade os terrenos da criminologia" (BUSNELLO, 1978, p. 48). Considera este um defeito das leis de drogas brasileiras, já que "[...] o conhecimento científico mostra claramente que os tipos de dependentes variam muito", mas que as leis partiriam do princípio de que a infração "[...] considerada aprioristicamente como perigosa em si, estabelecem punição pelo próprio perigo" (Idem, p. 48-49).

> Apesar de que, hoje em dia, considere-se a pena como uma medida ou estratégia destinada à recuperação do criminoso, a realidade é que ainda a pena carrega o ônus explicativo inerente à própria palavra, sinônimo de um castigo. Assim sendo a realidade, seria mais honesto que se ponderasse melhor a imposição de uma medida legal, se não porque assim o exige o conhecimento que já se tem sobre o uso e o abuso de drogas, pelo menos por respeito aos direitos humanos do indivíduo sobre quem ela vai ser aplicada. (BUSNELLO, 1978, p. 49)

Busnello coloca-se em franca oposição à criminalização das pessoas que usam drogas, sobretudo quando o uso é levado a cabo "[...] por pessoas adultas e capazes do ponto de vista civil e médico-legal" (BUSNELLO, 1978, p. 50). Defende que as leis deveriam discriminar os tipos de dependências, além de "[...] definir claramente o que é um traficante e o que é um usuário" (Idem, p. 50). Considera que deveriam ser isentos de pena o usuário eventual, e ainda mais o dependente de drogas, e julga que "[...] na medida em que os nossos conhecimentos sobre as causas e as formas de uso e de abuso de drogas forem evoluindo, as leis terão que ser reformuladas" (Ibidem, p. 50).

Concluídas as explanações dos dois painelistas, toma a palavra Rafael Ruiz Harraell, jurista mexicano convidado ao evento na condição de debatedor. Inicia por defender a tese de que a noção de dependência como operado à época deveria ser abandonado por completo, em face do total anacronismo de um conceito criado em meados do século XIX para abordar especificamente o problema do abuso de opiáceos (HARRAELL, 1978a, p. 55). Considera ilegítimo o questionamento do desembargador Geraldo Gomes quanto à toxicomania ser ou não uma enfermidade, posto que no campo da saúde mental as dicotomias fixas entre normal e patológico quedariam insuficientes, e mesmo perigosas (Idem, p. 56). Cita Durkheim para afirmar que em sociedades complexas e com baixa coesão social, a sanção deixa de ser uma forma de vingança social, para tornar-se um processo terapêutico:

> O ordenamento jurídico começa a ser ambíguo, obscuro, a passar a bola para outras disciplinas. Nossas leis em torno das drogas são não apenas obscuras, senão aberrantes, nas quais a sansão, por exemplo, é submeter uma pessoa a tratamento até que se cure (ou por tempo indeterminado), submetendo-a diretamente ao juízo de um profissional que, por lei, deixa de ser médico para tornar-se o dono desta pessoa, já que do seu ponto de vista, de sua posição médica, depende totalmente a liberdade deste indivíduo. [...] E encontramos aqui as dúvidas com as quais a psiquiatria se move: como bem assinalava o Dr. Busnello, o uso de drogas não depende de uma psicopatologia especial. Em última instância, é um problema que estamos criando juridicamente, ao dizer que drogas estamos proibindo, e logo dizendo que são doentes os que usam estas drogas. (HARRAELL, 1978a, p. 58)

Harrael cita uma pesquisa realizada na Holanda, de caráter longitudinal, em que dois grupos-controle muito semelhantes foram acompanhados. Quando algumas pessoas começaram a usar drogas, começou a haver um desvio para fora dos padrões socioeconômicos do grupo-controle, seguido de um retorno à média depois de quatro ou cinco anos. O jurista mexicano estabelece a tese de que tal possibilidade deu-se por conta da total ausência de estigmatização penal, em um país que não criminaliza as pessoas que usam drogas. Avança um passo além, e questiona se os próprios processos terapêuticos também não operariam na mesma lógica de rotulação que aprisionaria os sujeitos na ordem de um sintoma, de uma patologia (HARRAELL, 1978a, p. 59).

> Creio que entre os jovens houve o favorecimento do uso de drogas como parte da cultura, e a pergunta é: é legítimo que, porque diferem dos grupos economicamente poderosos, ou dos adultos, ou porque são distintos daqueles que têm acesso ao processo legislativo e podem criar leis, que lhes imponhamos, perante castigo, mediante terapias forçadas, nossa moral? É legítimo impor às subculturas que não têm acesso ao processo legal, os critérios morais da subcultura (porque no fim das contas, também o é) que tem acesso ao processo legislativo? Em última instância, é legítimo que consideremos doentes os costumes de outros grupos, por serem distintos dos nossos? Não estamos fazendo um juízo de valor, ao qual logo nos esforçamos para dar o matiz de uma descrição científica? (HARRAELL, 1978a, p. 61)

Depois das falas dos dois painelistas, e também do debatedor, a plateia foi dividia em oito grupos de discussão, cujas relatorias estão também presentes nos anais do evento. Não pretendo apresentar minuciosamente as discussões realizadas em cada um, mas considero pertinente salientar que nelas se pode encontrar o eco de tudo o que os palestrantes debateram. Com exceção de um único grupo, todos os demais concordaram com a tese de que a toxicomania não pode ser considerada aprioristicamente uma doença, e em pelo menos quatro, houve a defesa inequívoca da descriminalização do uso de drogas.

O evento prossegue com a fala de Archer Tongue, psiquiatra e diretor executivo do Conselho Internacional sobre Álcool e Farmacodependência, da Suíça. Salienta o aumento brutal do consumo de drogas desde os anos 1960, que teria ensejado esforços da ONU com respeito ao tema, por meio de ações de diversos de seus escritórios, como UNESCO, OMS, UNODC e outros, além de mobilizar diversos países e coalizões regionais de Estados. Afirma que o problema vem mobilizando o planeta, não apenas no que diz respeito ao consumo de drogas tornadas ilícitas, mas também pelo abuso de drogas legais. Não obstante, teria sido após a II Guerra Mundial que a questão teria ganho contornos de grave problema global (TONGUE, 1978, p. 74-75).

Discorre rapidamente sobre a evolução dos discursos sanitários em torno do tema. Ainda que as preocupações remontem o século XIX, o conceito de "adicção" teria surgido apenas em 1953, para ser substituído, na Convenção Única de Entorpecentes de 1961, pela noção de "abuso", que por sua vez, viria a ser considerada insatisfatória já a partir da década de 1970, e substituída pelo termo "dependência". Concorda que a ilegalidade torna o uso de drogas distintas do álcool e do tabaco ainda mais prejudicial e perigoso, por expor os usuários ao contato com redes de criminalidade:

> Bebedores de álcool e fumadores de tabaco não são considerados criminosos, mas em vários países, usuários de maconha são presos, têm suas digitais coletadas e são tratados como violadores da lei pelo simples fato de terem em sua posse drogas diferentes do álcool, do tabaco ou quaisquer outras legalizadas. (TONGUE, 1978, p. 77)

Tongue considera a discussão terminológica extremamente importante, e julga que a noção de "dependência de drogas", de alguma maneira, contribuiu para a ampliação do espectro de reflexão interdisciplinar em torno do uso problemático de álcool e outras drogas. Além disto, a discussão semântica também teria contribuído para uma maior articulação da comunidade mundial de especialistas reunidos no campo do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Além disto, também considera que o uso de termos mais ou menos adequados tem relação com maior ou menor estigmatização (TONGUE, 1978, p. 78-80).

O painelista também faz questão de lembrar a existência de usos que não se restringiriam ao recreativo ou dependente, como as significações religiosas para as experimentações com alucinógenos, os aspectos nutricionais de substâncias como o vinho ou a folha de coca, bem como os fatores gregários referentes a fenômenos como ritos de passagem com uso de drogas (TONGUE, 1978, p. 81).

Afirma, entretanto, que salientar a existência de usos não problemáticos não exime especialistas e autoridades de buscar soluções para os usos problemáticos. Defender a descriminalização não corresponderia a negar o potencial de dano das drogas, mas criar um ambiente mais amigável para as pessoas que usam drogas tornadas ilícitas, aproximando-os das pessoas que usam álcool, contribuindo para brecar dinâmicas de exclusão social. Tal abordagem não estaria em confronto com preocupações médicas e sanitárias; pelo contrário, contribuiria para que formadores de opinião, parlamentares e gestores públicos partilhassem um novo senso comum, capaz de frear processos de segregação (TONGUE, 1978, p. 82).

A exposição de Tongue é seguida das problematizações de Harraell. Retoma a discussão semântica, não apenas para concordar com o fato de que algumas expressões sejam de fato estigmatizantes, como para ponderar que a indefinição seria muitas vezes interessante para certos setores, que obteriam lucros políticos e econômicos frente às ambiguidades e flutuações terminológicas, que resultariam em termos menos operativos e mais rituais, ou até mesmo emotivos (HARRAEL, 1978b, p. 86-87).

Retoma as discussões sobre a toxicomania ser ou não uma doença, à luz da reflexão terminológica. Cita o exemplo de um médico que diz à mãe que a temperatura de seu filho está boa; uma função descritiva, mas também emotiva, que transmite calma. No entanto, que efeitos decorreriam da frase “jovens que usam maconha são anormais”? Em alguns lugares do México, tal frase não teria valor descritivo, pois a maioria dos jovens entre 14 e 18 já teria experimentado maconha. Neste sentido, do ponto de vista estatístico, os jovens que usam maconha não seria anormais. A frase deixa de cumprir sua função descritiva, passando para o espectro emocional da normatividade. Pode parecer que se está descrevendo algo, “[...] mas eu me atreveria a dizer que a única coisa que estamos expressando é nossa emoção pessoal” (HARRAEL, 1978b, p. 88).

Na manhã do segundo dia do simpósio, o tema gira em torno dos aspectos socioeconômicos do controle de drogas e a atuação da ONU. Os painelistas são Alfons Nolls, secretário da Comissão de Narcóticos da ONU, e Paul Singer, economista que à época era vinculado ao CEBRAP. Os temas debatidos foram o financiamento das Nações Unidas para a implementação de culturas alternativas ao plantio de ilícitos, e o impacto das políticas de preços de drogas na limitação do consumo. Como são temas que fogem ao escopo das controvérsias na área da saúde, passarei diretamente à tarde do segundo dia, dedicada a experiências terapêuticas.

O painelista da tarde é Carlos Norberto Cagliotti, psiquiatra argentino e diretor do Centro Nacional de Reeducação Social, instituição governamental que oferecia tratamento gratuito a jovens envolvidos com o uso problemático de drogas. Inicia lembrando que as abordagens de tratamento são controversas. Acredita que muitas das respostas são concebidas sem maiores estudos, e que a improvisação pode "[...] reforçar as tendências de desvio social dos assistidos, como conduta reativa frente a uma sociedade que desejaria implementar medidas corretivas adequadas" (CAGLIOTTI, 1978, p. 161). Para tanto, o caminho deveria ser o de sustentar a terapêutica não apenas nos saberes médicos, mas também em um "[...] adequado enfoque socioterapêutico que envolva uma conceitualização totalizadora do problema" (Idem, p. 161).

Reconhece que a sociedade, de maneira geral, se preocupa com o problema das drogas, e deseja soluções. No entanto, o preconceito contra os jovens e seu estilo de vida termina por colocar barreiras que dificultam a implementação de ações concretas que não reproduzam o pânico social:

> Existe uma perigosa tendência a rotular e qualificar o dito uso em termos absolutos e uniformes, e quem planteia o problema de dar um tratamento diferenciado às distintas categorias de consumidores de drogas ou das distintas maneiras de estar no mundo das drogas, pode-se colocar em uma má situação interpretativa, de apresentar-se como defensor do consumo de drogas, ao invés de inimigo implacável. (CAGLIOTTI, 1978, p. 162)

Cagliotti é categórico ao afirmar que nem todo usuário de drogas necessita de abordagens terapêuticas específicas, pois dentre os jovens, a imensa maioria não passa de meros experimentadores "[...] que deixarão de usar drogas espontaneamente e não se beneficiarão de nenhum tratamento" (CAGLIOTTI, 1978, p. 162). Haveria também aqueles jovens que não seriam exatamente usuários experimentais, mas que fariam uso de drogas apenas em determinadas ocasiões sociais. Também estes, segundo o psiquiatra argentino, não demandariam maiores preocupações. Um terceiro grupo seria formado pelos "usuários inveterados", que consagram "[...] um tempo e uma atividade consideráveis em tudo o que for relacionado com as drogas" (Idem, p. 162), o que justificaria alguma preocupação. Por fim, haveria os "[...] verdadeiros usuários adictos, os que vivem nas ruas, os que criam verdadeiros problemas" (Ibidem, p. 163). Estes seriam os principais destinatários de programas de saúde e reabilitação, ainda que para estes a situação seja "[...] crônica e reincidente, na qual a abstinência completa e duradoura geralmente não é um objetivo realista" (Ibidem, p. 163).

Seria preciso superar os preconceitos e entender que os usos de drogas variam. Pessoas diferentes, drogas diferentes, contextos diferentes, tudo isto altera o grau de vulnerabilidade a que um sujeito está submetido em função de suas experiências e vivências com as drogas. Há que se levar tudo isto em consideração, para construir estratégias diferenciadas e adequadas para cada caso e circunstância:

> Por exemplo, a dona de casa que faz frente às frustrações de sua função dando-se as soluções químicas dos sedativos e tranquilizantes; o condutor de um veículo que incremente sua resistência ao sono com um estimulante; o adolescente que fuma maconha de vez em quando com seus amigos escolares, etc... Todos podem cair na categoria de "drogadictos", mas ninguém estaria de acordo em considerá-los na mesma situação. Indicar uso, abuso ou adicção é insuficiente para "catalogar" as pessoas que se entregam a esses meios. (CAGLIOTTI, 1978, p. 164)

Por considerar que a cura completa (entendida como abstinência duradoura) seria impossível em um percentual elevado dos casos, Cagliotti considera inadequado operar "[...] os conceitos de saúde e doença, e sim com desvio e reinserção social" (CAGLIOTTI, 1978, p. 164). Mas, se a abstinência não é um foco razoável, qual seria então, o objetivo de um tratamento dirigido a pessoas que usam drogas, e em especial para adolescentes? O painelista aponta cinco razões para seguir investindo no trabalho com esta clientela: 1) o tratamento justifica-se por sua dimensão humanitária; 2) o tratamento diminui a demanda e os custos sociais do uso de drogas, além de fragilizar o fetiche que os usuários têm para com as drogas; 3) usuários em tratamento sofrem menos influência das pessoas que ainda não usam; 4) programas de tratamento e reinserção social brecam a expansão do uso de drogas; 5) mesmo que não se alcance a abstinência, há vantagens na diminuição da quantidade de droga utilizada, e na frequência do uso (Idem, p. 165-166).

> O principal do tratamento ou de programas de reabilitação, para além da questão *uso* versus *abstinência* que em geral é planteada como ponto de vista normal, é lograr um melhor nível de funcionamento e adaptação do indivíduo, avaliado por uma melhoria de sua saúde física, consciência da enfermidade, melhoria de suas condições de prisão ou processo legal, menor estigmatização e melhor capacidade para desenvolver suas relações sociais. (CAGLIOTTI, 1978, p. 166)

O painelista defende que se ofereçam atividades de lazer, esporte e cultura para jovens em fase de experimentação de drogas, para que possam viver outras formas de prazer, o que se poderia considerar como uma forma de "tratamento indireto" (CAGLIOTTI, 1978, p. 166). Não se deveria expor a tratamento jovens

experimentadores, tampouco oferecer meros programas preventivos àqueles que já se encontram em uma condição de dependência severa. Por isto, deveriam "[...] existir diferentes níveis de tratamento, capazes de abarcar a prevenção, o tratamento voluntário e a coação obrigatória" (Idem, p. 167).

Jamais se deveria operar o encaminhamento para tratamento voluntário como forma de castigo ou penalização. A reabilitação depende muito da motivação para mudança: quando é alta, qualquer método pode funcionar; quando é baixa (caso das pessoas submetidas a tratamento forçado), tudo fica muito mais difícil. Por outro lado, é possível construir motivação, o que demanda muita atenção e espírito de oportunidade de parte dos profissionais, e a descoberta de prazeres capazes de substituir o lugar da droga na vida do usuário (CAGLIOTTI, 1978, p. 167). É igualmente importante "[...] colocar em movimento o apoio efetivo de instituições sociais como a família, a religião, emprego, grupos de autoajuda, etc..." (Idem, p. 168). Os programas de tratamento devem ser flexíveis, modulares, capazes de se adaptar às necessidades do jovem assistido, ou mesmo de modificarem-se em meio a um processo já iniciado. Por fim, convém assumir metas factíveis, menos exigentes e mais razoáveis (Ibidem, p. 168).

Além de uma visão de tratamento que não coloca a abstinência como único fim a ser alcançado, Cagliotti também traz ao simpósio uma perspectiva diferenciada com respeito ao sentido do trabalho preventivo. Para o psiquiatra argentino, prevenir não se resume a evitar que as pessoas tenham contato com as drogas, mas incluiria o trabalho de evitar que experimentadores se tornem usuários eventuais, e que estes se tornam toxicômanos:

> Se tomamos um jovem de um programa de reabilitação que é inepto, morador de rua, que não tem nenhuma área de sua vida organizada, que tem uma família disfuncional, que não tem nenhuma perspectiva ou projeto de vida para seu desenvolvimento na sociedade, a através de um programa se consegue que ele vá estruturando uma situação de vida, uma atividade mais útil para ele, a possibilidade de que possa ter alguma área de sua vida organizada, ainda que de vem em quando ele siga se drogando, este já é um nível de reabilitação importante. (CAGLIOTTI, 1978, p. 169)

Para o painelista, pouco importa se a toxicomania é ou não uma doença. Uma pessoa que procura o médico por conta de uma dor de estômago pode ter um câncer, uma gastrite ou outro problema qualquer; de modo análogo, um jovem que usa drogas de modo abusivo pode ter uma série de problemas, dos quais a toxicomania seria sempre um sintoma, como uma dor (CAGLIOTTI, 1978, p. 169)

A segunda painelista é Haydée Barletta, psicóloga também vinculada ao Centro Nacional de Reeducação Social, da Argentina. Reafirma diversos pontos da fala de Cagliotti, e traz novos elementos ao debate, como quando afirma que "[...] a opinião pública é o motor da ação que empreendem os poderes públicos na luta contra a droga". Chama atenção para um generalizado sentimento de hostilidade contra o jovem usuário de drogas. Afirma que sociedades mais tolerantes para com o uso de drogas tenderiam a preferir abordar o tema a partir da saúde, e não do direito penal e da segurança pública (BARLETTA, 1978, p. 181).

> Em resumo podemos dizer que considerar o usuário um enfermo ou um delinquente, não são mais que posições limitadas que tendem a deixar o multifatorial desta problemática. Podemos qualificar ambas as posições como reducionistas, pois tanto uma como a outra parecem ter em conta o fator individual e depositar o problema em um setor da juventude que parece ver dificultado seu ingresso na sociedade pré-estabelecida. (BARLETTA, 1978, p. 182)

Sobre a figura do "jovem usuário de drogas", nega a existência de "[...] uma estrutura de personalidade determinada nem exclusiva de uma entidade psicopatológica" (BARLETTA, 1978, p. 183). Aponta para uma compreensão do problema que considera a disponibilidade da *droga*, consumida por um *sujeito* vulnerável, em um *contexto* de exclusão social, numa abordagem muito semelhante a que já se podia encontrar, nesta mesma época, em Claude Olievenstein (1977), a quem retornarei mais à frente.

O último dia do seminário traz o tema das estratégias de prevenção ao centro do debate. A primeira painelista é Ina Paulina Vacaflor, profissional do serviço social e integrante da equipe do Royal Victoria Hospital, em Montreal, no Canadá. Inicia questionando se a clássica noção de profilaxia (agente nocivo – hospedeiro – contato) seria suficiente para dar conta do um problema complexo como o uso de drogas. Lembra algumas medidas profiláticas, como vacinação, quarentena e controle de hospedeiros.

> Tendo dito isto, devemos ver se podemos estabelecer um paralelo entre este plano de referência médico e o abuso de drogas como uma "doença". O caso do álcool e do alcoolismo nos proporciona o melhor exemplo que uma droga que, sob certas circunstâncias, afeta adversamente o ser físico, psicológico e social de uma pessoa. Assim, temos neste caso um "agente nocivo" que se encontra prontamente disponível, é universalmente usado e para o qual vários meios de controle foram tentados com êxito discutível. (VACAFLOR, 1978, p. 215-216)

Aborda algumas das medidas utilizadas pelo controle do “agente nocivo álcool”: simples proibição, tributação progressiva, restrição de locais e horários de venda e consumo, estabelecimento de uma idade mínima para o consumo, estatização do comércio. Já com respeito ao “hospedeiro alcoolista”, “[...] o que tem sido tentado é capacitá-lo para exercer um controle adequado do seu uso do álcool a fim de conseguir o chamado ‘consumo moderado’” (VACAFLOR, 1978, p. 216).

> A ação adequada e eficaz para fins de prevenção primária deve incluir medidas políticas, econômicas e sociais e obviamente transcende a influência dos centros de saúde tradicionais. No caso das drogas, como no caso de muitos outros problemas que afetam a saúde pública, o nível geral de bem estar das pessoas depende de ações de natureza muito mais amplas que as ações médicas. (VACAFLOR, 1978, p. 217)

Partilha as recomendações feitas por um grupo de trabalho constituído no Canadá, com vistas à reformulação das leis e políticas de drogas daquele país. Dentre as propostas, figuram: descriminalização do uso de drogas; maior controle dos psicotrópicos; implantação de clínicas especializadas de caráter público; dispensação de metadona para dependentes de heroína; desenvolvimento de ações educativas de caráter preventivo; supervisão e avaliação permanente de todas as ações de cuidado dirigidas à este público (VACAFLOR, 1978, p. 218-219).

Paulina Vacaflor descreve um serviço situado na cidade de Montreal, que desvia o foco de intervenção da droga para a própria vida dos sujeitos. As atividades desenvolvidas por pessoal não médico, com base na premissa de que a toxicomania não é uma doença, teriam contribuído para um amplo processo de desmedicalização da sociedade canadense, e a comunicação entre serviços desta natureza e instituições médicas é muitas vezes permeada de atritos e asperezas. Sua orientação teórica tem base na gestalterapia (VACAFLOR, 1978, p. 220-221).

> A dependência é de fato o “problema” que se apresenta porém ela não pode ser tratada um vácuo: pensamentos, sentimentos e comportamentos estão intimamente ligados dentro do indivíduo e estão intimamente ligados por variáveis ambientais. A Organização Alternativas encara a dependência como um comportamento autodestrutivo aprendido por um indivíduo a fim de fazer face a uma ansiedade situacional e problemas psicológicos subjacentes. Não há um tipo de personalidade dependente. A necessidade de drogas por parte do dependente, apenas uma dentre uma grande configuração de necessidades, se tornou dominante devido ao poderoso reforço inerente à “alta” imediata provocada pela própria droga e ao reconhecimento inadequado oferecido ao dependente pelo meio ambiente. (VACAFLOR, 1978, p. 222)

As inovações e o caráter não médico da Alternativas incomodaram setores do pensamento médico no Canadá. Vacaflor alerta para o fato de que este tipo de controvérsia seria comum, e acredita que ela venha a ocorrer também no Brasil, em algum momento. O hospital não passaria de uma "torre de marfim", por ser demasiado acadêmico, estreito e afastado da vida real. Não obstante, conseguiu-se avançar na direção de um trabalho cooperativo (VACAFLOR, 1978, p. 224).

Para comentar a fala de Ina Paulina Vacaflor, é convidado José Cueli, psiquiatra e presidente da Associação Mexicana de Neurologia e Psiquiatria. Inicia conclamando a unidade dos povos latino-americanos, e defendendo que o método científico seja alicerçado em compromissos éticos e ideológicos. Critica o estilo latino de tentar sempre resolver as coisas, e o faz para majorar os elogios às experiências descritas por Ina Vacaflor e Rafael Ruiz Harraell, que trariam a marca das iniciativas pragmáticas, focadas e circunscritas ao manejo pouco heroico de dimensões específicas do problema do uso de drogas (CUELI, 1978, 228-229).

Cueli descreve o trabalho realizado no México. O primeiro ponto seria a clareza de que a droga não pode ser o centro das ações, mas apenas "[...] um elemento a mais na vida da comunidade" (CUELI, 1978, p. 231). Lembra que pouco se fala, por exemplo, da cola de sapateiro ("cemento" no México), porque seus usuários são pessoas sem dinheiro, no Brasil ou em qualquer outro lugar. Em uma das tantas comunidades miseráveis de seu país, as pessoas juntariam comido do lixo, o índice de mortalidade infantil seria de três para cada quatro recém-nascidos, a violência seria cotidiana, e um tubo de cola custaria 50 centavos. Mas, diante de tamanha exclusão social, qual a real importância da cola?

> Eu penso que diante de pessoas que não tiveram a possibilidade de desenvolvimento das funções cognitivas necessárias para entender os símbolos do sistema, nos estamos fazendo de idiotas, supondo que podem fazer um tratamento concreto do tipo psicoterápico, que exige o desenvolvimento de determinadas funções. Que gente, em função da problemática vivida, não tem a possibilidade de desenvolvimento dessas funções, tais como capacidade de síntese, juízo crítico, capacidade de simbolizar? (CUELI, 1978, p. 233)

Para o psiquiatra e psicanalista mexicano, as desigualdades estruturais da América Latina engendram um povo carente, não apenas dos bens de consumo mais básicos, como também de capacidade cognitiva determinada por perdas ancestrais. Frente à isto, qual o potencial da psicoterapia? Qual seu potencial, frente a populações

cuja capacidade de simbolização é precária? Qual a viabilidade de transformação, entre povos dos quais foi subtraída a possibilidade de construção coletiva e de antecipação de respostas? Frente a tais questões, o grupo com o qual Cueli trabalha elaborou uma abordagem que foca no desenvolvimento de habilidades comunicacionais junto às comunidades mais empobrecidas (CUELI, 1978, p. 234).

Cueli critica veementemente a descontinuidade nos trabalhos realizados junto às comunidades, que reificaria o sentimento de perda e abandono característico destas populações, decorrente de séculos de exclusão. Com ações sustentadas, não se resolveriam os problemas da América Latina, nem do México; entretanto, se poderia melhorar um pouco as condições de vida de algumas poucas dezenas de pessoas. Não obstante, há que se identificar estas pessoas com as agruras dos excluídos de todo o continente; a partir disto, se poderia realizar algo consistente (CUELI, 1978, p. 236).

Encontrar os registros deste evento foi surpreendente. Como já disse anteriormente, iniciei este processo convencido de que posições mais liberais frente ao tema das drogas, ao menos em ambientes mais formais e acadêmicos, constituiriam um acontecimento bastante recente. Claro que eu sabia das discursividades alternativas produzidas no cinema *underground*, na música, na literatura e na contracultura de um modo geral; mas entre profissionais da saúde e pesquisadores, eu realmente acreditava que vozes e discursos alternativos seriam algo como uma ficção.

Não obstante, este evento mostra que já se diziam coisas distintas do que se lia em Pacheco e Silva, Murad ou Sonenreich, ainda que entre estes existissem, sim, claras diferenças; mas diante da novidade histórica dos enunciados articulados no simpósio de 1977, estes três expoentes do pensamento conservador brasileiro sobre o cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, bem como alguns outros agentes do campo inseridos neste mesmo período histórico, parecem realmente muito semelhantes entre si, e o que os distinguiria perde importância frente ao que os unifica e aproxima.

José Miguel Wisnik (2014, p. 32) explica que "[...] o grau de ruído que se ouve num som varia conforme o contexto". Nenhum som é por si mesmo barulho ou harmonioso, e um grito "[...] pode ser um som habitual no pátio de uma escola e um escândalo na sala de aula ou num concerto de música clássica" (Idem, p. 32). O ruído é, portanto, "[...] aquele som que desorganiza outro, sinal que bloqueia o canal, ou desmancha a mensagem, ou desloca o código" (Ibidem, p. 33), e "[...] o jogo entre som e ruído constitui a música" (Ibidem, p. 33).

> A inviolabilidade da partitura escrita, o horror ao erro, o uso exclusivo de instrumentos melódicos afinados, o silêncio exigido à plateia, tudo faz ouvir a música erudita tradicional como representação do drama sonoro das alturas melódico-harmônicas no interior de uma câmara de silêncio de onde o ruído estaria idealmente excluído (o teatro de concerto burguês veio a ser essa câmara de representação). A representação depende da possibilidade de encenar um universo de sentido dentro de uma moldura visível, uma caixa de verossimilhança que tem que ser, no caso da música, separada da plateia pagante e margeada de silêncio. A entrada (franca) do ruído nesse concerto criaria um contínuo entre a cena sonora e o mundo externo, que ameaçaria a representação e faria periclitar o cosmo socialmente localizado em que ela se pratica (o mundo burguês), onde se encena, através do movimento recorrente de tensão e repouso, articulado pelas cadências tonais, a admissão de conflito com a condição de ser harmonicamente resolvido. (WISNIK, 2014, p. 42-43)

Pierre Bourdieu descreve o campo científico como um território político e epistemológico cujas fronteiras podem até ser precárias, mas jamais inexistentes. O campo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, foi historicamente constituído a habitado pelo discurso médico-psiquiátrico de orientação eugênica, e suas fronteiras, ainda que porosas, parecem ter sido eficientes para manter eventuais ruídos às margens do cenário. A partir da década de 1960, entretanto, os movimentos de contracultura multiplicaram discursividades alternativas ao modo hegemônico de se dizer a verdade das drogas, amplificando ruídos. Em sua já referida tese, Rafael Dias aponta estes movimentos como produtores de condições de emergência de práticas diferenciadas no cuidado dirigido a pessoas que usam drogas. Seria este evento de 1977 um momento em que as dissonâncias adentram a cena monocórdica, demarcando acontecimentos diferenciados na ordem do discurso?

A profusão de novos enunciados no transcorrer dos três dias de debates registrados nos anais do Simpósio Internacional sobre Farmacodependência é gigantesca: críticas à noção de toxicomania como doença e à ideia de que todo usuário de drogas ilícitas é necessariamente um doente; não subordinação da saúde ao direito penal e à segurança pública; criação de centros comunitários de saúde mental; ataque à centralidade da internação; diminuição da importância da droga na determinação dos agravos à saúde; apoio às propostas de descriminalização do uso de drogas; demarcação dos limites do direito e crítica ao tratamento compulsório; ataques ao excessivo poder da psiquiatria; identificação de processos de estigmatização e exclusão a partir das terminologias, legislações e abordagens até então existentes...

Dentre todos os painelistas convidados, um em especial poderia ser destacado, em função da grande quantidade de elementos ate então inovadores, e relevantes ao recorte proposto nesta pesquisa. Falo de Carlos Alberto Cagliotti, que não apenas desferiu duros golpes ao modelo de tratamento hegemônico à sua época (não o seria ainda hoje?), como apresentou uma série de alternativas inovadoras há seu tempo (ainda hoje o seriam...). De saída, o psiquiatra argentino aponta para o potencial iatrogênico das técnicas terapêuticas, pelo que poderiam produzir em termos de estigma e exclusão social, identifica uma forte hostilidade para com as pessoas que usam drogas, por parte da opinião pública, e reputa tal sentimento ao modo como o tema seria posicionado por especialistas e autoridades dos campos da saúde e do direito. Critica duramente a prática de transformar tratamento em castigo, por meio de "penas alternativas" (justiça terapêutica?). De modo bastante inovador, e com base na tese de que nem todo usuário de drogas é dependente, aponta na direção de uma maior interdisciplinaridade no cuidado, com a destituição da psiquiatria de seu lugar de comando e a ampliação do escopo de contribuições de parte das instituições públicas e da sociedade civil (intersetorialidade?), e defende um modelo de atenção modular, orientado pelas especificidades de cada caso (projeto terapêutico singular?).

Inrerpela-me na fala de Cagliotti o que eu chamaria de uma espécie de antecipação de conceitos e práticas alinhados à perspectiva de Redução de Danos, como a defesa de uma lógica de baixa exigência, a destituição da abstinência como único fim a ser alcançado, a defesa de uma dimensão humanitária do tratamento, e a ideia de que a simples diminuição dos custos sociais relacionados ao uso, da quantidade de droga utilizada e da frequência, já deveriam ser consideradas progressos na melhoria da saúde e da qualidade de vida das pessoas que usam álcool e outras drogas.

Chego a 1979, e encontro um livro que tem, para mim, uma dimensão especial, por tratar-se da primeira publicação sobre drogas com que tive contato, quando tinha por volta de dez anos de idade. Em sua capa, "A ilusão das drogas" apresenta um homem de olhos arregalados e boca aberta, como se estivesse urrando. É como se mirasse fixamente um ponto, enquanto grita (veria algo horripilante?). Além deste rosto, há também as imagens de uma seringa e algumas pílulas. Na contracapa, vê-se o rosto de uma mulher, cujos cabelos lambram a imagem clássica da Medusa. Seus olhos estão arregalados, e sua boca escancarada também lembra um grito de dor, mas não passa a ideia de medo do que vê. Parece mais uma expressão de desespero, de tristeza profunda.

Quando abro o livro, encontro uma página branca com o título da publicação. Logo abaixo, lê-se que "[...] esta obra foi aprovada pelo Ministério da Justiça – Departamento de Polícia Federal – Divisão de Censura de Diversões Públicas" (SCHMIDT, 1979, p. 1). É provável que esta nota seja decorrência da lei 6368/76, promulgada três anos antes, que determinava que toda e qualquer publicação sobre drogas deveria passar pelo crivo da censura federal. Na página seguinte há uma ilustração colorida que representa diferentes plantas: maconha, coca, papoula, o fungo do centeio do qual se extrai o LSD, cogumelos e peiote (Idem, p. 2). Na página ao lado, uma seringa e um vidro de pílulas, o e nome do autor, abaixo do qual se leem as seguintes palavras: "Jovem escritor e jornalista brasileiro, que se notabilizou pelas pesquisas na área da toxicomania" (Ibidem, p. 3).

No prefácio, o Schmidt apresenta as drogas como sendo um dos maiores problemas mundiais, e o tráfico como "o mais repreensível de todos os crimes" (SCHMIDT, 1979, p. 5). Conclama "[...] todas as pessoas de boa vontade, todos os organismos sociais e religiosos, [...] devem cerrar fileiras em torno deste ideal comum, qual seja de alertar a juventude, prevenindo-a contra a constante ameaça dos tóxicos" (Idem, p. 6).

O capítulo "Drogas na antiguidade" é representado pela imagem de um indígena que segura dois chocalhos, enquanto dança. Pelo estilo de seus colares e os desenhos e roupas, trata-se de um nativo mexicano. Sua cabeça está ornada por um cocar, e sua figura parece emergir de alguns exemplares de peiote. Mais ao fundo, vê-se a imagem de outro indígena com roupas mais simples, sentado próximo a um cacto. Comparadas as imagens de um e outro indígena, poder-se-ia pensar que um é o xamã, enquanto o outro é um nativo sem posição social destacada em seu grupo. A ilustração como um todo é feita em cores vivas; a pele do xamã é azulada, próxima do violeta, enquanto o outro tem a pele bastante morena, avermelhada (SCHMIDT, 1979, p. 8).

O autor inicia o capítulo afirmando que o uso de drogas não é um problema novo, mas que existe desde tempos muito remotos. Reporta o uso milenar do peiote no México. Traz uma longa citação de De Ropp que descreve em detalhes um ritual indígena envolvendo o uso do peiote. Fala de outras drogas, como a maconha, a coca, o ópio... Afirma, entretanto, que estas plantas não deveriam ser consideradas sagradas, pois estariam relacionadas com uma etapa primitiva do pensamento religioso, representada pelo politeísmo e pelo paganismo (SCHMIDT, 1979, p. 9).

O capítulo seguinte intitula-se “Uma revolução social?”, e apresenta os anos 60 como um período de profundas transformações: minissaia, música estridente, pílula anticoncepcional, hippies e uso de drogas. Os jovens seriam os “[...] pretensos arautos de uma nova era que raiava no mundo” (SCHMIDT, 1979, p. 13). Os caminhos escolhidos, no entanto, impossibilitariam a busca. Cita o festival da Ilha de Wight, ilustrado por um desenho a bico de pena, com muitos jovens paramentados à moda hippie, mergulhados até a cintura em águas que se assemelham a um lago. O texto reforça a imagem, salientando o aspecto passivo e pacífico da reunião, reputado pelo autor à presença maciça de maconha (SCHMIDT, 1979, p. 14-18).

Logo em seguida, o autor descreve em poucas palavras o festival de Woodstock, com maior ênfase nos aspectos caóticos do evento. Cita diversos artistas que ficaram famosos por seu envolvimento com o uso de drogas. Nega a conotação cultural do movimento, e afirma que os hippies não seriam nada mais “[...] do que meros rebotalhos e marginais” (SCHMIDT, 1979, p. 21). Afirma que a Inglaterra teria instaurado uma política de distribuição de doses diárias de drogas para viciados, como estratégia para evitar que os mesmos cometessem crimes para sustentar sua dependência.

> Temos motivos de sobra para não crer numa revolução social, cujas bases se assentam no consumo das drogas, no anarquismo, no sexo livre, e sobretudo, na renúncia aos valores morais e espirituais que o verdadeiro cristianismo pode comunicar ao ser humano. (SCHMIDT, 1979, p. 21)

O capítulo 3, “Por que tomar drogas?”, abre com alguns fragmentos de uma reportagem feita pelo jornal O Globo, sobre o problema das drogas em diversos países do mundo. Na página ao lado, vê-se a ilustração em preto e branco de um jovem sentado ao chão, cabelos compridos a esconder o próprio rosto, sem camisas, pés descalços e calça listrada. A imagem de um hippie. Com a mão direita, ele segura seu braço esquerdo, que está esticado e apoiado sobre o próprio joelho. Ao seu lado, no chão, um pequeno estojo, uma seringa e dois frascos (SCHMIDT, 1979, p. 22-23).

O autor cita pesquisas que definiriam as pessoas que usam drogas injetáveis como “[...] provenientes de um pequeno grupo de indivíduos de tendências antissociais e muitas vezes criminosas” (SCHMIDT, 1979, p. 24). Constrói um personagem fictício, João, que se aproxima de um grupo de pessoas que usam drogas por sentir-se à margem da sociedade. O grupo aproximaria pessoas de passado escolar e profissional medíocres, com baixas perspectivas de futuro. O autor afirma que pessoas como João seriam

apresentadas pelos psiquiatras como indivíduos que possuem caracteres genéticos confusos, provocando depressão e neurose. Afirma, entretanto, que há entre os usuários aqueles que utilizam apenas nos finais de semana, por exemplo. Este seria um pequeno grupo, que estaria em busca da substância ideal; uma vez encontrada, sua vida passa a girar em torno da droga (SCHMIDT, 1979, p. 25-26).

O autor julga o termo "drogado" inadequado e pouco científico, mas acredita que a expressão defina o isolamento do toxicômano e o sentimento da sociedade. Os usuários "[...] são, em geral, jovens brancos, estudantes fracassados, ou simplesmente, fracassados" (SCHMIDT, 1979, p. 29). A maconha seria a droga mais consumida no Brasil, e cita um jovem de doze anos que teria se viciado depois da segunda seção de uso. Os motivos para o início no uso seriam curiosidade, aspectos psicológicos predisponentes, insegurança afetiva e falta do núcleo familiar. Fortalecer a "família estruturada" e tradicional seria a forma mais eficiente de prevenção. Contudo, o autor crê que deste aparente caos ressurgirá a família. A solução, portanto, estaria no lar, "[...] único lugar do mundo em que os problemas sociais podem ser resolvidos" (Idem, p. 39).

O capítulo "A ação das drogas na mente" traz uma ilustração em que se vê um rapaz de cabelos compridos contido por dois homens (um maduro, outro mais jovem). O rapaz que está sendo segurado parece debater-se; olhos arregalados, boca aberta como que num grito, cabelos desgrenhados. Parece ter sido pego em meio a um salto, já que seus pés não tocam o chão (SCHMIDT, 1979, p. 40).

O capítulo inicia com definições para "toxicomania" e "psicotrópico". Diferencia drogas que produzem dependência, de outras que ensejariam simples hábito. Cita relatos fantásticos de experiências com LSD e maconha, de autores como Baudelaire, Huxley, De Quincey, Gautier, Ludlow... Afirma que a maconha não incitaria violência; apenas abriria as portas do que estaria submerso no inconsciente humano.

> Não é por isso, porém, que esta droga deve ser colocada ao alcance de todos aqueles que a desejam. Se ela não conduz ninguém ao crime declarado, transforma os que adquirem o seu hábito em seres desprezíveis e incapazes de uma atividade útil; relapsos e desleixados, e completamente alienados da família e do ambiente comunitário. Em casos extremos, para conseguir o dinheiro que lhe permita a compra de alguma quantidade da erva, o iniciado não titubeará em entregar-se a expedientes escusos e impróprios, mesmo a contravenção, para satisfazer sua necessidade de afirmação. Por isso tudo, a droga é prejudicial, tanto ao indivíduo como também à sociedade. (SCHMIDT, 1979, p. 51)

O capítulo dedicado à maconha também traz uma ilustração, desta vez colorida. Nela vemos um casal relaxadamente sentado sobre um gramado: a garota tem cabelos longos e loiros, veste suéter azul, calça marrom e usa chinelos; o rapaz tem cabelos curtos, veste camisa vermelha, calça lilás, e usa um cinto marrom. Ela está sentada com a espinha ereta, enquanto o rapaz está quase deitado, levemente apoiado sobre o cotovelo direito. Na mão esquerda, o jovem tem um cigarro, provavelmente de maconha, que leva à boca. Sobre as cabeças de ambos, em meio à fumaça do cigarro, paira no ar a imagem de um ramo de maconha, com sua característica folha de cinco pontas (SCHMIDT, 1979, p. 52).

O capítulo abre compartilhando alguns dos milhares de nomes pelos quais a maconha é conhecida, e traz um comentário enigmático, em que afirma que o nome utilizado nos EUA, marijuana, indicaria certo nível de desenvolvimento, enquanto que um cigarro da droga, no Brasil seria conhecido como dólar: afirma o autor haver alguma ironia nisto, mas não explicita que ironia seria esta (SCHMIDT, 1979, p. 53). Fala de alguns aspectos botânicos e biológicos da planta, e afirma que a preparação da maconha é muito simples, consistindo simplesmente em "[...] esmagamento das folhas, talos e sementes ressecadas" (Idem, p. 54). Cita o psiquiatra Oswald Andrade para dizer que a maconha oferecida no Brasil seria, "felizmente", de qualidade inferior. Afirma a possibilidade de que os plantadores nem mesmo conheçam a diferença entre plantas macho e fêmea, e mesmo os usuários não saberiam diferenciar maconha de outras plantas como alfafa (Ibidem, p. 54-55).

Schmidt cita largamente o relatório La Guardia e suas conclusões no que diz respeito a não alteração de personalidade e sua inocuidade e incitar à violência. Não obstante, o autor refuta cada uma destas conclusões, com afirmações feitas por autoridades policiais. Segue articulando o discurso de policial e religioso, para afirmar a periculosidade da droga, bem como sua presença em todo o Brasil. Reafirma a teoria da porta de entrada (SCHMIDT, 1979, p. 56-63). Curiosamente, o autor, depois de citar várias pesquisas que negam as relações entre maconha e criminalidade, e que negam igualmente a existência de vício de maconha, afirma que "[...] parte saliente da juventude de nosso país está nas garras do vício da maconha" (Idem, p. 64). Conclui dizendo que a maconha é um "[...] insidioso verme que corrói a parte vital da fibra da mocidade brasileira, derruindo-lhe a confiança na família, na sociedade e nas instituições da Pátria" (Ibidem, p. 64).

O capítulo 6, “LSD I”, inicia com a história da descoberta do LSD por Albert Hofmann. Traz a ilustração de homem deitado, olhos arregalados, cenho franzido, boca escancarada como em um urro. Os dedos de sua mão esquerda apertam sua própria fronte. Sua cabeça repousa sobre seu braço direito, que está totalmente esticado, repousado sobre o chão. Parece desesperado, apavorado, ou ambos. Ao redor da imagem, há uma série de traços arredondados, sinuosos, remetendo à ideia de que este homem estaria imerso em um mundo de pesadelos, e que estes estariam determinando sua situação de desespero (SCHMIDT, 1979, p. 66).

O texto segue, e o autor questiona por que razão uma droga tão nova estaria causando tanta controvérsia. Lembra seus usos medicinais, mas afirma que as “forças do mal” seriam mais poderosas. Cita John Cashman para dizer da potência da droga, capaz de produzir grandes alterações em mínimas doses. Os efeitos fisiológicos seriam insignificantes, o que tornaria inútil os experimentos com animais. As sensações podem durar de dez horas a três dias. Cita diversos relatos de experiência, afirma que elas nunca são iguais, e lembra a imensa quantidade de artigos científicos sobre a droga, ainda envolta em profundas controvérsias, que impediriam uma palavra final sobre seus riscos e potencialidades (SCHMIDT, 1979, p. 67-69). Não obstante, e logo após lembrar a ausência de uma palavra final sobre a substância, o autor afirma que a droga “[...] fugiu do recesso dos laboratórios e dos meios científicos, para se transformar no estimulante do século, o novo ópio, a maior e pior droga até agora conhecida pelo homem, desde os tempos mais remotos” (Idem, p. 69).

> Embora não se conheça nenhuma evidência de que esta droga vicie quando usada sob controle médico, seu uso desenfreado poderá causar sérios transtornos. Pode ser que alguém que use uma quantidade abusiva do ácido se transforme num assassino, num suicida em potencial, num desequilibrado mental ou mesmo, num maníaco sexual, evidentemente enquanto estiver sob a influência da droga que, no entanto, pode persistir muito tempo, conforme provas existentes. (SCHMIDT, 1979, p. 70)

Cita largamente o livro de John Cashman, que lembra o início do LSD nas rodas intelectuais dos EUA, para logo em seguida ser adotada por jovens em idade colegial e também entre desajustados, resultando em crimes que, se pouco numerosos, causariam estardalhaço nos EUA. Lembra o Fogo de Santo Antão, doença medieval que hoje é atribuída justamente ao fungo do qual se extrai o LSD. Faz longas citações do diário de campo de Albert Hofmann. Aborda as pesquisas feitas em laboratório, com cobaias humanas, em que os participantes têm experiências totalmente diversas, e afirma que o

ambiente mais ou menos acolhedor influencia brutalmente na experiência. Se a droga fosse administrada sem que o paciente soubesse do que estaria porvir, a experiência seria ainda mais assustadora. Cita as experiências pessoais de Timothy Leary com cogumelos, e sua militância e proselitismo sobre o ácido, até sua expulsão de Harvard e sua partida para o México, de onde também foi expulso (SCHMIDT, 1979, p. 70-88).

Schmidt denuncia a "intensa propaganda" em torno da droga e sua "popularidade extraordinária", especialmente entre "jovens e hippies". Fala da aura mística em torno do ácido, de sua proibição, da ação (e da impotência) da polícia na repressão ao vício. Volta a John Cashman e apresenta Alan Watts. Critica o proselitismo religioso construído em torno do LSD, e o modo como este movimento seduz novos adeptos, não por meio da pregação, mas oferecendo uma possibilidade de experiência direta e transformadora. Ridiculariza a possibilidade de experiência espiritual no uso do LSD, cita um desastroso caso de suicídio, e repete a já recorrente afirmação de que o uso aumenta assombrosamente, exponencialmente, que estaria chegando a todas as classes sociais e faixas etárias... Cita algumas experiências aterrorizantes com a droga (SCHMIDT, 1979, p. 89-97).

> Vi a cobra mais horrível e viscosa que jamais tinha visto. Era grande e feia, e se enrolava à minha volta, começando pelos tornozelos, e atingindo lentamente minhas pernas. Tentei libertar-me, mas não podia, minhas pernas pareciam ter-se tornado parte da serpente... Sabia que a serpente estava me engolindo, pedaço por pedaço. Podia sentir a mucosa no interior da serpente. Estava-me tornando uma parte dela. Estava doente. Gritei e procurei por Buddy. Ele parecia estar muito longe. Pensei que estivesse zombando de mim. Ele sabia que eu tinha medo de serpentes... Estendeu sua mão e todo seu braço começou a enrolar-se e pulsar, como se não tivesse ossos. Era uma outra serpente... A serpente começou a engolir minha cabeça, tudo úmido e liso... Eu era a serpente sem pálpebras e, assim, tinha que ver tudo. (SCHMIDT, 1979, p. 99)

Na página ao lado deste trecho, vê-se uma ilustração colorida, correspondente à citação. Ao fundo, há o rosto de uma mulher, em múltiplos tonos de verde. Seus cabelos são longos, os olhos arregalados, a boca aberta em um grito. Uma mecha de seus cabelos se transforma em uma serpente. Esta serpente está engolindo uma mulher, que é a mesma mulher cujo rosto constitui o fundo da imagem. Esta imagem em primeiro plano, da cobra que engole uma mulher, possui cores vivas e variadas, no que difere da monotonia esverdeada da imagem ao fundo. Então, o que temos é uma mulher que observa a si mesma sendo engolida por uma serpente (SCHMIDT, 1979, p. 98).

O capítulo 8, dedicado às anfetaminas, faz-se acompanhar de uma ilustração em preto e branco, na qual se pode ver o interior de uma farmácia, com seus balcões, cartazes e prateleiras. Em primeiro plano, é possível perceber um balconista ou farmacêutico, guarda-pó branco, cabelos bem cortados; ele atende a um homem de barba e bigode, cabelos encaracolados, óculos redondos, vestindo uma jaqueta. Entre os dedos da mão direita, este homem segura um frasco, para o qual lança um olhar fixo e triste (SCHMIDT, 1979, p. 102).

O capítulo inicia chamando a atenção para o uso de drogas autorizadas e vendidas em farmácias, o que seria um "hábito moderno" que se originou em "[...] setores marginais da sociedade americana para se tornarem comuns entre os membros da chamada classe média" (SCHMIDT, 1979, p. 103). O uso destas substâncias teria se tornado comum depois da II Guerra Mundial. Seria um erro, portanto, culpar os jovens, que teriam sido acostumados a ver seus pais usando estas drogas desde a mais tenra idade. Os jovens conseguiriam amealhar informações sobre os medicamentos que possuem, em sua fórmula, princípios ativos capazes de alterar a consciência. Dentre estas, as anfetaminas seriam as preferidas (Idem, p. 104-106).

Schmidt retorna a 1887, ano em que uma droga anfetamínica é preparada pela primeira vez. No século XX, passou a ser utilizada por soldados em diversos conflitos, e mais adiante, por motoristas e pilotos, estudantes em períodos de provas, atletas que desejam aumentar seu rendimento, pessoas que desejam perder peso, e por "[...] adolescentes que querem escapar de vez em quando do seu tédio" (SCHMIDT, 1979, p. 108). Ainda segundo o autor, as anfetaminas não engendrariam dependência física, mas haveria o risco de desenvolvimento de tolerância, e do "[...] estado de espírito e a confiança que ela instila" (Idem, p. 110). Haveria ainda os riscos de surto psicótico, e o incentivo a atos criminais. No Brasil, as anfetaminas seriam contrabandeadas do Paraguai e Uruguai (Ibidem, p. 112-114).

O capítulo seguinte intitula-se "Pode alguém livrar-se do vício?", e é ilustrado pela imagem de um gigantesco cogumelo, ao qual diversos homens e mulheres estariam aprisionados por meio de cipós. O cogumelo, obviamente um vegetal, também lembra a explosão de fumaça decorrente de uma explosão nuclear, ou até mesmo um disco voador, já que seu imenso chapéu paira sobre as pessoas, como que as abduzindo. A imagem é muito colorida, fundo verde escuro, e o cogumelo tem as cores dourado, branco, marrom e verde (SCHMIDT, 1979, p. 116).

O autor afirma que “[...] soluções precipitadas e conclusões sem base científica de nada adiantam” (SCHMIDT, 1979, p. 117), e que seriam necessários muitos anos para “extirpar” um mal tão antigo quanto o homem. Problematiza os conceitos de “droga”, “toxicômano” e “narcótico”, muitas vezes mal empregados (Idem, p. 118). Apresenta uma discussão sobre as terapias de substituição e de dispensação de derivados de ópio (metadona). Afirma que o sucesso desta modalidade é pequeno, no que tange à obtenção de abstinência completa (apenas 20%), mas que mesmo assim, esta seria a melhor estratégia quando todas as outras já falharam (Ibidem, p. 119).

> Nos outros campos da Medicina, que se faz quando se combate uma doença que reluta em se deixar vencer? Institui-se um tratamento sintomático no qual se prescrevem os produtos que aliviam a dor, que dão uma certa sensação de bem estar, e que possibilitarão ao doente levar uma vida quase normal, de trabalhar e de não se sentir excluído. No tratamento dos intoxicados segue-se sempre um princípio semelhante, cujo fim é o mesmo. Na Inglaterra, por exemplo, ainda é habitual prescrever heroína a certos heroinômanos; nos Estados Unidos, muitas vezes a preferência recai num produto sintético, a metadona. O doente continua dependente da droga, seja ela heroína ou metadona, mas a dose regular que lhe é assegurada ajuda a tomada de posição para um retorno á vida normal.
>
> Muito já se discutiu sobre o valor de tal método. Dizem alguns que ele é um fracasso completo, e outros que já não cura os viciados. Contudo, é importante relembrar que a terapêutica de manutenção é a que melhor se apresenta quando todas as outras falharam, e que é melhor prescrever uma droga a um toxicômano sob vigilância numa policlínica, do que deixá-lo correr o risco de ser preso. (SCHMIDT, 1979, p. 119-120)

Aborda também o tratamento em CTs, de modo elogioso, sobretudo pela iniciativa ter partido de pessoas que foram, elas mesmas, usuárias de drogas. Faz, porém, uma ressalva importante no final:

> Um tal ambiente age sobre o indivíduo forçando-o a vigiar regularmente sua conduta; qualquer violência é proibida, bem como qualquer droga, sendo bastante comuns os longos debates sobre quaisquer erros de conduta. Apesar do entusiasmo dos que se submetem a ele, este tratamento, infelizmente, só pode ser aplicado a um pequeno número de viciados. A maioria dos doentes nem pensa em iniciá-lo, e as desistências são numerosas.
>
> Os que se submeteram a esta forma de terapêutica consideram-na uma experiência incomparável que os ensinou a melhor compreender a sociedade na qual vivem, a compreender melhor a eles próprios, e a descobrir o respeito por si mesmos. É portanto uma terapêutica de valor considerável, mas que não pode ser aplicada senão a um número limitado de dependentes de todas as formas de toxicomanias. (SCHMIDT, 1979, p. 121-122)

Aborda também os tratamentos com uso de drogas antagonistas, que desencadeiam sensações de mal estar quando do uso de drogas, abordagem comum para pessoas que usam álcool. Quando usado no tratamento de dependentes de opiáceos, os antagonistas apenas anulam o efeito da droga. Afirma, por fim, que o sucesso dos tratamentos com metadona relegaram os antagonistas a um segundo plano. Afirma também que os tratamentos com internação compulsória só seriam válidos e aceitáveis quando o paciente possui algum transtorno mental associado ao uso de drogas, que exija tal intervenção (SCHMIDT, 1979, p. 122-123). Conclui citando o psiquiatra Hilton Nogueira da Gama, do Instituto Phillipe Pinel (RJ), que defende o seguinte modelo:

> O tratamento inicial na minha maneira de fazer o estudo, é o isolamento do toxicômano. Depois, a desintoxicação e, em seguida, o tratamento psicoterápico. Se o tratamento não visar estes três itens, temos quase a certeza de que não vai adiantar. (SCHMIDT, 1979, p. 124)

O capítulo 10, “A grande solução”, faz uma discussão dos aspectos espirituais da toxicomania. Cita a parábola do filho pródigo como um texto bíblico que pode ser usado para reflexão sobre o uso de drogas e sobre a recuperação. Relata a parábola na íntegra, a estabelece correlações com o tratamento do dependente. Afirma que o tratamento só tem resultado pleno se há desejo da parte do usuário (SCHMIDT, 1979, p. 127-133).

O último capítulo, “Documentário”, traz uma série de excertos de notícias de jornais, do Brasil e do mundo, falando sobre o problema das drogas. Conclui o livro recordando o chamado de guerra às drogas feito por Richard Nixon, e pede que as autoridades brasileiras envolvidas nesta batalha sejam iluminados por Deus (SCHMIDT, 1979, p. 135-144).

O livro de Ivan Schmidt é um exemplo extremamente bem acabado de um tipo de discursividade preventiva que se tornaria comum no ambiente de práticas preocupadas em incidir sobre o uso de álcool e outras drogas, e que seria adjetivado por seus críticos como “pedagogia do horror”. As tintas fortes na descrição das experiências com drogas, os efeitos catastróficos descritos sem qualquer referência bibliográfica, a contraposição de relatórios científicos com discursos produzidos por autoridades policiais ou religiosas, tudo isto faz de “A ilusão das drogas” uma obra emblemática no estilo *os fins justificam os meios*. No entanto, um dos efeitos deste tipo de discursividade é justamente a fetichização das drogas, a produção do desejo, a curiosidade. Afinal, ninguém sabe mesmo por onde passa o desejo...

Dediquei meu mestrado justamente a uma análise do discurso expresso nas campanhas de prevenção ao uso de crack, entre 2008 e 2011, e pude perceber que este espírito de "os fins justificam os meios" segue extremamente vivo, até mesmo hegemônico, quando se pensa nas práticas de profilaxia do uso de drogas. O objetivo de meu estudo não era avaliar eficiência e eficácia deste tipo de abordagem, mas investigar o discurso, ou dito de outro modo, o que vinha sendo dito, objetivamente, nessas campanhas. Não obstante, parece que o território reflexivo das drogas ainda não avançou ao ponto em que o campo constituído em torno da Aids já chegou, no que tange à reflexão sobre práticas de prevenção: neste, já está claro que a publicidade baseada na pedagogia do horror não apenas não atinge os objetivos propalados (no caso em questão, a diminuição do desejo de usar drogas), como é pródiga no que tange à produção de estigma e preconceito.

Três anos depois, em 1980, Jandira Masur, psicóloga, pesquisadora e professora de psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, publica um artigo na revista da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) sobre o que seria "a atual polêmica no tratamento do alcoolismo" (MASUR, 1980): poderia um alcoolista em algum momento adquirir ou readquirir a capacidade de beber de modo controlado? Para chegar ao tema, entretanto, Jandira retorna ao século XIX, quando o abuso de álcool era posicionado como problema moral, o que determinava "[...] uma única forma de lidar com o problema que é através de métodos punitivos como prisão e castigos físicos, cuja preconização ainda é encontrada em autores contemporâneos" (Idem, p. 73). Foi apenas entre as décadas de 1950-1960 que a Associação Médica Americana passou a considerar o alcoolismo uma doença cujo fator patognomônico seria "[...] o fenômeno da *Perda-do-Controle*" (Ibidem, p. 74):

> O conceito de *Perda-do-Controle* constitui o ponto central na discussão da possibilidade do alcoolista poder ou não vir a beber moderadamente. Dentro de sua concepção mais restrita (e mais conhecida) a *Perda-do-Controle* é entendida como: "assim que qualquer quantidade de álcool penetra no organismo, dá início a uma compulsão que faz com que o alcoolista continue bebendo até que ele esteja tão intoxicado ou se sinta tão doente, a ponto de não mais poder beber". (MASUR, 1980, p. 74)

Mas uma outra hipótese divide a preferência dos agentes do campo: a ideia de que o alcoolismo é um sintoma, seja de uma determinada estrutura de personalidade, seja de uma comorbidades psiquiátrica, ou mesmo de algum "distúrbio psicológico" (MASUR, 1980, p. 74).

> A nível de atuação terapêutica, a concepção do alcoolismo como sintoma de um transtorno de personalidade subjacente, pode ou não, levar a preconização da abstinência total de bebidas alcoólicas, dependendo dos critérios do terapeuta. Se ele acreditar que as alterações de personalidade que levaram ao alcoolismo não sejam passíveis de modificação ele é levado a recomendar a abstinência, o que ocorre na grande maioria das vezes. Dentro da concepção do alcoolismo como sintoma, permanece a noção de que o alcoolista perdeu o controle da sua ingestão de álcool; entretanto essa *Perda-do-Controle* não é vista como organicamente determinada mas sim ligada a fatores psicológicos. (MASUR, 1980, p. 74)

Masur chama atenção para o fato de que as duas perspectivas compartilham da ideia de que o alcoolista desviou-se da curva normal, por questões psicológicas ou biológicas. Em ambos os casos, portanto, a causa do alcoolismo está no sujeito: ou em seus genes, ou em seus traumas e estrutura de personalidade (MASUR, 1980, p. 74).

A autora posiciona a emergência desta controvérsia na década de 1960, e cita um importante estudo realizado em diversos centros de tratamento, que concluiu que: a) a abstinência de longo prazo seria rara, e apenas 17% dos entrevistados sustentava-a por mais de seis meses; b) no entanto, 70% dos entrevistados apresentou melhoras, apesar de não alcançar abstinência; c) os abstêmios apresentaram tantas chances de recaída quanto os pacientes que tentaram beber moderadamente (MASUR, 1980, p. 75).

Jandira sistematiza os pontos de discordância entre as duas perspectivas. Entre os críticos à possibilidade dos alcoolistas beberem moderadamente, diz-se que: a) a experiência pessoal, mais importante que pesquisas, sustenta a impossibilidade; b) se um alcoolista volta a beber, é porque houve erro de diagnóstico e não havia de fato alcoolismo; c) tal perspectiva afronta a ideia do alcoolismo como doença; d) a sugestão mina os esforços de grupos como o AA; e) tal discussão desencoraja a busca de tratamento; f) mesmo que tal realidade exista, ela se materializaria em um grupo muito pequeno de alcoolistas (MASUR, 1980, p. 75).

Do lado dos defensores da possibilidade de beber moderado entre alcoolistas, afirma-se que: a) a afirmação de erro de diagnóstico constitui uma tautologia; b) nunca houve comprovação da tese de predisposição biológica; c) o respeito ao AA não pode bloquear o debate científico; d) a exigência de abstinência pode dificultar a busca por tratamento; e) o abstinente é tão vulnerável à recaída quanto o que bebe moderadamente; f) abstinência não é sinônimo de reabilitação; g) incluir o beber moderado como possibilidade facilitaria a detecção de casos entre pessoas que não se consideram

alcoolistas; h) a ideia de que o tratamento não funciona decorre do fato de só se aceitar uma única forma de sucesso; i) se é verdade que poucos alcoolistas conseguem sustentar o beber moderado, também é verdade que muito poucos sustentam a abstinência (MASUR, 1980, p. 75-76).

A autora segue compartilhando elementos dos debates. Refere um evento organizado nos EUA para discutir a questão, que conclui com as seguintes recomendações: a) a diversidade de formas de tratamento é desejável; b) a abstinência não deve ser considerada a única possibilidade, e as pessoas têm o direito de tentar beber moderadamente; c) a abstinência, no entanto, seguiria sendo o caminho mais seguro; d) a recuperação deve ser entendida de modo mais amplo do que a mera abstinência (MASUR, 1980, p. 76).

> Partindo do pressuposto que qualquer questionamento é saudável, as perspectivas parecem otimistas. Aparentemente, instalou-se o caos. Mas é preferível o caos da dúvida do que a estagnação da certeza. Dentre os progressos que a dúvida já trouxe, está o papel da participação do alcoolista no seu tratamento. Vários autores participam da ideia de que o alcoolista não deve ser considerado como um receptor passivo do tratamento que lhe é designado, mas que, ao contrário, deve ter um papel ativo. (MASUR, 1980, p. 76)

Infelizmente, Jandira Masur não está mais entre nós, tendo falecido em 1990. No entanto, seu nome ainda é uma referência muito viva, tendo aparecido não apenas em minhas pesquisas bibliográficas, como também em algumas das entrevistas que realizei com personagens históricas na constituição de um campo em torno do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Curiosamente, em um cenário tão radicalmente dividido por embates muitas vezes fratricidas, seu nome é lembrado com carinho e respeito por agentes posicionados em todos os espectros. Estivesse viva, certamente teria sido uma das pessoas que eu teria procurado entrevistar.

Oito anos depois deste artigo, um outro evento também foi transcrito e transformado em um livro contendo todas as falas e discussões realizadas. O Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas foi realizado em São Paulo, nos dias 11 e 12 de novembro de 1988, e teve como conferencistas os coordenadores de cada um dos Centros Regionais de Referência (CRR) designados pelo Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN). Voltarei a falar destes centros quando da análise das entrevistas, pois muitos de meus informantes tiveram participação ativa nestes organismos.

O primeiro centro de referência a apresentar seus trabalhos é a Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, em Porto Alegre. A unidade foi dirigida por muitos anos pelo psiquiatra Sérgio de Paula Ramos, importante referência brasileira no que tange ao cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas, sobretudo o álcool. A apresentação, no entanto, coube ao seu colega Ângelo Campana, que inicia afirmando a mudança de realidade vivida no Rio Grande do Sul à época, com aumento do interesse pelo assunto:

> Criaram-se unidades hospitalares especializadas, ambulatórios especializados, entidades que se destinam a combater o alcoolismo e as farmacodependências. Nas jornadas e congressos psiquiátricos o tema do alcoolismo, e também das dependências, foi ocupando um espaço sempre crescente. Diversos programas de alcoolismo foram surgindo e sendo desenvolvidos em diversas empresas. Diversas pesquisas sobre prevalência do alcoolismo foram realizadas em vilas, hospitais e empresas. (CAMPANA *et all*, 1989, p. 1)

O tema do cuidado para pessoas que usam álcool e outras drogas teria ampliado sua presença nos cursos de especialização, fazendo crescer o número de trabalhos de conclusão de curso em torno do assunto. Além disto, também os médicos clínicos e neurologistas teriam aumentado seu interesse no tema, não apenas qualificando suas abordagens de cuidado, como também as produções científicas em suas áreas específicas (CAMPANA *et all*, 1989, p. 1). Cita diversos nomes de referência que já se dedicavam à questão desde o início dos anos 70, e situa as etapas de compreensão pelas quais haviam passado: 1) visão preconceituosa do problema; 2) negação do problema; 3) visão sintomático do problema; 4) visão dogmática do problema; 5) visão atual da síndrome de dependência do álcool e outras drogas (Idem, p. 2).

Campana lembra que estes pioneiros trabalharam por muito tempo de modo isolado, cada qual em seus consultórios e ambulatórios, e que diante da eventual necessidade de internação, "[...] não ficavam satisfeitos com as condições laboratoriais e de atendimento clínico que os hospitais psiquiátricos ofereciam e, menos ainda, com o rechaço que os hospitais clínicos dedicavam aos alcoolistas e demais dependentes" (CAMPANA *et all*, 1989, p. 2). Daí o esforço conjunto para a criação de uma unidade de dependência química em um hospital geral privado, com equipe multiprofissional e toda a estrutura hospitalar necessária a qualquer eventualidade, que foi inaugurada em 1984. Três anos depois, a unidade já recebia profissionais de diversos lugares do Brasil, na condição de estagiários (Idem, p. 3)

Segundo o painelista, a clientela acolhida na unidade teria como principal característica a imensa diversidade de gênero, idade, profissões e usos de drogas. Diante disto, emergiu como "primeiro princípio terapêutico" a ideia de que "[...] cada caso é um caso e como tal deve ser tratado" (CAMPANA *et all*, 1989, p. 9). Mas o objetivo primeiro, "[...] comum a todos, é ajuda-los a parar com o consumo de drogas envolvidas, bem como prevenir o uso de outras até então não experimentadas" (Idem, p. 9).

> Esta percepção leva-nos a justapor às individualidade o fato comum do abuso/dependências de alguma(s) substância(s) alteradora(s) do humor, e, com isso, nos habilitamos a prescrever linhas terapêuticas gerais, comuns ao universo desses pacientes, e outras peculiares a cada pessoa e a cada droga. (CAMPANA *et all*, 1989, p. 9)

Campana descreve alguns detalhes técnicos do tratamento oferecido na unidade, como as etapas de desintoxicação, observação, exames, grupos psicoterápicos, definição de medicação de suporte e intervenções familiares. Quando a alta era definida, a continuidade do tratamento era incentivada por meio de psicoterapia de manutenção, realizada nos consultórios dos próprios profissionais que compunham a equipe multiprofissional, bem como profissionais indicados em outras cidades do país (CAMPANA *et all*, 1989, p. 10-11).

> Nos programas psicoterápicos sugeridos, individuais ou grupais, para o paciente e o familiar, os objetivos terapêuticos ampliam-se. Enquanto no hospital o importante é motivar o paciente para a abstinência, agora, além de mantê-la, nossa preocupação abrange a melhoria da qualidade de vida, readaptação a uma vida sem drogas, reelaboração e mudança de papéis, com o consequente aumento de gratificação. (CAMPANA *et all*, 1989, p. 11)

Nos debates, é possível encontrar questionamentos feitos por técnicos de outros centros de referência. Campana, por exemplo, tem a oportunidade de falar sobre o uso de medicações durante o período de internação, afirmando ser uma prática utilizada apenas quando estritamente necessário, para que não se estabeleça a troca de uma dependência por outra (CAMPANA *et all*, 1989, p. 13). Discute-se o confronto, técnica controversa que seria utilizada apenas em alguns casos, quando um paciente é confrontado pelos demais, por vezes de modo bastante duro (Idem, p. 15). Por fim, Richard Bucher, do CORDATO (DF), elogia a instalação em um hospital geral (e não em um centro psiquiátrico), e questiona os critério de diagnóstico, que seriam diferentes para álcool (síndrome de abstinência) e as demais drogas, que seriam "[...] baseados na subjetividade, na experiência de quem atende o paciente" (Ibidem, p. 16).

O segundo centro a falar é o Eulâmpio Cordeiro, de Recife, cujas atividades teriam iniciado pela realização de rodas de conversa com lideranças comunitárias e representantes de instituições religiosas e de ensino vizinhas ao centro, situado em um bairro eminentemente residencial. Com isto, foi possível superar o medo e o preconceito, avançando a um ponto em que a vizinhança, inicialmente contrária à instalação do serviço, passou a apoiar a inciativa (ALBUQUERQUE *et all*, 1989¸ p. 17).

Esta aproximação inicial permitiu ao centro o desenvolvimento de atividades preventivas junto às escolas da região, com cursos para educadores, numa perspectiva de promoção de saúde. Além disto, a equipe também oferecia supervisão e capacitação para trabalhadores da FEBEM e do sistema penitenciário de Pernambuco, desde sua fundação, em 1986 (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 18).

José Francisco explica que nos primeiros seis meses de funcionamento, o serviço funcionou apenas um turno, como "[...] forma dos profissionais vivenciarem a experiência conjuntamente", já que todos estariam "[...] partindo para um trabalho numa área considerada difícil, cheia de controvérsias" (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 19). Além disto, havia entre os trabalhadores "[...] o compromisso de reformular o plano de assistência, tantas vezes fossem necessárias para uma adaptação à clientela atendida" (Idem, p. 19).

Descreve alguns pontos estruturantes do modelo de atenção oferecido, como a gratuidade, a voluntariedade dos pacientes, e o respeito ao sigilo. Qualquer pessoa poderia acessar o serviço, bastando para tanto o agendamento prévio. Depois deste acolhimento inicial, os usuários passariam por uma triagem, que consistiria em uma ou duas entrevistas, para avaliar as necessidades de cada caso, o que poderia resultar no estabelecimento de parcerias com outras unidades de saúde, em função de alguma demanda específica. Após a triagem, a equipe decidiria a modalidade de atendimento: psicoterapia pontual para os casos menos graves, ou frequência diária com permanência de turno integral, nos casos mais graves (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 19-20).

O atendimento no Centro Eulâmpio Cordeiro consistia em: a) psicoterapia de base psicanalítica; b) terapia ocupacional; c) educação física; d) assistência clínica, especialmente para as pessoas que usam drogas injetáveis; e) grupos operativos, fundamental para o cotidiano da instituição, com elaboração de normas e discussão sobre as violações; f) atendimento às famílias (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 20-21).

Nos debates, Elisaldo Carlini pergunta sobre o prédio em foi organizado o centro, uma casa grande e confortável, com piscina e outras comodidades. Albuquerque explica que esta foi uma questão importante, já que grande parte da clientela seria constituída por pessoas de baixa renda. Isto justificaria a escolha de um prédio mais simples? A questão permite que o painelista compartilhe algo que julga relevante: o fato de que esta seria a primeira vez que o serviço público pernambucano receberia em sua clientela pessoas de todas as classes sociais (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 25). Um participante não identificado questiona não se ter falado sobre álcool, ao que o painelista responde que, de fato, o centro não atenderia a esta demanda, pois já haveria em Recife outros serviços públicos voltados a esta especialidade. Havia, portanto, uma clara divisão entre as pessoas que usam álcool e as que usam outras drogas, sendo que apenas estas últimas seriam atendidas (ALBUQUERQUE *et all*, 1989, p. 26).

O terceiro painel ficou a cargo dos anfitriões. Trata-se de uma contribuição que destoa de todas as demais, já que o CEBRID nunca foi um serviço voltado ao tratamento de pessoas que usam álcool e outras drogas, mas sim um centro de pesquisas. Jandira Masur e José Carlos Galduróz, então, apresentam uma pesquisa que teve por objetivo levantar as razões que fazem com que as pessoas decidam ou consigam abandonar o uso de drogas. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de caráter qualitativo, com entrevistas em profundidade junto a um pequeno grupo de pessoas que usam álcool e outras drogas. Dentre as motivações apresentadas pelos entrevistados, estão: preocupação com a saúde; relações afetivas; religiosidade; perda da importância da droga; cansaço com o estilo de vida associado; o uso de drogas passou a trazer mais problemas que satisfação; incompatibilidade com a vida profissional. Na maioria dos casos, o processo de abandono da droga foi gradual, e nenhum dos entrevistados submeteu-se a qualquer forma de tratamento (MASUR & GALDURÓZ, 1989, p. 27-29).

Nos debates, a primeira questão gira em torno do conceito de dependência química. Existiria de fato algo como uma predisposição? Um participante observa que todos os entrevistados teriam abandonado as drogas no momento em que ingressaram na idade adulta. Jandira celebra a questão, afirmando que o tema a vinha interessando muito, mas que não se sentia à vontade para exprimir qualquer opinião (MASUR & GALDURÓZ, 1989, p. 32). Nikodem Edler, do Conselho Estadual de Entorpecentes do Rio de Janeiro (CONEN/RJ), afirma que a pesquisa indicaria a necessidade de investir menos em psiquiatria, e mais em atividades educativas, e chama atenção para o fato de

que muitos apontaram a conversão religiosa como saída. Masur concorda, mas afirma que também houve questões outras, inclusive os que não abandonaram totalmente o uso, tornando-se usuários moderados (Idem, p. 33). Haveria, por exemplo, os casos em que o usuário "saturou", "descurtiu", "chateou-se" com a droga, e por isto terminou por deixá-la. Martha Craig, convidada internacional, aponta para o que haveria de revolucionário na forma de colocar a questão, pois poderia determinar toda uma nova forma de avaliar o sucesso ou fracasso de uma abordagem, já que a abstinência ou a permanência no tratamento não seria o fator central na análise, ao que Jandira responde que nem todo usuário de drogas se considera um dependente (Ibidem, p. 34).

Miguel Jorge, também do CONEN/RJ, compartilha inquietações que teriam sido corroboradas pela pesquisa, no que tange ao acerto da ideia de "tratamento" para o uso de drogas. Seria mesmo no campo da saúde, da medicina, da psiquiatria, que estas abordagens de cuidado deveriam situar-se? Reclama a falta de profissionais de áreas como sociologia e antropologia, que poderiam oferecer contribuições diferenciadas à compreensão do problema (MASUR & GALDURÓZ, 1989, p. 35). Por fim, Antonio Nery lembra a realização de trabalhos alternativos ao modelo biomédico, e cita o exemplo da terapia comunitária desenvolvida pelo psiquiatra Adalberto Barreto, em Fortaleza. Menciona também as contribuições do antropólogo Edward McRae, que teria estudado usuários que, mesmo com um uso pesado de maconha, se manteriam integrados socialmente (Idem, p. 37).

O quarto centro de referência a manifestar-se foi o CETAD, da Bahia, que externa logo de saída sua opção teórica pela psicanálise, o que resultaria no fato de que todos os psicoterapeutas estariam "[...] engajados num processos analítico ou psicoterápico, caso não o tenham concluído" (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 39). A seguir, resgata-se a história do centro, que teria suas raízes em um evento realizado na Faculdade de Medicina da UFBA em 1983, do qual teria emergido o consenso de que "[...] a questão das drogas, na Bahia, era vista de uma perspectiva exclusivamente psiquiátrica, sem considerar aspectos de ordem social, econômica, cultural, etc." (Idem, p. 40). Foi também decidida a necessidade de contatos mais próximos com instituições internacionais de excelência no campo, recaindo a escolha sobre o Centro Marmottan, dirigido por Claude Olievenstein, ao qual voltarei no momento adequado. O centro propriamente dito foi criado em 1985, e tinha como eixos de atuação a clínica-preventiva, o estudo-pesquisa e o ensino (Ibidem, p. 40).

Algo digno de nota é a decisão tomada pelos organizadores do centro, no sentido de se afastarem com campo da saúde mental. A apresentação não oferece maiores detalhes a respeito desta decisão, a não ser o fato anteriormente citado de que havia uma crítica à abordagem meramente centrada na psiquiatria. Optou-se então pela consolidação do serviço em um centro social urbano, equipamento vinculado à política de assistência social, que oferecia à comunidade atividades de lazer, esporte e cultura (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 40).

Chama atenção o fato de que se repetem os três elementos centrais declinados pelo Eulâmpio Cordeiro, de Recife: busca espontânea, anonimato e gratuidade (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 41). Além destes princípios gerais, haveria ainda algumas características com respeito à abordagem cotidiana: o acolhimento, realizado por qualquer trabalhador da equipe, e que marca o momento em que o usuário busca o serviço pela primeira vez, presencialmente ou por telefone, "[...] na instantaneidade do encontro, como aliás também ocorre na relação com a droga" (Idem, p. 42); a avaliação, realizada num segundo momento e com hora marcada, momento em que as primeiras decisões de tratamento são tomadas; o tratamento propriamente dito, de orientação psicanalítica, marcado pelas consultas individuais com cerca de 40 minutos e frequência variável de acordo com cada caso. O uso de medicações, não banalizado, é deixado apenas para os casos estritamente necessários, e o encaminhamento para exames complementares é feito sobretudo nos casos de uso de drogas injetáveis (Ibidem, p. 42).

Haveria ainda todo um trabalho voltado especificamente à família dos usuários, de modo a acolher suas angústias, além de orientá-la da melhor forma possível, minimizando medos, preconceito e desinformação. Além dos atendimentos focados em cada núcleo familiar, haveria ainda atividades de grupo, permitindo o encontro com familiares de outras pessoas que usam drogas. De modo análogo aos procedimentos com os usuários, também as famílias são alvo do acolhimento, entrevista, atividades de grupo e psicoterapia individual ou de família (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 43).

Há também uma descrição do trabalho de terapia ocupacional, também orientado pela psicanálise, constituindo-se portanto em uma "[...] técnica psicoterápica onde a linguagem é a ação" (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 44). Tal abordagem, alicerçada neste referencial teórico, permitiria observar a droga como "objeto totalitário", uma "[...] resposta monstruosa a uma falta monstruosa", que "[...] destrói o funcionamento de um sistema, pois o substitui totalmente" (Idem, p. 44).

Com respeito à avaliação do trabalho, Antonio Nery enfatiza que a clínica das toxicomanias possui dificuldades específicas, seja pelo envolvimento permanente de aspectos legais, seja pela inconstância e irregularidade da relação dos usuários com o tratamento. Quanto a isto, a equipe teria compreendido que o desaparecimento de um paciente não corresponderia necessariamente a uma ruptura de vínculos com o serviço, pois seria "[...] comum dois ou três meses sem qualquer notícia, ocorrendo retorno repentino como se a última entrevista houvesse ocorrido ontem" (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 45). Tal retorno deve ser significado como uma possibilidade, e não uma certeza, sendo necessária uma postura radicalmente acolhedora. Diante disto, o não comparecimento por quatro seções seria entendido como uma interrupção, e apenas depois de seis meses de ausência, um abandono. Nery explica que "[...] esses critério diferem muito da prática médica; entretanto, os toxicômanos estão longe de serem clientes comuns" (Idem, p. 45).

Aberto o debate, Nery afirma que estaria começando a ter coragem de afirmar que "[...] nem todo consumidor de drogas é um doente" (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 61). Além disto, discorda da existência de uma "epidemia de drogas", pois o problema seria muito menor em escala do que se poderia depreender da abordagem midiática. E faz uma crítica severa aos tratamentos historicamente constituídos:

> Há um outro elemento aí: durante muitos anos, o tratamento que se ofereceu foi desastroso, nitidamente hospitalar, farmacologicamente pesado. Posso dar o testemunho de que na Bahia ainda há psiquiatras que tratam o consumidor de maconha com neurolépticos e dizem à família que se ele tiver alguma reação neurodisléptica é por causa da maconha. É claro que isso também acontece no Rio de Janeiro, São Paulo, etc. As pessoas, então, têm medo de buscar tratamento. Os nossos centros têm três, quatro anos de trabalho, contra uma história de 30 anos daquele tipo de tratamento e as pessoas ainda nos olham de longe, indagando-se sobre que centros serão esses. Temos precisado ganhar a confiança das pessoas e os dados mostram que há um progressivo aumento da demanda, o que eu interpreto como um progressivo aumento de confiança nos serviços. (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 61)

Sérgio de Paula Ramos questiona a opção de alguns serviços, como o CETAD, em atender apenas a pessoas que usam drogas ilegais. Não seria esta opção um reforço ao jogo midiático e governamental, que faria uma clara separação entre tais substâncias? Nery explica que o CETAD também acolheria pessoas que usam drogas legais, como inalantes e psicotrópicos, deixando de lado apenas os alcoolistas, porque tais pacientes demandariam um arsenal hospitalar para desintoxicação, algo de que o serviço não

dispunha. Além do mais, considera que já existiriam, na Bahia, diversos serviços com capacidade e conhecimento para tratar de problemas relativos ao uso de álcool, e que o CETAD viria preencher um vazio com respeito às outras drogas. Ao final, critica a utopia de uma sociedade livre das drogas (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 62). E conclui com algumas palavras que aprecem expressar o sentimento vivido pelos profissionais destes centros regionais de referência, à época:

> Há pouco tempo rediscutimos esta questão do acolhimento e tratamos de uma série enorme de detalhes, tais como manter a porta aberta ou fechada, sentar ou não, os temores que temos – e por aí temos encontrado o caminho. Temos todos a consciência clara de que tudo está sendo jogado nesse primeiro momento. (ALVES FILHO *et all*, 1989, p. 64)

Depois do CETAD, a palavra é passada ao Centro de Prevenção e Tratamento de Dependentes de Drogas, vinculado ao Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina. Daí nascerá, inicialmente como um projeto, o PROAD (Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes), dirigido pelo professor Dartiu Xavier da Silveira, que inicia sua apresentação compartilhando sua visão a respeito do estado da arte do atendimento em saúde dirigido a pessoas que usam drogas em nível mundial:

> A estrutura da assistência aos dependentes tem se modificado em função do estabelecimento da distinção entre consumidores e dependentes propriamente ditos. Tal distinção traduz a evolução da experiência mundial podendo ser apreciada nos trabalhos científicos relativos ao tratamento e prevenção, nos pareceres dos comitês de peritos da OMS, na revisão dos códigos penais, nos projetos educacionais, etc. (SILVEIRA, 1989, p. 65)

O painelista segue sua exposição afirmando que o dependente necessita "[...] de um volume de recursos que ultrapassa a organização habitual dos serviços psiquiátricos" (SILVEIRA, 1989, p. 65), incapazes de oferecer a estrutura de emergência e o suporte clínico disponível em um hospital geral. Nos países desenvolvidos, o modelo estaria se constituindo em torno da ideia de uma abordagem em ambiente hospitalar na etapa de desintoxicação, seguida de atendimento em serviços ambulatoriais e de reinserção social (Idem, p. 65). No Brasil, entretanto, o enfoque com base na psiquiatria tradicional ainda seria à tônica à época, resultando em baixa adesão inicial, ineficiência, e institucionalização no longo prazo (Ibidem, p. 66). Além disto, estariam se tornando cada vez mais comuns as CT's de orientação religiosa, que "[...] via de regra, constituem modernos asilos de toxicômanos que passam a merecer indevida credibilidade pública e por vezes toda sorte de favores oficiais" (Ibidem, p. 66).

O PROAD foi concebido em 1987, mas suas atividades teriam se iniciado de fato em 1988 (no mesmo ano, portanto, em que o evento aqui descrito se realizou). Mesmo com uma equipe reduzida e constituída em mais de 50% por profissionais voluntários, o projeto conseguia sustentar quatro setores: 1) um ambulatório com triagem, consultas individuais, psicoterapia e atendimento às famílias; 2) um setor de urgências psiquiátricas em um hospital geral; 3) um setor de interconsultas, em que profissionais qualificados ofereceriam supervisão para outras equipes, diante de casos de pacientes usuários de drogas; 4) um setor de pesquisa (SILVEIRA, 1989, p. 66-67).

Dartiu discorre sobre as controvérsias em torno dos critérios e métodos de avaliação utilizados no trabalho com pessoas que usam drogas: na maioria dos casos, a abstinência total seria a régua, mas haveria quem focasse na diminuição das recaídas e da quantidade de droga utilizada como sucesso parcial, e outros que levariam em consideração aspectos mais amplos, como melhoria da qualidade de vida, readequação profissional, retomada da vida afetiva, e busca por escolarização, dentre outros (SILVEIRA, 1989, p. 68).

No debate entre pares, Dartiu é questionado por Antonio Nery quanto às vicissitudes do atendimento junto a uma unidade hospitalar, respondendo que esta teria sido uma questão importante no início das atividades: se por um lado haveria todo um suporte técnico importante, por outro seria necessário lidar com a dureza, burocracia e baixo acolhimento. Frente a tais questões, o painelista confessa orientar "[...] o drogado no sentido de ele 'furar' o esquema burocrático quando isto se torna necessário" (SILVEIRA, 1989, p. 70). Ao que parece, a transgressão, que para muitos estudiosos do assunto compõe a sintomatologia dos toxicômanos (portanto, algo a ser observado, compreendido e enfraquecido), no âmbito do PROAD seria vista de modo bastante diferente, como uma força, uma potência a ser problematizada e dirigida.

A orientação teórica do serviço seria a perspectiva psicodinâmica, com foco no desenvolvimento, e menos em dimensões biológicas ou estruturais. Os psicoterapeutas não teriam uma posição de neutralidade como se verifica, por exemplo, na psicanálise clássica, objetivando "[...] uma compreensão dinâmica do funcionamento daquela personalidade, do papel que a droga desempenha na vida daquela pessoa, trabalhando de uma forma que é como se a droga não fosse importante" (SILVEIRA, 1989, p. 71). O uso abusivo emerge como sintoma, que permitiria abordar questões outras. Questionado frontalmente por um participante não identificado sobre a abordagem, Dartiu responde:

> Quando você fez a pergunta, usou o termo "psicanalítico". Eu havia feito questão de frisar que não é psicanalítico, embora penso que seja analítico no sentido, poderia dizer-se, junguiano. Respondi, anteriormente, que considero importante, sobretudo em termos de visão psicodinâmica, a maneira de o terapeuta entender a situação. Não me refiro a restringir o "setting" a algo rígido, através desse trabalho. Penso que é um espaço aberto onde muita coisa pode acontecer. Nesse sentido, o que será trabalhado psicodinamicamente será a forma de ler o que está acontecendo ali, e de compreender a personalidade de quem está manifestando alguma coisa. (SILVEIRA, 1989, p. 72)

Na sequência, Sérgio de Paula Ramos traz à tona uma controvérsia importante, com respeito ao que parece ser uma apropriação de um conhecido preceito basagliano para o trabalho com pessoas que usam álcool e outras drogas. Franco Basaglia, psiquiatra italiano que tornou-se referência do movimento antimanicomial, dizia que a tradição da psiquiatria sempre foi colocar o homem entre parênteses, preocupando-se apenas com a doença (BASAGLIA, 1985, p. 29). O comentário a que me refiro, entretanto, constitui uma crítica a tal perspectiva, ao afirmar que a relação com a substância deveria, sim, constituir-se no elemento central em qualquer avaliação sobre uma determinada abordagem em saúde dirigida a pessoas que usam álcool e outras drogas. Para Sérgio de Paula Ramos, o trabalho psicoterápico com toxicômanos deveria ter a droga como elemento central, e apenas depois de superados os problemas com o uso abusivo é que se poderia avançar na direção do trabalho analítico, para além das questões com a droga. A questão fica sem resposta, constituindo debate vivo, ainda hoje.

O sexto centro regional de referência a apresentar seus trabalhos é o NEPAD, ligado à Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Sua coordenadora, Maria Thereza Aquino, explica que o núcleo organiza suas ações em três níveis, mais um serviço de epidemiologia e estatística médica, e inicia descrevendo as atividades vinculadas à atenção primária: atividades de formação dirigidas a trabalhadores da educação; atendimento dirigido a crianças e adolescentes em situação de rua, em conjunto com educadores sociais; produção de materiais didáticos; prevenção da Aids junto a pessoas que usam drogas injetáveis (AQUINO, 1989, p. 77).

No âmbito da atenção secundária, situam-se as atividades de tratamento com vistas à superação do uso abusivo de drogas, em si: psicoterapia individual, em grupo, de casal e de famílias; atividades de relaxamento, esporte e artes; internação em serviço de psiquiatria no hospital geral da própria universidade; enfermaria no mesmo hospital; pesquisas farmacológicas em busca de novas abordagens medicamentosas de suporte ao

tratamento da dependência química; plantão de acolhimento e escuta para usuários e familiares, na sede do núcleo. A orientação teórica do serviço seria a psicanálise lacaniana, ainda que uma abordagem tradicional seja considerada inadequada para o trabalho com toxicômanos, "[...] sendo necessárias as devidas transposições, que vêm sendo continuamente questionadas e discutidas pela equipe em sua reunião clínica, que ocorre uma vez por semana" (AQUINO, 1989, p. 81-82). O NEPAD reunia psiquiatras, psicólogos, enfermeiros e assistentes sociais, que se esforçavam no sentido de "[...] manter ao máximo mensagens inequívocas (Idem, p. 82).

No nível terciário, estariam as ações de reinserção social, com oficinas de carpintaria, serigrafia, informática e câmera-man. Tais atividades de qualificação profissional (estendidas também aos familiares) seriam uma resposta ao dado de que metade dos usuários do NEPAD (em sua maioria jovens adultos) estaria fora do mercado formal de trabalho (AQUINO, 1989, p. 82).

Por fim, o serviço de epidemiologia e estatística estaria voltado à produção, sistematização e divulgação dos dados referentes ao próprio núcleo. Deste modo, foi possível reconhecer o perfil dos usuários do NEPAD, bem como mensurar sua adesão às atividades realizadas, bem como seus impactos na diminuição ou abandono do uso de drogas (AQUINO, 1989, p. 82-87).

Os debates iniciam com Richard Bucher questionando o silêncio em torno do prazer, que até aquele momento estaria totalmente ausente dos debates, mesmo com tantos serviços de orientação psicanalítica. Bucher ainda aproveita para externar sua discordância com Sérgio de Paula Ramos, quando este disse que a diminuição do consumo seria quesito obrigatório na avaliação de uma abordagem dirigida a pessoas que usam drogas; para o psicanalista suíço, questões como marginalidade, princípio do prazer e pulsão de morte também teriam traços muito específicos nos toxicômanos. Um participante não identificado toma a palavra e completa, admitindo estar assustado com os números apresentados por centros, todos indicando um nível de eficácia muito baixo. A questão é respondida por membro não identificado do NEPAD, que chama atenção para o rigor dos critérios de avaliação de sucesso empregados nas pesquisas do núcleo. Montezuma Ferreira, da Faculdade de Medicina da USP, chama atenção para a baixa adesão dos usuários às atividades de psicoterapia, e questiona a abordagem psicanalítica, ouvindo de um membro não identificado do NEPAD, novamente, que isto se deveria a opções metodológicas na coleta de dados (AQUINO, 1989, p. 94-95).

Chega o momento em que o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos de Brasília (CORDATO) é chamado à fala. Richard Bucher explica que a ideia nasceu durante um estágio no Centro Marmottan, dirigido por Claude Olievenstein, em Paris, e partiria do pressuposto de que o uso problemático de drogas seria uma reação "[...] à desumanização crescente do convívio nas sociedades modernas", e exigiria "[...] uma resposta social e clínica à altura de sua complexidade" (BUCHER, 1989, p. 99). Compartilha as agruras com respeito ao financiamento das ações, sempre ineficientes, insuficientes e inseguros, que colocariam em risco a própria permanência do centro (Idem, p. 99).

A equipe multiprofissional, composta por psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e pedagogos, desenvolveria atividades de atendimento a usuários e familiares, cursos e palestras, investigação de novas abordagens psicoterápicas, articulação de uma rede de serviços em Brasília, criação de "programas pós-cura" e formação de profissionais para o trabalho com toxicômanos. Haveria ainda o desejo de criar sucursais do CORDATO em algumas cidades-satélites do Distrito Federal, a organização de um hospital-dia, uma unidade de internação e uma CT, além de um projeto de prevenção dirigido à Cinelândia (BUCHER, 1989, p. 101).

Um dos diferenciais do CORDATO, na comparação com os demais centros regionais de referência, seria a ênfase em torno das ações de prevenção, inclusive no que tange à reflexão teórica em torno de tais práticas. Para tanto, o centro constituiu uma equipe psicopedagógica, preocupada não apenas com a mera transmissão de informações, mas com a "[...] tentativa de promover um relacionamento mais humano, envolvendo os sentimentos, interesses e motivações dos indivíduos, bem como suas experiências anteriores e suas expectativas quanto ao futuro" (BUCHER, 1989, p. 102). Para tanto, seria preciso "[...] desfazer-se da ideia de que o problema da toxicomania está só na droga, sem cair, contudo, no extremo oposto, esquecendo-se de que são seus efeitos que são procurados e desejados" (Idem, p. 102).

> De fato o ser humano caracteriza-se por uma eterna e constante tentativa de mudar tanto seu ambiente quanto a si próprio. Uma das formas mais antigas de produzir tais alterações é através do uso de drogas. Hoje, contudo, deparamo-nos com um consumo de drogas desordenado e desvinculado da cultura, caracterizando-se mais pela transgressão e pela contestação ao modelo social vigente, carregando consigo milhares de jovens para a marginalização. É esta que se tenta prevenir. (BUCHER,1989, p. 102)

Com respeito ao tratamento, Bucher explica que este se materializa no atendimento de pessoas que usam drogas e seus familiares. Diante do eventual desinteresse dos usuários, o CORDATO sustentaria atividades apenas com as famílias, tanto para acolher suas angústias como para orientar as melhores formas de se lidar com o problema (BUCHER, 1989, p. 105). Diferente seria, no entanto, o trabalho dirigido àqueles toxicômanos que buscariam o centro por livre e espontânea vontade, aos quais se recomendaria o envolvimento familiar no processo, sem que isto se configurasse em uma exigência (Idem, p. 106). Quanto a linha teórica, francamente inspirada em Olievenstein, Bucher comenta:

> Em linhas gerais, tomada a droga como referência sintomática, o processo terapêutico bem sucedido deveria levar o sujeito a ultrapassar o discurso da droga para entrar no processo de sua própria história. Na fase dita de desintoxicação, quando indicado, propõe-se que transcorra em ambiente hospitalar num período curto, durante o qual o sujeito se beneficiaria de uma intervenção inicialmente médico/farmacológica, visando ajudá-lo a viver a abstinência da droga com o mínimo de sofrimento. Sabe-se que o momento da abstinência tem várias significações para o drogado, dentre elas a grande desilusão com um objeto que outrora foi investido de expectativas mágicas. Desfeita a magia, passado o flash da paixão, resta ao sujeito a fantasia de um corpo em agonia, a mercê de sentimentos de fragilidade e de desamparo. Nesse contexto de vazio e de falta joga-se o destino de uma futura reformulação e de uma possível mudança. (BUCHER, 1989, p. 111)

Para Bucher, este seria o momento por excelência para a construção de vínculos entre terapeuta e toxicômano. Não obstante, a carência de uma unidade de desintoxicação em ambiente hospitalar não permitiria ao CORDATO viver este processo em todo seu potencial. No trabalho meramente ambulatorial, os usuários muitas vezes não vão além de uma primeira visita, e ainda que o serviço afirme sua plena disponibilidade, esta nem sempre é capaz de atender às demandas objetivas e subjetivas emergentes no encontro clínico. Contribuiria para isto a transgressão, única forma de questionamento da lei entre os jovens que usam drogas, com suas "[...] condutas de oposição e de rebeldia, dificuldades de adaptação ao meio social, tendência ao risco e à frequentação de grupos marginais" (BUCHER, 1989, p. 111-112). Vista dessa maneira, a transgressão não passaria de uma busca por limites, resultando na indicação da convivência diária entre pares no centro de convivência como abordagem que incentivaria o vínculo entre pacientes, terapeutas e instituição, permitindo iniciar o trabalho clínico propriamente dito (Idem, p. 112-113).

Na discussão sobre métodos avaliação, o painelista retoma a polêmica em torno dos critérios para mensuração. O que poderia ser considerado como recuperação? Bucher prefere focar-se nos problemas da adesão e da desistência, por considerá-los centrais, assim como a elaboração teórica que sustentaria os rumos gerais do serviço, aprendendo com as falhas e redirecionando caminhos. A ênfase na eficácia, sem a devida problematização teórico-conceitual, poderia resultar em um "[...] novo discurso moralizante [...] prolongando dessa forma, simplesmente, o antigo discurso repressivo e suas práticas agressivas ou cegas" (BUCHER, 1989, p. 113-114).

Nos debates, Luiz Villano, do NEPAD, questiona a dita ênfase nos saberes sociológicos, antropológicos e históricos a respeito das drogas, quando da realização de algumas das atividades preventivas do CORDATO. Isto poderia implicar em risco de glamourização, ou, por outro lado, na crítica à apropriação capitalista das drogas como bens de consumo. Richard Bucher reafirma a opção do centro pela psicanálise, e sua consequente visão da toxicomania como sintoma, o que dirigiria o foco não para o uso de drogas em si, mas para "[...] as razões dos conflitos – seja consigo mesmo, com a sociedade, com a família - que suscitam aquele sintoma" (BUCHER, 1989, p. 116).

Nikodem Edler, do CONEN/RJ, questiona mais dura e frontalmente a opção pela psicanálise, não apenas do CORDATO, como também de outros centros, sobretudo em função da baixa adesão e continuidade da parte dos toxicômanos. Bucher defende-se dizendo que a psicanálise seria, para o centro, "[...] uma concepção geral de trabalho, o que não quer dizer que estamos fazendo psicanálise" (BUCHER, 1989, p. 117). Afinal o centro teria atividades outras, como psicodrama, centro de convivência, bioenergética, a abordagem pedagógica... Por outro lado, recorda a pesquisa de Jandira Masur, e levanta a possibilidade de que pelo menos alguns destes usuários não aderentes pudessem ter melhorado sua condição depois de umas poucas idas ao centro (Idem, p. 118).

O oitavo centro regional de referência a fazer uso da palavra foi o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT), de Belo Horizonte. Seu porta-voz, Walter Mundin, inicia lembrando que a década de 1980 teria presenciado o surgimento de "[...] clínicas e instituições exclusivamente dedicadas à questão da toxicomania, por uma exigência referente não só aos novos discursos da ciência, mas também à teoria e técnicas terapêuticas" (MUNDIM *et all*, 1989, p. 121). Neste contexto surgiu o CMT, voltado ao tratamento, prevenção, ensino e pesquisa, em articulação com hospitais gerais e psiquiátricos, e unidades de pronto socorro (Idem, p. 121).

A história do CMT remonta 1976, com a criação de um serviço de recuperação vinculado à Divisão de Tóxicos e Entorpecentes da Secretaria Estadual de Segurança Pública de Minas Gerais. A partir de 1983, uma mudança no discurso institucional passaria a afirmar que "[...] os toxicômanos não são delinquentes e, sim, pessoas que requerem um tratamento médico e psicológico" (MUNDIM *et all*, 1989, p. 122). Buscando solidificar este novo olhar, o núcleo busca apoio junto a Claude Olievenstein, que vai algumas vezes a Belo Horizonte, compartilhando sua visão acerca do tema. Para Olievenstein, seria importante diferenciar o usuário recreativo de drogas do toxicômano, que seria "[...] aquele que chegou ao estágio de rompimento dos equilíbrios profissional, sexual e social" (Idem, p. 123).

O trabalho, realizado dentro das instalações de um hospital geral, encontrava dificuldade para se desenvolver, por não oferecer boas condições de acolhimento ao usuário, que terminava "[...] calado, à toa, totalmente sem lugar numa luta desesperada para evitar a reintoxicação" (MUNDIM *et all*, 1989, p. 123). Os técnicos confiavam no potencial do trabalho, mas percebiam que "[...] não bastavam as intervenções, interpretações, um trabalho exclusivamente no campo do inconsciente", mostrando ser "[...] impossível, num primeiro momento, uma psicanálise de toxicômano" (Idem, p. 123). Estavam dadas as condições para o surgimento do CMT.

O serviço deixa o hospital e se instala em uma ampla casa, com quadra de esportes, quintal com horta e galinheiro e uma sala para oficina de artesanato. Num esquema do tipo "hospital-dia", os usuários passavam todo o dia no centro, envolvidos em múltiplas atividades de caráter terapêutico. Mundim apresenta as questões que mobilizavam a reflexão da equipe, neste período: a existência ou não de uma estrutura de personalidade particular ao toxicômano (posição de Olievenstein); o estabelecimento de regras de funcionamento, critério de admissão, rol de atividades e definição de horários; o lugar do hospital-dia na vida dos sujeitos ali admitidos (MUNDIM *et all*, 1989, p. 123-124). Decide-se, como ponto de partida, vedar a entrada de drogas na instituição. Não obstante, a percepção de que os usuários substituíam suas drogas de preferência por outras em determinadas situações permite à equipe a adoção de um novo pressuposto, "[...] não de que a droga faz o toxicômano, mas o contrário: o toxicômano faz a droga" (Idem, p. 124). E este momento marca a busca por novas orientações teórico-metodológicas, reforçando a aproximação do centro com a psicanálise de orientação lacaniana:

> Enquanto instituição para tratamento de toxicômanos e a partir dos constantes questionamentos, concordamos com Hugo Freda quando ele diz que a instituição não é nem mais nem menos que um significante na história do toxicômano, a partir do qual ele tentará dar sentido a este ato que o levou a entrar no registro do discurso institucional que ele escolheu. Esta escolha não deve ser interpretada no sentido de uma boa consciência de que quer se separar do mau objeto, da droga, mas como uma tentativa de dar sentido a essa repetição onde a droga preenche de significação a vida e um sujeito, para mascarar a produção que conduziu à aparição do objeto mesmo. (MUNDIM *et all*, 1989, p. 124)

Hugo Freda, psicanalista argentino com carreira construída em Paris¸ onde foi diretor de três instituições de tratamento e prevenção da toxicomania, tornou-se a referência técnica e teórica para o CMT, participando de jornadas e seminários, além de contribuir diretamente com supervisões e fomento a ação reflexiva da equipe multiprofissional. Deste empreendimento, fortaleceu-se no grupo a opção pela psicanálise lacaniana, não apenas como lente interpretativa, mas também como orientação metodológica. Resulta daí a ruptura com a perspectiva de Olievenstein quanto à existência de uma estrutura toxicômana. Seria preciso analisar cada caso para compreender o lugar da droga na vida de cada sujeito (MUNDIM *et all*, 1989, p. 124-125). Não obstante, alguns elementos parecem escapar à psicanálise estruturalista:

> Parece fundamental a escuta para além dos significantes, lá onde o sujeito entra em atos e desconhece a palavra. Atos de transgressão à Lei, de impingir alguma forma de sofrimento ao próprio corpo, de dificultação do tratamento. O analista, então, economiza as palavras e lança mão de um ato – de outra natureza diferente que a do analisando – de modo que o sujeito apareça. Isso se dá no momento em que ele pode perder alguma coisa da ordem do gozo e se dispor ao trabalho, no sentido de um penoso trabalho com o ponto nodal de sua estrutura. (MUNDIM *et all*, 1989, p. 125)

Mundim admite que o CMT descartou, propositalmente, tanto o discurso médico (por preocupar-se excessivamente com a desintoxicação do organismo) quanto o discurso jurídico (por posicionar o usuário na condição de criminoso ao qual se deve reprimir). Optou-se, portanto, "[...] por uma abordagem que, ao invés de focar a droga, trata do sujeito em primeiro plano" (MUNDIM *et all*, 1989, p. 125). Neste sentido, além do hospital-dia, o CMT também oferecia abordagem ambulatorial e atendimento as famílias (Idem, p. 126).

A direção do tratamento escaparia ao mero atendimento das demandas da família, ou mesmo do próprio usuário, passando pela problematização de tais solicitações. O objetivo passaria longe de uma mera "[...] adequação ao comportamento vigente de

modo que o prazer do sujeito possa ser regulado pelo aparto de controle familiar, escolar, institucional...” (MUNDIM *et all*, 1989, p. 129). Essa busca por adaptar-se ao Bem platônico seria, muitas vezes, a própria pedra na qual o toxicômano tropeça.

Nos debates, emerge uma questão bastante polêmica: Luiz Villano, do NEPAD, questiona a exclusão do discurso médico no âmbito do cuidado dedicado pelo CMT aos toxicômanos. Diz entender que isto se deve ao modo hegemônico da medicina biomédica e medicalizante, focada apenas no sintoma, mas preocupa-se com a instauração de uma nova dominação, agora pelo discurso psicanalítico, pouco disposto a acolher quaisquer demandas que não passem pela psicoterapia. Mundim retifica sua fala, afirmando que não há uma exclusão absoluta da discursividade médica no âmbito do trabalho desenvolvido. Há, sim, uma preocupação, especialmente no trato com os alcoolistas, face a demandas exclusivamente médicas, Não obstante, diante de necessidades reais, o CMT contaria com a parceria de instituições capacitadas a oferecer um bom suporte médico, seja na forma de internação, seja na forma de medicação (MUNDIM *et all*, 1989, p. 134). Outra controvérsia é estabelecida por Maria de Lourdes Zemel, do Hospital do Servidor de São Paulo, instituição onde trabalhava Carol Sonenreich. Zemel questiona se o CMT operava com um tempo predeterminado para o tratamento, considerando a ausência de tal definição prévia “[...] um entrave ao sucesso das terapias” (MUNDIM *et all*, 1989, p. 135). Mundin explica que o CMT não trabalha deste modo, e vai além, afirmando que “[...] isto não é cabível dentro de uma postura, digamos, psicoterapêutica” (Idem, p. 135). Não obstante, considera que a permanência intensiva proporcionada pelo hospital-dia funcionaria como uma espécie de “acelerador de processos”, muito mais intenso do que seria no caso da frequência semanal a uma sessão de análise (Ibidem, p. 135).

O último centro a apresentar-se é o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências (GREA), vinculado ao Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Arthur Guerra inicia com um breve histórico do grupo, criado em 1983, com reuniões de estudo semanais, com vistas à criação de um ambulatório, o que se materializaria seis meses depois. Inicialmente, o grupo discutia e trabalhava apenas com farmacodependências, mas a partir de 1987, ele se funde a um grupo que existia desde 1981, dedicado apenas ao tema do alcoolismo. Na fusão, a sigla do grupo mais antigo permanece, mas os objetos são efetivamente articulados (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 137).

Em 1987, é constituído o Setor de Psicodinâmica do GREA, desenvolvendo atividades de psicoterapia de grupo e individual, orientação familiar, supervisão, interconsulta e discussão de casos com vistas a construção de estratégias interdisciplinares (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 138).

Na modelagem assistencial proposta pelo GREA, o usuário teria uma avaliação clínica e psiquiátrica como porta de entrada. Avaliar-se-ia a existência de comorbidades psiquiátrica, e se faria a solicitação de exames clínicos e laboratoriais complementares. Isto feito, a conduta seria definida: mero aconselhamento caso não se tratasse de alcoolista ou toxicômano, ou acompanhamento ambulatorial caso o diagnóstico fosse positivo. Nos casos de risco de suicídio, fracasso da abordagem ambulatorial ou síndrome de abstinência, haveria o encaminhamento para internação. Assim como os demais CRR's, seriam aceitos apenas pacientes que optassem voluntariamente pelo tratamento. O objetivo do trabalho seria a abstinência, e a psicoterapia, individual e de grupo, a terapêutica central (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 140).

> A meta básica da psicoterapia de grupo, como também da psicoterapia individual, é fazer com que o farmacodependente desenvolva seu nível de responsabilidade sobre o que lhe ocorre em vida e consigo mesmo. A essa estratégia denominamos de Centralização do Indivíduo em seus Conflitos. Esse procedimento justifica-se em função de que mediante mecanismos de negação, distorção ou projeção, os farmacodependentes evitam todo o tempo contato mais profundo com seus problemas. (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 141)

No que tange aos métodos de avaliação, Arthur Guerra descreve uma escala de acompanhamento de farmacodependentes, análoga à outra específica para alcoolistas, em cujo processo de validação para o Brasil sua equipe estaria empenhada. Descreve também uma escala para avaliar a eficácia do tratamento oferecido no GREA, e um sistema computadorizado que facilitaria a busca de usuários não aderentes, por meio de telefone ou carta (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 142).

Os debates iniciam com Jandira Masur e Sérgio de Paula Ramos questionando a adequação de uma das escalas de avaliação, descrita como muito "anglo-saxã", ao que Guerra responde elogiando a confiabilidade do instrumento, por permitir inclusive a utilização de dados coletados a partir de exames de sangue e urina (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 145). Antonio Nery toma a palavra para elogiar a diversidade de visões e abordagens expressas no trabalho de cada um dos centros regionais de referência, e posiciona o GREA como único centro que seria

iminentemente biomédico, afirmando enfaticamente a importância de um trabalho com tais características no campo. Guerra lembra o modo como Nery descreveu a ambiência do CETAD, situado em um centro comunitário, dizendo que o relato o fez pensar em como adaptar este nível de acolhimento à dureza de um hospital, no qual faltaria "[...] uma figura de cabelos compridos, sandálias – 'o informal' – para receber os pacientes" (Idem, p. 146). Um pouco mais à frente, Guerra retomará este tema da diversidade de abordagens, compartilhando sua surpresa diante da força da psicanálise nos trabalhos com pessoas que usam drogas, no Brasil. Afirma que seria muito ruim se algum tipo de plano nacional tentasse unificar o modelo (Ibidem, p. 151).

Carlini toma a palavra para questionar se não seria melhor, ao invés de distribuir cinco psiquiatras em oito horas de trabalho semanal, contar com apenas um por quarenta horas, e alguns outros aspectos do processo de trabalho no GREA, valendo-se do exemplo para expandir a questão aos demais centros de referência. Guerra pondera que a distribuição de vários residentes em poucas horas, se por um lado dificultava aprofundar determinada linha de formação, por outro estaria adequada a uma política pedagógica que valorizaria o contato com uma ampla gama de problemas, evitando o que chama de "psiquiatras de uma nota só" (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 147).

A discussão se amplia para além da apresentação de Arthur Guerra, e ganha contornos de uma avaliação final do evento, com explicitação de temas que emergiram com força ao longo do encontro. José Mário Simil, do CORDATO, recorda os questionamentos levantados por Nikodem Edler, do CONEN/RJ, com respeito à baixa adesão dos toxicômanos aos serviços, bem como a baixa eficácia dos tratamentos. Ângelo Campana, do Mãe de Deus, corrobora a preocupação, salientando que o problema talvez menor do que o discurso midiático faria supor. Walter Mundin, do CMT, pondera que este aparente desperdício seria na verdade um investimento na superação de práticas de cuidado tão arraigadas quanto ineficientes e iatrogênicas. Cita um usuário que teria sido internado 14 vezes no período de apenas um ano, com elevados custos e sem nenhuma eficácia (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 149-150). Marcos Batista, do NEPAD, questiona se serviços tão jovens deveriam preocupar-se com a relação custo-benefício, quando ainda não saberia nem mesmo o que estaria sendo oferecido. Defende a ideia de uma associação, que viabilizasse outros encontros para troca de experiências (Idem, p. 151).

Montezuma Ferreira, do Instituto de Psiquiatria da USP, considera que se estaria trabalhando na direção errada, sobretudo por conta da ausência de uma triagem dos pacientes, muitos dos quais estariam "bastante deteriorados", e talvez não se devesse "investir" nestes (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 151). Richard Bucher considera "[...] meio perigoso querer selecionar os pacientes, porque no extremo, por exemplo, poderíamos não mais cuidar de aidéticos, porque de qualquer forma estes morrerão" (Idem, p. 155).

Antônio Nery abre uma janela de reflexão sobre o papel dos centros regionais de referência. Com abordagens teórico-metodológicas tão distintas, e diante de realidades tão regionalizadas, os centros teriam a oportunidade de construir estratégias inovadoras para problemas complexos, partilhando achados e práticas, uns com os outros, qualificando o atendimento aas pessoas que usam drogas, no Brasil (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 152). Richard Bucher lembra que estes centros foram constituídos como alternativa ao modelo da psiquiatria clássica e às abordagens repressivas, e que teriam desenvolvido suas linhas de atuação, em grande parte, a partir das opções teóricas de seus coordenadores (Idem, p. 155)

Luiz Villano, do NEPAD, reinsere no debate a questão da psicanálise, que estaria influenciando grande parte dos centros regionais de referência. Isto não seria um dos fatores determinantes à baixa adesão? Afinal, nem todos se adaptam a uma abordagem desta natureza. Um participante não identificado aponta a grande influência de Claude Olievenstein no Brasil, desde a primeira metade da década de 1980, e que isto poderia passar uma mensagem imprecisa de opção pela psicanálise, que mesmo tendo sido uma influência importante, nunca foi a orientação central em Marmottan (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 154). Antonio Nery, por seu turno, consideraria impossível "[...] excluir do discurso psiquiátrico esta forte influência do discurso psicanalítico, mesmo porque, queiramos ou não, a psicanálise constituiu um avanço" (Idem, p. 154), e concorda que Olievenstein teria mudado os rumos do trabalho realizado por alguns dos centros regionais de referência. Sérgio de Paula Ramos toma a palavra para dizer que visitou todos os centros, e que encontrou trabalhos muitos diferentes do que se poderia ver fora do Brasil. Recomenda, pois, que representantes de cada centro possam fazer visitas semelhantes, e que depois disto, cada um seguiria seu caminho, a partir de suas reflexões e opções (Ibidem, p. 154-155). Uma fala de José Mário Simil é bastante sintética deste debate:

> Gostaria de comentar o aspecto histórico a que o Prof. Carlini se referiu. Estes centros surgiram, no Brasil, como uma reação contra o modelo falido da psiquiatria. De um lado a emergência do fenômeno da toxicomania na sociedade, e de outro a angústia dos profissionais, frustrados com o modelo da psiquiatria clássica. Como toda reação, o psiquiatra frustrado com a psiquiatria viu a psicanálise surgir como uma miragem, um discurso fechado, completo, direcionando assim a tendência nas instituições. Por outro lado, como o Nery falou, há que ressaltar a influência decisiva do Prof. Olievenstein, porque ele trouxe o aceno da possibilidade de fazer-se uma nova nosologia psiquiátrica através da experiência com toxicômanos. Finalmente: a questão dos centros para tratamento de drogas no Brasil não é novidade. Novidade é o que está ocorrendo agora, de configurar-se uma nova política para o setor através do CONFEN. (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 155-156)

Um último ponto a ser debatido é a viabilidade de atender toxicômanos e alcoolistas em um mesmo serviço. Sérgio de Paula Ramos defende que sim, e lembra que a maioria dos serviços na Europa, EUA e Canadá estariam caminhando nesta direção. Jandira Masur, Dartiu Xavir e Antonio Nery discordam, por razões que vão das diferenças brutais entre uns e outros, passando pela legalidade versus ilegalidade, e chegando à ideia de que cada serviço deveria ter preservada sua autonomia para decidir que caminhos deseja seguir, que clientela pretender atender (CASTEL, BETTARELLO & ANDRADE, 1989, p. 156-158).

Os anais deste encontro foram publicados em 1989, mesmo ano em que a cidade de Santos inicia uma série de inovações, sendo a primeira cidade a fechar um manicômio no âmbito do movimento da reforma psiquiátrica brasileira, e a dirigir ações de prevenção da Aids entre pessoas que faziam uso de drogas por via injetável, tentando criar o primeiro programa de troca de seringas na América do Sul. No evento que acabo de problematizar, ações voltadas à prevenção da infecção pelo HIV são mencionadas por Maria Thereza Aquino (NEPAD/RJ) e Dartiu Xavier (PROAD/SP). Sinais de um novo acontecimento na ordem do discurso.

Campo como "[...] espaço social de relações objetivas" (BOURDIEU, 2006b, p. 64). Território de lutas, composições, debates. De polêmicas. No caso das drogas, já foi dito, um campo atravessado e constituído por agentes oriundos de outros campos (saúde, direito, assistência social, etc), cada qual com suas dinâmicas próprias, com suas interfaces específicas com o tema. No campo da saúde, minha pesquisa encontrou uma concentração da reflexão sobre uso de drogas no domínio das ciências *psi*. As práticas de manejo do uso de drogas injetáveis, no entanto, nasceram das preocupações com os

riscos de infecção por doenças de transmissão sanguínea (tema de estudo, por excelência, da infectologia), fomentando deslocamentos no cuidado dirigido a pessoas que usam drogas para além dos domínios da psicologia, da psicanálise e da psiquiatria. A partir das trocas de seringas, emerge no campo da saúde um olhar focado nas eventuais consequências advindas das múltiplas formas de uso e na construção de estratégias de redução de riscos e danos associados a estas formas, para além da preocupação com a construção de estratégias para a abstinência de drogas.

"O limite de um campo é o limite de seus efeitos ou, em outro sentido, um agente ou uma instituição faz parte de um campo na medida em que nele sofre efeitos ou que nele os produz" (BOURDIEU, 2006b, p. 31). Pode-se, portanto, falar em uma *autonomia relativa* do campo das drogas. Sendo assim, e como era de se esperar, os efeitos do debate em torno das trocas de seringas não ficaram restritos ao campo da saúde, mas também atingiram aos agentes e instituições que, inseridos no campo das drogas, estavam mais próximos dos campos do direito, da assistência social, etc. Seria possível dizer, à moda dos neofuncionalistas, que os efeitos de um fenômeno pontual em um sistema complexo, interdependente e relativamente fechado, se fazem sentir em toda a superfície deste mesmo sistema (o chamado "efeito borboleta"). No Brasil, por exemplo, não demorou muito tempo para que a RD fosse tomada como objeto de pesquisa em projetos de mestrado e doutorado junto a programas de pós-graduação da área do direito (REGHELIN, 2002; WEIGERT, 2010; RIBEIRO, 2012). É que a novidade que veio do campo da saúde (ou dos agentes oriundos do campo da saúde que compõem o campo das drogas) produziu impactos no campo do direito, sobretudo pelo "contrabando" conceitual engendrado por agentes oriundos do campo do direito que também compõem o campo das drogas.

Em sua aula inaugural no Collège de France, Michel Foucault (2005b, p. 10) define discurso como "[...] aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar". Tomando esta definição como ponto de partida, o filósofo expõe a hipótese que define sua agenda de pesquisas em torno do tema:

> […] suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada, e redistribuída por um certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seus acontecimentos aleatórios, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 2005b, p. 8-9)

Logo depois de enunciar esta tese, Foucault expõe o que chama de *procedimentos de exclusão*, ou seja: práticas que organizam o discurso e que determinam o que ingressa ou não em sua ordem (FOUCAULT, 2005b, p. 9-14). Estes procedimentos são a *interdição* (nem tudo pode ser dito), a *separação/rejeição* (o recorte que segrega determinados enunciados à periferia do discurso), e a separação entre *verdadeiro e falso* (que permite observar, mais que tudo, os efeitos de uma *vontade de verdade* na materialidade do discurso).

Nesta pesquisa, assumo a ideia de que a articulação entre as noções de *discurso* em Foucault, e de *campo* em Bourdieu, contribui na constituição de um instrumental teórico-metodológico promissor para observação das práticas sociais que engendram o campo e o discurso das drogas. Um campo plural, multifacetado e complexo, constituído e sustentado por agentes, discursos e instituições de diferentes domínios, cujas posições se materializam em divergências e convergências, em lutas e alianças, em polêmicas e afinidades eletivas, pelo menos desde a emergência de práticas e reflexões relacionadas à RD.

Estratégia eficiente para prevenção de doenças de transmissão sanguínea, a troca de seringas foi incorporada às estratégias globais de enfrentamento à epidemia de Aids, especialmente a partir de 1995, ano em que foi criado o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS). O deslocamento no foco do cuidado em saúde enseja um deslocamento institucional abrangente, e o tema das drogas irrompe em novos cenários, constituídos sobretudo por organizações da sociedade civil, por grupos universitários de pesquisa e por organismos governamentais e paragovernamentais, todos reunidos em torno do tema da Aids.

Novo ambiente. Novos cenários de discussão, articulação, lutas. Novos atores e novas discursividades: câncer gay, castigo divino, epidemia. Novos sujeitos do discurso: homossexuais masculinos, hemofílicos, prostitutas e pessoas que usam drogas injetáveis. Vítimas preferenciais, culpados pela epidemia, alvos da ira divina, as pessoas reunidas à revelia em *grupos de risco* tornam-se alvo não só de políticas preventivas, mas de intensos processos de produção de estigma e preconceito. Em resposta, erguem-se vozes que alertam: identificar grupos como mais propensos ao contágio pelo HIV produz uma falsa sensação de segurança entre as pessoas que deles não fazem parte. Herbert de Souza, o Betinho, em um texto absolutamente indispensável, foi taxativo: “O grupo de risco é a própria sociedade” (SOUZA, 1994, p. 353).

Emergem, com força, outras estratégias discursivas, que deslocam o foco de olhares e práticas: agora não são mais as identidades, as orientações, as opções e condições dos sujeitos que os tornariam mais ou menos suscetíveis ao contato com o vírus, mas sim suas práticas. Saem de cena os *grupos*, entram em cena os *comportamentos* de risco. Não se trata mais de preocupar-se com adjetivos ou substantivos (*que são* as pessoas?), mas com os verbos (*que fazem* as pessoas?). Com isto, engendram-se condições para a irrupção de novas ideias, tanto no campo quanto na ordem do discurso.

Mudanças no interior do campo político-reflexivo constituído em torno do problema da Aids, articuladas a novos acontecimentos na ordem do discurso, simultaneamente constituem novas lógicas no âmbito das estratégias preventivas, e também das políticas públicas. Não se trata mais de ver os portadores de hemofilia como um *grupo de risco*, mas de situar o problema no controle e fiscalização de hemoderivados; não se trata mais de apontar homossexuais masculinos, travestis e prostitutas como *grupos de risco*, mas de divulgar as formas de contaminação associadas ao sexo, para a sociedade como um todo; e não se trata mais de ver às pessoas que usavam drogas injetáveis como um *grupo de risco*, mas o compartilhamento de equipamentos de uso endovenoso (seringas, agulhas, recipientes para preparo da droga...) como um *comportamento de risco*. Não mais culpados ou vítimas, mas sujeitos políticos na construção de estratégias de enfrentamento da epidemia, e especialmente para o mapeamento de práticas potencialmente arriscadas para o contágio pelo HIV.

De modo concomitante, percebe-se outra ruptura, com outro tipo de discursividade com respeito à Aids: aquela que posicionava as pessoas infectadas pelo HIV como portadores da morte, como paradoxais moribundos aos quais se deveria temer (o *aidético*, situada na face oposta da mesma moeda em que se cunha o *grupo de risco)*. Portador do vírus, portador da morte. De modo análogo à superação da noção de grupo de risco, estes discursos de morte associados a Aids também passam a ser criticados e superados. Dois exemplos: Cazuza, que escreveu canções sobre o tema e protagonizou momentos importantes deste processo, como o debate sobre a capa da Revista Veja que o apresentou como uma "vítima da Aids" que "agonizava em praça pública"; e Herbert Daniel, que escreveu um dos mais inspirados e viscerais textos sobre o assunto:

> Que morte é a que me habita com seus ares dissolventes? Que covardia tem esta morte de não estimular da mesma forma a mesma rebeldia? Porque esta é uma morte civil, travestida de diagnóstico médico, de prognóstico sombrio. Esta venceremos! Abriremos no horror a fenda. Viva. (DANIEL, 1991, p. 20)

Algumas ideias ganham força no campo constituído em torno do problema da Aids: é preciso focar o discurso preventivo sobre as práticas, e não sobre os sujeitos; é preciso ouvir as pessoas que conhecem tais práticas, para melhor conhecê-las; estes conhecimentos devem pautar as estratégias preventivas; ao mesmo tempo, é preciso superar a ideia de morte, o lugar social de moribundo atribuído às pessoas com Aids. Ouvir as pessoas que vivem com o vírus, para além do lamento e da compaixão, mas posicionando tais vozes num território outro, de produção de vida, de luta por direitos. Ouvir pessoas que usam drogas para além do sintoma, em sua elaboração a respeito de seus rituais de uso, das possíveis ações preventivas, dos possíveis entraves para a produção de políticas públicas. Ouvir prostitutas para além do moralismo, produzindo estratégias de cuidado mais adequadas às suas múltiplas realidades.

Estes deslocamentos permitem uma ampliação quanto ao que pode ser dito a respeito das estratégias de saúde dirigidas a pessoas que usam drogas. Desloca-se o foco, amplia-se o repertório. Novas palavras, novas articulações, mas não só. Emergem também novas vozes, novos sujeitos, novos atores políticos e institucionais. A ideia de que as pessoas anteriormente reunidas nos ditos "grupos de risco" devem ser ouvidas enseja novas dinâmicas, novas formas de organização. Novas arenas, e novos agentes nas arenas. Em alguns países de tradição mais liberal, cujo exemplo mais bem acabado é o da Holanda, surgem organizações civis para aqueles que se reivindicam publicamente como pessoas que usam drogas, e suas vozes passam a se fazer presentes em uma infinidade de eventos sobre Aids e RD ao redor do mundo. Em outros tantos lugares, onde as leis antidrogas tornam tudo mais difícil, as organizações de pessoas que usam drogas são muitas vezes travestidas em associações de RD para burlar hostilidades que, de qualquer maneira, nunca deixariam de existir.

Chego agora a um período de cerca de dez anos, que se situa entre a segunda metade da década de 1980 e a primeira metade da década de 1990. À epidemia de Aids, acontecimento biológico e sanitário, soma-se também a epidemia de Aids entendida como fenômeno político e cultural. Um acontecimento que interpela comportamentos, e que obriga o debate em torno de temas-tabu, como sexualidade e uso de drogas. Na

saúde pública, a Aids interroga moralismos arraigados nas práticas mais cotidianas de cuidado em saúde, naturalizados pela quase total ausência de questionamento e reflexão. Os grupos minoritários, como gays, travestis, prostituas e usuários de drogas, chamados ao debate sobre a construção de estratégias de enfrentamento à epidemia, dão visibilidade a questões situadas para muito além da própria Aids, como políticas de ação afirmativa, a denúncia de violações de direitos humanos, a luta por reconhecimento (inclusive profissional, como no caso das prostitutas), o enfrentamento de vulnerabilidades, estigmas e preconceitos, etc...

As ideias e práticas associadas à RD irrompem em meio ao acirramento da política de Guerra às Drogas. A posição dos Estados Unidos, ao longo dos governos de Ronald Reagan (1981-1989) e George Bush (1989-1993), com políticas agressivas e intolerantes para com o uso de drogas qualificadas como ilícitas, dá o tom dos acordos e convenções internacionais. Neste cenário, o impacto da notícia de que havia governos disponibilizando seringas esterilizadas para o uso de drogas foi brutal, como se um ruído agudo e cortante interrompesse a ordem em um coro até então uníssono. A RD desequilibra, desarticula, desestabiliza, ao mesmo tempo em que articula, agencia e constitui um território comum, às vezes mais pela negação que pela afirmação. Algo do plano da imanência, que permite e agencia encontros plurais.

O território político-reflexivo constituído em torno do problema da Aids exigiu a participação de pessoas anteriormente reunidas nos *grupos de risco*, além de técnicos de agências internacionais, gestores públicos, pesquisadores, ativistas de organizações da sociedade civil e outros atores sociais. Neste sentido, pessoas que usam drogas foram convocadas à discussão, fiscalização e até mesmo implementação de políticas e estratégias de promoção de saúde orientadas ao enfrentamento das injunções entre uso de drogas injetáveis e Aids, trazendo para a esfera da saúde temas até então restritos às rodas de pessoas envolvidas com o uso de drogas. Não se trata mais de discutir a psicodinâmica da toxicomania ou os efeitos deletérios do uso de uma ou outra droga, mas de entender como são usadas, com que equipamentos, de que maneiras. Importa comparar a quantidade de injeções que pessoas que usam heroína e cocaína podem fazer em uma única noite, não porque esta informação permite compreender a dinâmica da "dependência química", mas porque isto ajuda a construir estratégias mais eficientes para prevenção de doenças infectocontagiosas, e perguntas do tipo "como você usa?" passam a ser tão importantes quanto "o que você usa?" ou "quanto você usa?".

Isto não ocorreu apenas com pessoas que usam drogas injetáveis. Na construção de respostas à epidemia de Aids, os relatos a respeito de práticas antes relegadas à obscuridade assumem um papel estratégico. O interesse não resume mais à pergunta "O que se faz?"; interessa agora saber "Como se faz aquilo que se faz?". Há que se interrogar as práticas em suas dimensões mais infinitesimais: como funciona a dinâmica mais ordinária da prostituição? As prostitutas exigem o uso de preservativos? Os homens oferecem mais dinheiro para derrubar esta exigência? As prostitutas aceitam? No caso das travestis: costuma-se usar preservativos na prática de sexo anal? Eles resistem ou rebentam? O gel lubrificante seria um insumo importante? O caso do kit brasileiro de RD é bastante significativo para que se possa compreender tais dinâmicas: inicia-se com a oferta hipoclorito de sódio; depois é que surgem os programas de troca de seringas; posteriormente se percebe que a ausência de um garrote (elástico usado para tornar as veias mais visíveis) fazia com que os usuários ficassem com seus braços machucados; mais adiante, incorpora-se a água destilada ao kit, já que o uso de drogas injetáveis ocorria muitas vezes em locais onde a água corrente estava distante, como matagais e construções abandonadas; por fim, acrescenta-se um copinho individual para diluição da droga, de modo a evitar que as seringas fossem colocadas em contato com a droga diluída em um único recipiente coletivo, tornando o mesmo um foco de infecção.

O campo acolhe – não sem tensões – novos agentes e novos agenciamentos. Na superfície do discurso, em sua materialidade, um novo acontecimento, novos signos e articulações. Outras palavras, outras vozes. A abertura da RD permitiu a emergência de novas discursividades, assim como novos agentes e novas institucionalidades. Deslocamento do olhar, do foco e do cuidado, no campo e no discurso. Emergência de objetos até então ausentes da ordem do discurso, trazidos à tona por agentes até então ausentes do campo das drogas.

Mas a presença de pessoas que usam drogas nos territórios políticos e institucionais, a presença de suas vozes no tecido do discurso, não se limitou ao inquérito sobre formas de uso, riscos associados às suas práticas, métodos e equipamentos mais adequados à prevenção de doenças infectocontagiosas. Seja no campo, seja na superfície do discurso, o acontecimento da RD ensejou a irrupção de temas relacionados à violação de Direitos Humanos, criminalização e produção de estigmas. Para além dos eventuais efeitos deletérios do *uso de drogas*, quais os eventuais efeitos deletérios das *políticas de drogas*? Para além das mortes diretamente

causadas pelo uso de drogas, a criminalização de práticas sociais associadas às drogas qualificadas como ilícitas não contribui para a amplificação da violência associada ao universo das drogas? Seria a proibição a melhor forma de se lidar com este tema? Quais os impactos da criminalização de algumas drogas e seus usos sobre a saúde das pessoas que as usam?

"Sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa" (FOUCAULT, 2005b, p. 9). Mudanças no campo e no discurso não ocorrem sem luta e resistência. A ampliação do conjunto de temas e objetos inscritos na ordem do discurso sobre drogas, bem como a ampliação do elenco de agentes com voz e vez no campo das drogas, não foram processos tranquilos, muito menos consensuais.

Em julho de 2008, durante Fórum Global de ONG's preparatório à Assembleia Geral das Nações Unidas para discutir o tema das drogas, houve um incidente analisador destas tensões: em um dado momento, discutia-se a necessidade de se garantir a participação de pessoas que usam drogas na elaboração e fiscalização das políticas de drogas em todos os Estados-membros da ONU. Houve intensa polêmica no plenário, posicionando, de um lado, algumas entidades europeias e asiáticas de defesa dos direitos de pessoas que usam drogas, e do outro, uma importante ONG estadunidense. Como a controvérsia não avançasse na direção do consenso, optou-se por constituir um grupo de trabalho que era a própria expressão do paradoxo: de um lado, representantes de uma ONG que defendia a não participação de pessoas que usam drogas em instâncias deliberativas e de fiscalização sobre políticas de drogas; do outro, representantes da associação asiática de pessoas que usam drogas. Ironicamente, discutia-se com pessoas que usam drogas para dizer que não se deve discutir com pessoas que usam drogas[24].

Outro analisador das resistências às novas configurações no campo e no discurso sobre drogas diz respeito às marchas da maconha no Brasil. Realizada pela primeira vez no país em 2002, no Rio de Janeiro, a marcha adquiriu abrangência nacional, organizada por coletivos autônomos articulados em uma vasta rede nacional de solidariedade e colaboração construída através da internet. O movimento enfrentou múltiplas formas de resistência, sempre a partir de ações envolvendo setores da mídia, do judiciário e da

[24] Estive presente a esta reunião, e acompanhei *in loco* o acontecimento descrito.

segurança pública, assim como parlamentares e organizações da sociedade civil. Em 2011, depois de uma marcha marcada pela violência policial na cidade de São Paulo, o STF votou de modo favorável à ADPF[25] 187, tornando ilegais as ações de proibição e repressão da Marcha da Maconha. Ou seja: foi necessário ir à Suprema Corte para obter o reconhecimento de um direito que já está garantido no texto constitucional.

Novos esgarçamentos no tecido do discurso, novas ampliações no campo. Novos deslocamentos, novos movimentos, que esbarram em novas interdições. Novos agenciamentos, constituídos na abertura engendrada pela RD, inscrevem novos temas a partir de novas práticas. O movimento social de pessoas que usam drogas ganha as ruas, organiza marchas e outras formas de manifestação política, com palavras de ordem por vezes inspiradas em cânticos de torcidas de futebol ("Eu sou maconheiro / Com muito orgulho / Com muito amor"). Desta maneira, enfrentam-se as interdições impostas, tanto ao tema da legalização quanto à própria presença de pessoas que usam drogas em espaços de discussão, avaliação e deliberação política. De modo contundente, as pessoas que usam drogas impõem sua presença e suas pautas, no campo e no discurso.

3.2.4 VULTOS E MURMÚRIOS

> Se me tivessem achado esgotada, neurastênica, com o fígado congesto ou o rim mal colocado, eu choraria, temeria a morte e, para impedir sua vinda, numa covardia viscosa, ter-me-ia ajoelhado aos pés das botas envernizadas do meu bonito e trescalante doutor, mas "enervada", título com que ele agraciou todos os meus desequilíbrios de moça da moda e da época, obriga-me a alinhar, de ora em diante, em folhas de papel, tudo o que se passa em mim e comigo, para que ele tenha a certeza depois, de que a medicina é uma ciência de intrujice, de ignorância e de palavras sem alcance e sem sentido. (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 5-6)

O diário de uma personagem de ficção. É este o recurso discursivo que Chrysanthème utiliza para fazer sua mágica em "Enervadas", romance lançado em 1922, do qual já falei em outro momento desta tese. E por ser um diário, demoro a saber o nome desta melindrosa da *Belle Époque* carioca: Lúcia. Sei que seus cabelos possuem um "[...] colorido entre vermelho e preto, que atraem o olhar como uma chama velada", e que seus olhos têm "[...] uma cor indecisa entre cinzento e azul", como os de uma gata; sei que é "[...] esbelta, alta, de rosto fino", transpirando o "[...] anseio louco de ser

[25] Arguição de Descumprimento de Preceito Constitucional.

admirada, desejada e de sentir bem nos lábios, que uma macia e rósea polpa forra, todo o sabor gostoso da vida" (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 8-9). Sei que é divorciada, e que gosta de "[...] vestidos ultramodernos, dentro dos quais o meu colo, os meus braços e as minhas pernas não se sentem prisioneiros" (Idem, p. 10); por outro lado, detesta a natureza, cujo entorpecimento seria capaz de matar "[...] a exaltação de que todo sentimento necessita para se preservar da sociedade e do cansaço" (Ibidem, p. 33). Pois foram justamente estes hábitos e preferências de "mulher da moda" que inspiraram o Dr. Maceu a fechar o diagnóstico de "enervada". E dentre estes hábitos, as drogas:

> Corria como uma perseguida, sacudindo os galhos das roseiras, armados de espinhos que me puxavam pelo vestido e tropeçando nos pequenos arbustos semeados pelo caminho. Quase quebrei a cabeça contra o grande tronco de uma mangueira e de uma laranjeira em flor, na qual eu me esbarrei, choveu sobre mim milhares de flores perfumadas e frias. Subi a escada como uma embriagada e encerrei-me no meu quarto. Atirei-me sobre o meu leito e, logo em seguida, arrancando-me dele, numa agitação febril, acendi a luz elétrica e, pela segunda vez, com os dedos que tremiam, injetei-me de morfina, abençoando Magdalena que me fizera presente um vidrinho dessa droga para que eu me servisse dela nas horas más da existência. (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 54-55)

Ao longo de sua narrativa, Lúcia oscila entre o esforço para contrapor "[...] o galante doutor Maceu e seu pseudodiagnóstico" (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 11), e a franca aceitação da condição patológica de seu estado de espírito:

> Sim, eu agora creio ser uma "enervada" e comigo a Maria Helena, estranha nas suas amizades femininas e desdenhosa dos atrativos dos homens, a Laura na sua corrida atrás de sensações libertinas e Magdalena, numa embriaguez contínua, devida à fatal cocaína que todos os dias a inutiliza um pouco mais para a vida. (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 74)

Um pseudodiagnóstico. É assim que Lúcia define o esforço nosológico do Dr. Maceu. O que o médico vê como um conjunto pouco preciso de sintomas, a melindrosa considera características de uma mulher de seu tempo. Diante do marido de sua amiga Margarida, perplexo frente à sua "[...] elegância ultramoderna e atitudes ousadas", não resiste à tentação de agir para, deliberadamente, *épater le bourgeois* [26] (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 78). E diverte-se imaginando o que seu médico diria se pudesse ler seu diário, pois que seria leitura masculina e conservadora, incapaz de alcançar o que se passaria em sua alma de mulher:

[26] "Espantar a burguesia". Expressão comum entre poetas franceses do século XIX, como Baudelaire e Rimbaud.

> Ah! Dr. Maceu, lindo médico de senhoras, se o senhor soubesse a culpa que aos homens cabe a encravação atual das mulheres, o sr. procuraria curar antes estes como únicos responsáveis de todas as decadências femininas! (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 85)

Divorciada, passa a viver as agruras desta condição, enquanto mulher, posto que "[...] ao homem, tudo é perdoado, explicado, permitido", ao passo que "[...] à criatura do sexo feminino, uma vez infeliz na escolha do companheiro da existência, tem diante de si o isolamento, a tristeza, a calúnia, a maldição" (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 107). Não seriam, portanto, as mulheres que precisariam de cura para seu estilo de vida, mas os homens, que seriam "[...] os únicos responsáveis de todas as decadências femininas (Idem, p. 85). Não obstante, cede à exigência de seu amante e deixa a morfina. Síndrome de abstinência?

> Anteontem, à noite, tive uma crise tremenda de hipocondria, de desolação, de histeria. Telefonei ao meigo Dr. Maceu, chamando-o, mas não estava em casa... Foi melhor assim. Cheirei éter, não tendo coragem para servir-me da morfina como lenitivo. Roberto proibiu-me tão seriamente que não mais me envenenasse com esse delicioso tóxico, que não ouso desobedecer-lhe. Sofri, porém, como um cão, sofri no meu organismo que se crispava todo e no meu espírito que se afundava num abismo de impressões indefinidas. Mergulhei na cama, cujo dossel róseo aparecia-me como uma tampa de esquife e, cheirando ora éter, ora rosas, o que me recordava o jovem sacerdote de olhos místicos e boca profana, eu adormeci depois de uma dispneia atroz. (CHRYSANTHÈME, 1922, p. 115-116)

Disse "síndrome de abstinência"? Mas não se pode dizer que seu sofrimento era decorrente da falta de morfina. Nada em sua narrativa, nem neste trecho, nem em outros, permite dizer que o desconforto que a domina decorre de seus esforços para realizar o pedido de seu amante, abandonando sua "seringuinha de Pravaz". Lúcia abstém-se não apenas de uma substância, mas das amigas, das flores, dos flertes... De uma paisagem, da qual a droga é apenas um dentre tantos elementos. A própria condição patológica já aponta para esta amplitude: *enervada*. Um diagnóstico difuso, abrangente, totalizante, arbitrário, impreciso...

O uso de morfina compõe o cenário, mas não é definidor das identidades. O sujeito do discurso não é o usuário de drogas. Quando Roberto, amante de Lúcia, diz que pode curá-la com seu amor, não é o uso de droga ou algum transtorno que se está querendo curar, mas sim de um determinado modo de existência. Aí estaria a enfermidade, e a cura implicaria em assumir uma identidade *mulherzinha*, abdicando de tudo o que atualiza a "mulher moderna" da *Belle Époque* carioca.

A narrativa de Lima Barreto em *Diário de Hospício* e *Cemitério dos Vivos* é muito diferente. Diferente porque o cenário não era um casarão como o habitado pela personagem de Chrysanthème, mas um hospital psiquiátrico onde "[...] o mobiliário, o vestuário das camas, as camas, tudo é de uma pobreza sem par" (BARRETO, 2010, p. 48). No figurino, nada dos "vestidos ultramodernos" das melindrosas: "Tiram-nos a roupa que trazemos e dão outra, só capaz de cobrir a nudez, e nem chinelos ou tamancos nos dão" (Idem, p. 43). Outra diferença importante é que, enquanto o uso de drogas constituía apenas um dos elementos do impreciso diagnóstico de *enervada* que Lúcia recebera, Lima Barreto era inequivocamente categorizado como alcoolista:

> Muitas causas afluíram para que viesse a beber; mas, de todas elas, foi um sentimento ou pressentimento, um medo, sem razão nem explicação, de uma catástrofe doméstica sempre presente. Adivinhava a morte de meu pai e eu sem dinheiro para enterrá-lo; previa moléstias com tratamento caro e eu sem recursos; amedrontava-me com uma demissão e eu sem fortes conhecimentos que me arranjassem colocação condigna com minha instrução; e eu me aborrecia e procurava distrair-me, ficar na cidade, avançar pela noite adentro; e assim conheci o *chopp*, o *whisky*, as noitadas, amanhecendo na casa deste ou daquele. (BARRETO, 2010, p. 61)

Lima Barreto foi conduzido ao Hospício Dom Pedro II, que à época já era denominado "Hospício Nacional de Alienados", em uma jaula posicionada na parte de trás de uma carroça, como já citei anteriormente, em um macabro cortejo por ruas do Rio de Janeiro, na segunda década do século XX. O diário é escrito durante sua segunda internação, quando já era um escritor relativamente reconhecido. Era taxativo ao escrever que não haveria uma terceira vez; se houvesse, sairia do hospício diretamente para o cemitério (BARRETO, 2010, p. 44).

Aos estudantes de temas relativos à psiquiatria no Brasil, Lima Barreto oferta comentários valiosos a respeito dos médicos que dele se aproximaram. Adauto Botelho, parceiro de Pernambuco Filho na autoria de "Vícios sociais elegantes", o teria tratado com indiferença, dando a entender que se dele dependesse, o escritor seria posto no olho da rua (BARRETO, 2010, p. 45). Já o psicanalista José Carneiro Ayrosa não seria "[...] um mau rapaz, mas sorriu enigmaticamente, ou como dizendo: 'você fica aí mesmo', ou querendo exprimir que meus méritos literários nada valiam, naturalmente à vista das burrices do Aluísio"; este último seria o neurologista Aluísio de Castro, imortal da Academia Brasileira de Letras a quem Barreto devotava profundo desprezo (Idem, p. 48-49). Já Henrique Roxo merece um pouco mais de atenção:

> Há quatro anos nós nos conhecemos. É bem curioso esse Roxo. Ele me aprece inteligente, estudioso, honesto; mas não sei porque não simpatizo com ele. Ele me aprece desses médicos brasileiros imbuídos de um ar de certeza de sua arte, desdenhando inteiramente toda outra atividade intelectual que não a sua e pouco capaz de examinar o fato por si. Acho-o muito livresco e pouco interessado em descobrir, em levantar um pouco o véu do mistério – que mistério! – que há na especialidade que professa. Lê os livros da Europa, dos Estados Unidos, talvez; mas não lê a natureza. Não tenho por ele antipatia; mas nada me atrai a ele. (BARRETO, 2010, p. 46-47)

Outro psiquiatra mencionado é Antônio Austregésilo, a quem Lima Barreto refere-se como "o alienista", e um dos fundadores da revista Arquivos Brasileiros de Medicina. Para Barreto, o médico seria "[...] mais nevrosado e avoado do que eu"; considerava-o "[...] capaz de ler qualquer novidade de cirurgia aplicada à psiquiatria em uma revista norueguesa e aplicar, sem nenhuma reflexão preliminar, num doente qualquer" (BARRETO, 2010, p. 55-56).

O único psiquiatra que mereceu a simpatia do escritor foi Juliano Moreira, diretor do Hospício Nacional de Alienados ao longo das três primeiras décadas do século XX. Negro, Moreira discordava frontalmente das teses de Nina Rodrigues, quando este afirmava uma contribuição negativa dos povos de África à miscigenação brasileira. Do psiquiatra baiano, de quem se tornaria amigo, Lima Barreto diz:

> Tratou-me com grande ternura, paternalmente, não me admoestou. Fez-me sentar ao seu lado e perguntou-me onde eu queria ficar. Disse-lhe que na Seção Calmeill. Deu ordens ao Sant'Ana e em breve lá estava eu. (BARRETO, 2010, p. 51)

Antonin Artaud, ator e dramaturgo francês que também esteve internado em manicômios, inclusive por seu uso de drogas, escreve uma carta aos médicos chefes de manicômios, dizendo-lhe que "[...] para cada cem classificações das quais as mais vagas ainda são as mais aproveitáveis, quantas são as tentativas nobres de chegar ao mundo cerebral onde vivem tantos dos vossos prisioneiros?" (ARTAUD, 1986, p. 30). Muito semelhante a um fragmento de *O cemitério dos vivos*, quando Lima Barreto afirma, a respeito das "[...] várias e infinitas formas" de que a loucura se reveste, ser "[...] possível que os estudiosos tenham podido reduzi-las em uma classificação, mas ao leigo ela se apresenta como as árvores, arbustos e lianas de uma floresta" (BARRETO, 2010, p. 212). Crítica a uma generalização que "pecaria pela base" ao desconsiderar aspectos sociais, educacionais, morais, intelectuais e morais, e que buscaria refúgio na devoção de uma fé absoluta nas teorias da degenerescência:

> Apela-se para a hereditariedade que tanto pode ser causa nestes como naqueles; e que, se ela fosse exercer tão despoticamente o seu poder, não haveria um só homem de juízo, na terra. É bastante pensar que nós somos como herdeiros de milhares de avós, em cada um de nós se vem encontrar o sangue, as taras deles; por força que, em tal multidão, há que haver *detraqués*, viciosos, etc., portanto a hereditariedade não há de pesar só sobre este e sobre aquele, cujos antecedentes são conhecidos, mas sobre todos nós homens. Por ser remota? Mas as forças da natureza não contam tempo; e, às vezes mesmo, as mais poderosas só se fazem notar quando se exercem lentamente, durante séculos e séculos.
>
> A explicação por hereditariedade é cômoda, mas talvez seja pouco lógica. (BARRETO, 2010, p. 212-213)

Se é verdade que nutria certo desprezo pela maioria dos psiquiatras, por sua arrogância e excesso de certezas diante de um universo tão rico e complexo de distintos sofrimentos, também é certo que guardava grande simpatia e gratidão para com os trabalhadores manicomiais de baixa qualificação. Em especial os guardas, admirando-se que "[...] homens mal saídos da gleba do Minho e alguns nacionais de condição modesta pudessem ter certa delicadeza, resignação, paciência, para suportar os loucos e suas manias!" (BARRETO, 2010, p. 233).

Em se partindo exclusivamente de *Diário do hospício* e *O cemitério dos vivos*, seria no mínimo maniqueísmo dizer que Lima Barreto tenha antecipado uma narrativa de contornos antimanicomiais. Suas críticas não se dirigem à psiquiatria enquanto saber, mas a uma certa psiquiatria de cunho biologicista, que se era hegemônica à sua época, nem de longe poderia ser considerada única e muito menos *clássica*, como a dizem equivocamente muitos ativistas da antipsiquiatria, esquecendo a força da fenomenologia em obras como as de Binswanger ou Kraepelin (este último, a grande referência de Juliano Moreira). Tampouco afirma Barreto que o manicômio seria equivocado enquanto modelo; os erros estariam no abandono, no desrespeito, nos atravessamentos policiais, mas não na própria ideia de hospital psiquiátrico. À edificação em si, o escritor dirige rasgados elogios, por sua arquitetura, paisagismo, localização e higiene. De suas passagens, guardaria inclusive boas lembranças:

> De todos guardo boas recordações. A vida, em geral, entre os doentes e guardas, é da mais estreita familiaridade. Os malucos tratam as suas sentinelas de você e estes da mesma forma aos dementados. Só abrem exceções, os guardas, para os formados nisto ou naquilo e para os que têm honras militares. Não quer dizer, porém, que um ou outro não seja chamado de "seu" fulano; mas são poucos, os mais velhos, os mais graves de atitudes e gestos. (BARRETO, 2010, p. 234)

No subcapítulo anterior eu referi-me à duplicidade do fenômeno Aids: uma dimensão biológica, na forma de um vírus que destrói o sistema imunológico humano; um acontecimento político e cultural que determinou profundas transformações no cenário da saúde coletiva em nível mundial. Dentre estas transformações, uma que se destaca no contexto das discussões que desejo levantar neste momento: a participação dos próprios usuários na elaboração, fiscalização e desenvolvimento de ações e políticas públicas dirigidas a pessoas que usam drogas.

Como expliquei anteriormente, a crítica ao caráter estigmatizante presente no conceito de "grupo de risco" determinou que as populações mais diretamente atingidas pelo HIV deixassem de ser consideradas como as grandes responsáveis pela epidemia de Aids, para se tornarem protagonistas na construção de respostas para deter a propagação do vírus. Este reconhecimento de grupos antes marginalizados possibilitou sua inserção em outras esferas, relativas à cidadania, direitos humanos, políticas afirmativas... Se o ambiente reflexivo constituído em torno da Aids fortaleceu o movimento LGBT em seu enfrentamento à homofobia, ou o movimento de prostitutas na luta pela regulamentação da profissão, ele também facilitou às pessoas que usam drogas a abertura de brechas para que questões como a legalização das drogas e a despenalização do uso ganhassem a cena pública.

Não obstante, há um tema importante a respeito do qual os usuários têm se manifestado muito pouco: as técnicas e políticas públicas de saúde dirigidas àqueles que têm problemas com o uso de drogas. Se é verdade que os grupos organizados em defesa da legalização/descriminalização das drogas cresceram e se fortaleceram nos últimos anos, realizando encontros nacionais e adquirindo maior respeito, reconhecimento e legitimidade, também é certo que as pautas ligadas à saúde ainda são pouco frequentadas por estes coletivos, com raras exceções.

Como mencionei logo nas primeiras páginas desta tese, houve um momento em que desejei ouvir pessoas que fugiram de instituições de tratamento em saúde especializadas no atendimento a pessoas que usam álcool e outras drogas. De modo análogo ao deslocamento teórico promovido por alguns historiadores interessados na figura do "negro fujão" como resistência ao sistema escravocrata, eu imaginava possível posicionar o "drogado fujão", para além da ordem do sintoma, como portador de um discurso de resistência aos modos estabelecidos de se proceder o cuidado especializado dirigido à esta população.

Este projeto, como já expliquei, acabou abandonado. Não obstante, trago-o como uma linha de fuga. Se profissionais e pesquisadores são agentes de um campo em formação, por que não as pessoas submetidas a tratamento? Comecei com Lúcia (personagem criada por Chrysanthème) e Lima Barreto, pioneiros nesta escrita rara e necessária, que é a das próprias pessoas que usam drogas refletindo sobre os modelos de tratamento a que são submetidas.

Seria possível citar pelo menos três livros importantes nesta linha: “Junky”, quando Burroughs (2013) descreve sua busca de apoio junto a clínicas e técnicas alternativas (o yage / ayahuasca na Colômbia); “Eu, Cristiane F., treze anos, drogada e prostituída”, clássico dos anos 80, que foca o tratamento para dependência de heroína; “Retrato de um viciado quando jovem”, no qual Bill Clegg (2011) relata sua luta contra o crack, analisando as técnicas terapêuticas de que lança mão. Não obstante, são narrativas estrangeiras, o que diminui a potência do diálogo que pretendo fazer acontecer entre as narrativas que escolhi.

Neste sentido, lanço mão de algumas poucas obras brasileiras dispersas no tempo e no espaço, descontínuas, desconectadas. Em 1984, uma canção faria sucesso em meio a outras tantas que compunham a efervescência pop-rock da Porto Alegre daquele período. Gravada em uma importante coletânea local, “Levaram ele” inovava ao trazer o tema das drogas na perspectiva dos amigos que perdem o contato com um integrante da turma por conta de uma internação:

> Levaram ele
> Levaram ele
> Ontem a notícia chegou na esquina
>
> Ganhamos um amigo a menos
> Ganharam outro pra clínica
>
> Levaram ele
> Levaram ele
> Ontem a notícia chegou na esquina
>
> Boa gente, gente de bem, bem vestida
> Carros, brotos, grana e tudo mais
> Falava em trocar de vida
> Deixar tudo pra trás
>
> A família disse que tudo começou
> Com a nova turma do colégio
> Ele andava muito nervoso
> Não respeitava mais nada
>
> “Acabou a nossa paciência
> Vamos tomar providências!” (GAROTOS DA RUA, 1984)

Som de motores, e uma sirene (um carro de polícia?). Uma bateria introduz o inconfundível ritmo de rock'n roll clássico. Os primeiros versos falam da esquina, ponto de encontro, onde a notícia da internação chega e circula, pautando a conversa dos colegas que lamentam ter perdido mais um amigo para clínica (a frase "ganharam *outro* pra clínica" deixa claro que não se trata de um caso isolado). A boa posição socioeconômica da família do rapaz internado é destacada ("boa gente, gente de bem, bem vestida"), assim como uma manifesta preocupação do núcleo familiar conservador diante do fato de que o garoto estaria perigosamente disposto a "trocar de vida" e "deixar tudo pra trás" ("carros, brotos grana e tudo mais"). No registro do sentimento dos familiares, a ideia recorrente de que são as más companhias as responsáveis pelo comportamento rebelde e por um eventual envolvimento com o uso de drogas ("tudo começou com a nova turma do colégio").

À margem do campo, na periferia do discurso, emerge a imagem da clínica especializada. Tema comum na literatura especializada, mas por algum tempo muito raro no cinema, teatro, literatura e música pop, a internação para desintoxicação e/ou para afastar-se do uso de drogas tornar-se-ia elemento recorrente em filmes, novelas e programas de fofocas sobre celebridades. E na literatura. No caso brasileiro, encontro um registro interessante em Benjamin Costallat, um dos cronistas mais lidos nas décadas de 1920 e 1930, e que hoje se encontra praticamente esquecido. Em 1924, Costallat escreve uma série de crônicas para o Jornal do Brasil, dentre as quais está "O segredo dos sanatórios", que aborda os espaços privados especializados no tratamento de pessoas que usam drogas (COSTALLAT, 2006). Em seu estilo pessoal, o jornalista recorre a um diálogo imaginário para iniciar sua abordagem do assunto:

> - Há quanto tempo, meu velho... Onde tens andado?...
> - Estive fora, é verdade!...
> - Onde?
> Depois de uma ligeira hesitação, o outro responde:
> - Numa fazenda... Sim, numa fazenda...
> - Longe daqui?
> - Sim, em São Paulo...
> O interlocutor amável e imprudente insiste:
> - Em que zona?
> O outro, mais atrapalhado ainda, depois de uma hesitação maior, torna a responder ao indiscreto:
> - Oh! Na zona do café... Na zona cafeeira, naturalmente... Eu não compreendo São Paulo sem café, sem ser uma admirável fazenda de café... (COSTALLAT, 2006, p. 115)

Costallat afirma que esta cena teria se tornado habitual naqueles primeiros anos da década de 20: a mesma Belle Époque tropical de Chrystanthème; a mesma década de 20 em que o farmacêutico Júlio Araújo publica artigos defendendo maior controle sobre o comércio de drogas; o mesmo 1924 em que Pernambuco Filho e Adauto Botelho lançam "Vícios sociais elegantes". No texto que segue, o cronista aborda justamente esta "elegância":

> A sociedade não se vexa com os seus vícios, vexa-se com a divulgação do tratamento.
> Não há mal para um elegante do dia saber-se que ele é um viciado de tóxicos.
> Pelo contrário.
> Há até, para ele, um certo encanto...
> Com isso ele sabe que provoca a curiosidade perante as mulheres...
> Curiosidade! E com a curiosidade das mulheres se vai longe...
> O almofadinha imbecil tem mesmo a volúpia de passar por um toxicômano.
> Acha profundamente elegante. (COSTALLAT, 2006, p. 116-117)

Mas, se fosse possível ouvir um destes ditos dândis dos anos 20, ver-se-ia corroborada tal descrição? A melindrosa de Chrysanthème é muito menos superficial do que o cronista carioca poderia imaginar... O problema do estereótipo não é a mentira, mas a redução da diversidade a um desenho empobrecido, muitas vezes destituído de humanidade. Não obstante, e mesmo com sua escrita que acua o toxicômano, Costallat oferece como explicação, se não correta, ao menos possível, face o silêncio organizado em torno do tratamento para pessoas que usam drogas:

> O almofadinha reprovado no Dom Pedro II acha, pois, como tantos outros, o vício uma instituição elegante e útil. E não esconde que o tem. Pelo contrário. Insinua vícios que nunca teve e nunca terá...
> Mas o que os viciados não querem que se saiba é o tratamento que sofrem nos sanatórios.
> A elegante caixinha de cocaína perde o seu encanto quando se divulga a série de purgantes e de lavagens que ela provocou.
> O viciado perde sua auréola.
> Não há poesia que resista a uma lavagem...
> Daí ser o tratamento do vício, secreto, apesar do próprio vício ser público e notório. (COSTALLAT, 2006, p. 117)

Em 1994, um livro abre as portas e escancara o segredo. Em "Ala fechada", Caho Lopes conduz o leitor pelo cotidiano de uma destas clínicas especializadas no tratamento de pessoas que usam drogas. A narrativa é construída de modo romanesco,

com cuidado em usar pseudônimos não apenas para si mesmo e todas as demais personagens, como também para a própria clínica, a "Jirinosvki". O proprietário é apresentado como um psiquiatra desonesto, que não hesita em aproveitar-se do desespero de seus pais para garantir sua internação, e os ganhos financeiros decorrentes da mesma. Não obstante, Caho consegue emprestar à personagem uma segunda motivação, de cunho moral, e o faz externando um solilóquio do médico:

> Esses drogados milionários são uns merdas, mesmo. Ao invés de ficarem na beira da piscina, tomando sol e chope à vontade, com algumas vagabundas passeando peladas ao redor, vão buscar sentido para suas vidas em montanhas de cocaína. (LOPES, 1997, p. 16)

Os primeiros capítulos são nominados com a data de cada dia descrito. A narrativa tem início no dia 2 de junho de 1992, articulando um conjunto de acontecimentos simultâneos: o roubo do cartão bancário de seu pai como meio de sustentar a compra de cocaína, enquanto o mesmo procurava uma clínica para interná-lo; suas reflexões ao longo daquele dia, o diálogo entre seus pais e destes com o irmão mais novo; toda a preparação para a internação, realizando-se em paralelo ao seu dia de uso (LOPES, 1997, p. 13-26).

No capítulo seguinte, dia 3 de julho, as preparações da véspera começam a concretizar-se: o pai o acorda cedo da manhã e lhe comunica a decisão de interná-lo. Klaus (este foi o pseudônimo escolhido por Caho) segue deitado depois da conversa, levantando-se apenas perto do almoço, sentindo um clima estranho na casa. Pensava em uma forma de evitar a internação, mas o almoço em família lhe faz perceber que caso o fizesse, perderia o pouco de crédito e afeto que ainda lhe devotavam em casa. Solicita uma conversa com o psiquiatra responsável, e dali é conduzido à clínica, situada em uma área rural na periferia de Porto Alegre (LOPES, 1997, p. 27-54).

Antes de modificar meu projeto de pesquisa, cheguei a entrevistar duas pessoas que passaram por internações em clínicas especializadas no tratamento de pessoas que usam drogas, durante os anos 80 e 90. Julgo pertinente articular tais entrevistas neste momento da escrita, quando busco na literatura e na música a voz das pessoas que usam drogas submetidos a tratamento, porque ambos, cada qual à sua maneira, alcançaram algum grau de reconhecimento no campo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. Chamá-los-ei Thomas (De Quincey) e William (Burrougs), e os colocarei em diálogo com Caho Lopes. Abaixo, ambos falam dos momentos iniciais em suas primeiras internações:

> - Como foi minha primeira internação? Minha mãe pegou um cemitério de maconha que eu tinha – e eu, naquela época, só fumava maconha. Isto foi 1980... Eu tinha 16 anos. Eu tinha uma caixinha de fósforo com algumas pontas, e aí... Pum! Hospital Espírita. Já havia outras coisas. A própria Jirinovski já exista. Mas foi o primeiro lugar que acharam pra me botar. Então eu me pergunto muito: Será que eu seria um usuário de drogas tão pesado quanto eu me tornei, se eu não tivesse sido internado pela primeira vez? E por isto desta minha luta. Hoje, depois da lei manicomial, depois de tudo o que se fez, tá muito diferente. Hoje tu não consegue mais uma internação como havia nos moldes da Jirinovski, por exemplo. (Thomas)

No caso de William, sua primeira internação deu-se num momento em que ele sequer tinha sido diagnosticado como alcoolista ou dependente químico; a medida se justificava porque ele não conseguia sustentar a abstinência necessária para fazer um tratamento para síndrome do pânico, com utilização de medicamentos psicotrópicos. Seria o início de uma carreira, no sentido dado por Goffmann:

> - Aí eu fui neste médico, e ele passou uns remédios, uns antidepressivos, explicou o que era o pânico... E eu comecei a tomar, voltava pra consultas de tempos em tempos. Aí meus familiares contavam pra ele que eu estava bebendo, e eu dizia que eram apenas duas cervejas. "É não! É dez!". "É duas doses?". "Não, é vinte...". E eu acho que numa terceira ou quarta visita, ele disse: "Olhe, vamos fazer o seguinte: vamos experimentar uma internação para você desintoxicar, para a medicação fazer efeito.". Não era nem tratamento de alcoolismo não. E eu fui para uma clínica particular muito boa, cara, e paguei com o meu dinheiro. Ainda tinha. Não houve nenhuma abordagem sobre meu uso de álcool. Quando eu voltei, o médico disse que eu era alcoolista. Foi a primeira vez que alguém me disse aquilo. E me encaminhou para outro médico, cuja esposa era diretora de um centro de prevenção no Recife. Ele foi muito bom e ético. Através dele, tive a primeira internação num bom serviço. Passei os 28 dias. Era albergue, tinha desintoxicação... Mas eu ainda não achava que era alcoolista. Eu fui porque o povo disse. (William)

Ao chegar, Klaus percebe que tudo era muito diferente do que havia imaginado. Nada de hortas ou qualquer coisa que se assemelhasse a uma chácara; apenas uma ala fechada por detrás de uma grossa porta de metal, as janelas gradeadas. Sentia-se traído. Comenta com outro interno que pretende pedir a seus pais que o levem a outro lugar, ouvindo em resposta que isto não acontecerá: o primeiro contato com a família poderia demorar até dois anos. Percebe que não havia trazido nenhum material de higiene pessoal, e pede a um de seus colegas; este assente, mas explica que terá de ser rápido, porque "[...] se te pegam usando minhas coisas, ficaremos medicados e amarrados por pelo menos três dias" (LOPES, 1997, p. 61).

> Quando eu olhei a clínica de Olinda, eu disse que naquele lugar eu não ia ficar. Aí disseram que tinha outra. Vi que era bonita, que tinha piscina, achei ótimo. Antes desse terceiro internamento, eu fui internado numa clínica com piscina bonita... Mas depois que você entra na casa, eles te botam na grade, e você assina um termo aceitando ficar incomunicável por cinco dias. O cara veio me pedir cigarro, eu dei, e o guarda botou ele no isolamento. Eu tentei dizer que não tinha problema, que eu tinha cigarro, e o cara dizia: "Não interessa! Ele sabe que não é para pedir!". Fui dormir com um cabra bem fortão, negro, que me pediu um cigarro. Eu dei o cigarro. Aí eu lhe perguntei por que ele estava ali, e ele respondeu que era por causa de maconha. "Maconha?". Amanheceu o dia seguinte, e eu vi a mazela. Todo mundo preso, ia no pátio, tomava um solzinho, fumava um cigarro e voltava pra grade. De noite era gente chorando, pedindo socorro, e ninguém ouvia. E eu pensando no pânico, pensando que se eu tivesse uma crise, não viria ninguém. Ninguém ia atender. (William)

Klaus percebia que a vigilância na clínica havia se tornado muito mais severa desde uma tentativa de fuga coletiva, frustrada pela delação de dois outros internos. Na segunda quinzena, começa a sofrer as consequências de ter sido delatado por um de seus colegas de internação, sobre um comentário que fizera acerca do odor dos seguranças. Sua cama era desarrumada algumas vezes ao dia, era acusado de ter roubado a carne do prato de seu vizinho de refeições, mas o ápice se dá quando um dos seguranças o flagra se masturbando durante o banho, e lhe introduz violentamente os dedos no ânus (LOPES, 1997, p. 80-86).

A primeira consulta de Klaus com seu psiquiatra ocorre apenas um mês depois de sua internação. Nela, um festival de humilhações. Relata saudades de sua mulher, e ouve do médico que "[...] é só lavar que fica nova" (LOPES, 1997, p. 91). Com relação aos seus familiares, o médico afirma que seu pai estaria disposto a qualquer coisa para vê-lo melhor, "[...] mesmo que para isto, tenha que ser lobotomizado" (Idem, p. 91). Após isto, durante o banho, percebe uma fragilidade na janela basculante do banheiro, e secretamente analisa a possibilidade de uma fuga.

Dias depois, compartilha o plano com um de seus colegas de internação. Outros dois unem-se à ideia, que começa a ser lentamente levada a cabo. Dia após dia, os parafusos da janela do banheiro vão sendo retirados. Uma falta d'água obriga os internos do outro quarto (eram apenas dois, coletivos) a usarem o banheiro. Diante a iminente descoberta, Klaus tenta convencer um dos colegas do outro quarto a manter segredo. O pedido é rigorosamente desprezado: o plano é delatado, e Klaus assume toda a culpa, resultando-lhe em uma pesada punição, por meio de amarras e hipermedicação (LOPES, 1997, p. 93-97).

> De noite, os caras estavam todos bons, mas quando era de manhã, depois do remédio, eles ficavam todos robotizados, babando. E aí a família achava que eles estavam precisando da internação. No terceiro dia, tinha uma visita de família, e eu dei um discurso: "Olhe, o seu filho conversou muito comigo, uma história assim, não sei o que lá... De noite tá todo mundo bom, mas de manhã tá tudo babando!". Aí, quando eu disse tudo, eu olhei pra um lado, olhei para o outro... "Hoje eu não durmo mais aqui não...". Liguei para minha esposa e pedi que ela viesse. Liguei para os funcionários e pedi que viessem, porque eu já sabia de algumas mazelas de clínicas por causa da Tamarineira, e tinha dito: "Olha, quando eu mandar me tirar, é pra tirar na porrada. Não tem conversa não.". Chegaram os funcionários, minha esposa, e não teve muito problema para sair. (William)

Novos internos chegam à clínica, obrigando a contratação de mais seguranças. Klaus inicia uma aproximação com um destes, e tem início a construção de um elaborado plano de fuga. Ao longo do processo, o ambiente melhora sensivelmente, e parcerias vão se construindo. Ainda que submetido a um modelo de tratamento no qual as violações de direito constituem o próprio método, uma *política da amizade* emerge como estratégia de cuidado e resistência. Mas havia dois internos cuja postura era radicalmente distinta. Kevin e Victor haviam se adaptado ao funcionamento da clínica, e se moviam muito bem com base nos frágeis ganhos secundários de que usufruíam por manter os psiquiatras informados de tudo o que acontecia na ala fechada. Cônscios de tais atos, mas impossibilitados de reagir, os demais internos buscam manter distância, bem como o segredo de tudo o que planejam, falam e sentem.

> Na minha fuga da clínica, o único que planejou alguma coisa foi eu. Por que quando eu repartia com os outros os meus projetos de fuga, alguém me delatava. E aí eu acabava sendo punido por aquilo. Então eu decidi: "Não vou falar porra nenhuma. Na hora em que eu estiver fazendo eu vou fazer, comunico pros caras na hora". E foi o que realmente aconteceu. Lembro direitinho quando eu entrei no quarto mais próximo da porta, o último quarto do corredor, que tinha três caras, e eu disse: "Vou fugir, é agora. Vocês vão junto?". Eles responderam que iam, e na mesma hora começou. Então, é uma coisa de momento. Ainda mais dentro da Jellinek, onde os caras premiavam o delator. (Thomas)

Alianças, traições, delações, pactos, planos, estratégias, motins, fugas... Em nada esta terminologia remete ao contexto do cuidado. É de luta, de guerra que se fala aqui. De contraconduta e resistência. Em ato, um discurso se formula. Silenciosamente, uma convulsão é preparada. Uma dos internos sai às pressas para uma cirurgia de apêndice, e consegue ligar para os pais em um momento de descuido dos seguranças. Mesmo dócil e colaborativo no cotidiano da clínica, fica sabendo que os psiquiatras haviam lhe

rotulado como um psicopata intratável, que se recuperaria apenas com dois anos de internação. A notícia se espalha entre os internos, que conseguem transformar a seção semanal de terapia em uma espécie de assembleia, em que denunciam o caráter empresarial da clínica, e as graves e cotidianas violações de direitos.

> Por que é que os donos de clínicas, os funcionários, os médicos, os psiquiatras, batem nesta tecla de que a fuga é a doença se manifestando, é o sujeito necessitando usar droga, e que aí foge da clínica? Bom... Uma clínica não é nada mais nada menos que uma empresa. Objetiva o lucro. E qual empresa que vai dar tiro no pé e falar mal de si mesmo, ou do seu produto? Qual é o produto da clínica? Tratar o paciente, e fazer com que este paciente saia de lá bem. Então não dá... Jamais este cara, este proprietário de clínica, este psiquiatra que trabalha nesta clínica, este médico que trabalha numa clínica, jamais ele vai falar mal do seu sustento. E aí é uma grande incoerência nesta história toda; eu não canso de dizer que eu tenho uma suspeita enorme dos psiquiatras – e olha que eu me trato até hoje, eu tenho meu psiquiatra, mas eu sigo mantendo esta desconfiança. O paciente é cliente do psiquiatra, ao menos no sistema privado. Aí o psiquiatra vai tratando o cara. E quando o cara tá bem, ele recebe alta. Como é que é isso na cabeça do psiquiatra? Quer dizer que quando ele atinge o sucesso, ele perde sua fonte de renda? Porque se eu sou empresário e tenho sucesso, cada vez eu ganho mais dinheiro. Agora, o psiquiatra não; quando ele tem sucesso, ele perde sua fonte de renda. (Thomas)

Tudo aconteceu muito rápido. O grupo consegue atrair um dos seguranças ao quarto, e o imobiliza. Klaus quebra o vidro da janela do banheiro, e toma um dos cacos como arma. Ganham o pátio, usando o segurança como refém. Sem conseguir forçar os portões de ferro, terminam arrombando o teto de um dos banheiros, ganhando a rua. Todos juntos. Inclusive os delatores (LOPES, 1997, p. 134-138).

> A pessoa que tá numa clínica, independente de ter ido pra lá à força ou não, ela acaba se propondo ao tratamento. Eu tive uma internação forçada, e eu fiz o tratamento. Por quê? Porque eu compreendi que aquela clínica era o melhor lugar para eu estar naquele momento, e que eu tinha que fazer o tratamento. Quando tu faz uma fuga, é uma denúncia que tu faz. Se não para o público, pelo menos para os teus familiares. É sim, um ato político. Um ato político, nessas relações que permeiam as pessoas. Assim como foi um ato político do meu pai, por exemplo, me colocar na Jirinovski porque ele precisava que eu ficasse afastado. A internação também pode ser um ato político. (Thomas)

Retorno à música. Outro ritmo, outro sotaque, outra forma de posicionar o mesmo assunto, o mesmo problema. Repetição do tema, mas posicionado a partir de novas palavras. História que se repete, não como farsa, mas com alguns nítidos e importantes deslocamentos. Se “Levaram ele” traz as vozes da família e dos amigos, o

hip-hop que compartilho agora oferece a narrativa do próprio usuário de drogas colocado sob risco de internação involuntária ou compulsória. O poema, com a dureza característica das letras de RAP, constitui uma recusa categórica dirigida a um sujeito oculto que pode ser não apenas a família apavorada ou determinada prefeitura envolvida em políticas higienistas de recolhimento, mas toda a sociedade:

> Eles vão querer me internar
> Vão querer me internar (Eu não vou não)
> Eles vão querer me internar, boy (mas eu não vou)
> Só porque sou louco mermo e nunca vou parar
>
> Eles vão querer me internar, boy
> Porque minha cabeça não consegue parar de pensar, boy
> Nas coisas loucas da vida que vem pra pirar, boy
> N'agente não dói, mas em quem gosta d'agente dói, boy
>
> Eu não quero viver enjaulado sem fazer meu som
> Sem ficar bolado queimando um do bom
> Belota do barro daquele marrom
> Gravar no riddim que é pra mostrar o dom
> Cair na balada, beber com a galera
> Beijar minha mina que eu amo na vera
> Curtindo a ressaca naquela sequela
> Então já era...
>
> Eu vou querer fugir
> Eu não vou resistir
> Eu vou querer sair bem louco correndo por aí
> Querendo me divertir, ninguém vai me impedir
> Sou inconsequente mermo, por essas e outras que eu digo que...
>
> Vem, aplica esse Haldol logo e deixa de lero-lero
> Mermo tu sabendo essa porra de droga não é isso que eu quero
> Acho que eu tô louco mermo, tô louco pra dar um bolero
> O tempo passando, tu me drogando e eu nunca, nunca regenero
> (SACAL, 2008)

Mais de vinte anos e quase quatro mil quilômetros separam “Levaram ele” de “Eles vão querer me internar”. Se na canção dos Garotos da Rua eu ouço as vozes de amigos e familiares, no hip-hop do músico paraibano Sacal eu escuto a voz do próprio usuário de drogas que não se vê como dependente e teme uma internação, como numa versão pessoense e musical para o drama descrito pelo curitibano Austregésilo Carrano, ao qual chegarei em poucas páginas. Dentre as razões do receio, a inconsequência e o fato de que sua cabeça não consegue parar de pensar “[...] nas coisas loucas da vida que vêm pra pirar”. No final da música, a previsão sombria sobre como deve ser a internação, à base de haloperidol e sem nenhuma conversa.

Mas há mais. Sacal é categórico ao afirma que não quer viver enjaulado, sem poder fazer sua música ou fumar maconha. Quer beber com seus amigos, que beijar sua garota, que afirma amar de verdade. Até mesmo eventuais consequências negativas são passíveis de serem curtidas, como a ressaca e a sequela. Mas não a internação; desta, Sacal só pensa em fugir. Curioso que afirme que não vai resistir, posto que sua fuga não deixa de ser, em si mesma, um ato de resistência: talvez o que o rapper queira dizer, é que ele pretende fugir por não resistir à própria internação...

Ainda que seu livro seja uma denúncia do horror manicomial em sua interface com o cuidado de pessoas que usam drogas, Caho explica que resolveu escrevê-lo por acreditar "[...] que um lápis, uma folha de papel em branco e a vontade de exteriorizar o que vai em minha alma trazem como resultado a melhor e mais completa terapia que conheço" (LOPES, 1997, p. 9). Mesma motivação de Flavio Migliano, que tem seu livro como uma maneira de "[...] exorcizar meus demônios internos e compreender meu comportamento de viciado, de narcisista, de egoísta" (MIGLIANO, 2013, p. 19).

Mas, seria permitido aliar uma análise arqueológica a um olhar para as motivações expressas em pelo menos algumas dessas obras? A pergunta se justifica, já que ao arqueólogo não importariam perguntas do tipo "o que o autor quis dizer?", e sim com questões mais muito simples, como "o que ele disse?". Não obstante, a curiosidade acerca das motivações se justifica, nos casos em que ela é parte do discurso. Nada de buscar um motivo nas entrelinhas: é na superfície do discurso que ele será encontrado, caso exista.

> Incentivar o debate é a minha meta. Discutir tabus. Quebrar paradigmas e dogmas para que, a partir daí, possam surgir novas ideias e propostas. Fazer com que os leitores conversem e que troquem experiências. Abordar temas complicados, como a legalização, a descriminalização, a corrupção policial e a mudança das leis vigentes. (MIGLIANO, 2013, p. 19)

A narrativa de Migliano se distingue daquela empregada por Caho Lopes; enquanto este tomou um caminho romanesco, o outro optou pelas memórias. Mas a diferença não é apenas esta: Se "Ala fechada" permite observar o cotidiano de uma instituição fechada de tratamento para pessoas que usam drogas, a ênfase de "Reflexões de um dependente enquanto sóbrio" devota maior espaço para a vida de Flavio, e sobretudo para seus anos como usuário de drogas. As técnicas e políticas públicas de saúde aparecem ao longo do livro, mas estão muito mais presentes nas páginas finais e

iniciais. No primeiro capítulo, por exemplo, o autor posiciona, de um lado, "[...] os profissionais que pregam a legalização completa e irrestrita, sem levar em conta a realidade brasileira"; do outro, aqueles que "[...] consideram o discurso terrorista e proibicionista como o mais eficiente" (MIGLIANO, 2013, p. 26). Entre ambos, uma terceira via:

> E, no centro, minoria absoluta, apanhando de todos os lados, estão os moderados. Aqueles que acreditam que a política da redução de danos é muito mais vantajosa do que criminalizar o usuário. É mais humano, por consequência, mais funcional aproximar o usuário e o dependente dos cuidados do Estado e associações que lidam seriamente com o tema. Isso não significa, de maneira alguma, incentivar o uso. É uma entre muitas opções, e não a única. (MIGLIANO, 2013, p. 26)

Ao longo de toda sua narrativa, Migliano exercita este esforço de pensar por uma terceira via. Se ataca a ineficácia das políticas de proibição, também critica a fetichização das drogas. Diz sentir uma sincera empatia para com o desconforto vivido pela população de Amsterdã, pois "[...] também não gostaria de morar em um lugar em que diariamente tem odor de urina, bêbados pela rua" (MIGLIANO, 2013, p. 126). Considera o esforço de sustentar tal perspectiva sobre políticas de drogas um ato civilizatório, por "[...] mostrar aos caretas que não existe uma solução simples para resolver o problema", e aos usuários, "[...] que o buraco é mais embaixo" (Idem, p. 218). A respeito das modalidades de tratamento, o autor busca em sua própria história uma ponte que possibilite dialogar com as técnicas e políticas de cuidado. As especificidades de seu caso, que envolveu uma tentativa de suicídio e um grave acidente de carro, resultam em uma defesa da diversidade; apenas ela seria capaz de acolher as diferenças:

> Para toda doença existe um tratamento. Eu não poderia ser internado em uma clínica de recuperação, pois minha recuperação física do acidente não permitiria isso. Eu não teria acesso aos fisioterapeutas e ortopedistas. Apesar de que, no fundo, talvez essa fosse a vontade dos meus pais. Talvez eles achassem que essa seria a melhor solução. Como a maior parte das pessoas acha. Só que as pessoas se esquecem que ninguém é igual a ninguém. O que funciona para um, não funciona para o outro. (MIGLIANO, 2013, p. 219)

Migliano segue falando de seu processo. Das dificuldades, da luta cotidiana, do modo como pequenas provações do dia-a-dia se apresentam como rico material analítico. E das pequenas alegrias, por certo. Cultiva o desejo de voltar a beber seu chope, mas apenas quando tiver certeza de que isto não implicará no despertar de "[...] outras vontades adormecidas" (MIGLIANO, 2013, p. 223).

No último capítulo, algumas considerações esparsas, com um precário fio unindo-as. Acredita que a maioria das clínicas, religiosas ou tecnicistas, investe em práticas semelhantes às de lavagem cerebral para resolver a vida de sua clientela, substituindo a dependência de drogas por outras, como a religiosidade. Assume posição contrária à internação involuntária como estratégia central em uma política pública, mas considera-a importante em casos pontuais (MIGLIANO, 2013, p. 243).

É por meio de uma internação involuntária que Austregésilo Carrano Bueno trava contato com tratamento em saúde dirigido a pessoas que usam drogas, em um manicômio público paranaense, na primeira metade da década de 1970. Seu livro, que viria a tornar-se uma das mais importantes referências para o movimento brasileiro da luta antimanicomial, abre com um poema que anuncia os horrores que serão expostos nas páginas seguintes:

> SEQUELAS... E... SEQUELAS
>
> Sequelas não acabam com o tempo. Amenizam.
>
> Quando passam em minha mente as horas de espera, sinceramente, tenho dó de mim. Nó na garganta, choro estagnado, revolta acompanhada de longo suspiro.
>
> Ainda hoje, anos depois, a espera é por demais agoniante.
>
> Horas, minutos, segundos são eternidades martirizantes. Não começam hoje, adormeceram, a muito custo... comigo.
>
> Esta espera, oh Deus! É como nunca pagar o pecado original. É ser condenado à morte várias vezes.
>
> Quem disse que só se morre uma vez?
>
> Sentidos se misturam, batidas cardíacas invadem a audição. Aspirada a respiração não é... é introchada. Os nervos já não tremem... dão solavancos. A espera está acabando. Ouço barulho de rodinhas.
>
> A todo custo, quero entrar na parede. Esconder-me, fazer parte do cimento do quarto. Olhos na abertura da porta rodam a fechadura. Já não sei quem e o que sou. Acuado, tento fuga alucinante. Agarrado, imobilizado... escuto parte do meu gemido. Quem disse que só se morre uma vez?

Nas primeiras páginas, o leitor é convidado a participar da turma de amigos de Austry, personagem de Carrano no livro, então com 17 anos. Eram todos muitos jovens, com idades oscilando entre 14 e 19. Gostavam de reunir-se no estúdio de fotografia dos pais de um dos garotos, usando drogas como maconha, Artane® e outras, ao som de Pink Floyd e outros grupos da época. A cocaína era rara, e aparecia apenas quando alguém trazia depois de uma viagem. Uma conversa entre Austry e outro jovem permite observar como o tema do cuidado circulava entre eles:

> - Artane é foda. Você vê o diabo. É ácido de pobre. E pico, você já transou?
>
> - Não, e nem tô a fim...
>
> - Você não sabe o que tá perdendo!
>
> - Acho sujeira.
>
> - Que nada, cara! A gente tem mais é que curtir e depois é só ter cuidado. Você toma uns cc hoje, dá o tempo de alguns dias para tomar outra dose. É uma viagem que você quer que nunca acabe.
>
> - Eu acho muito arriscado. Esse papo de viciar é muito perigoso.
>
> - Cara, não tem perigo de viciar, não... é só dar um tempo entre uma picada e outra. Deixa de ser bunda-mole.
>
> - Bunda-mole é a porra! Eu acho sujeira e pronto. Se você quer correr o risco, meu chapa, e se tornar escravo da coisa... o problema é seu, tá legal?
>
> - Tá legal, tá legal, não precisa se enervar não! A escolha é sua, ninguém tá querendo fazer sua cabeça, não. Se você ficar só nas bolas e no fumo, tá limpo, eu tomo uns picos de vez em quando... é só ter cuidado.
>
> - Que cuidado? Você entrou numa de colocar nos canos e o cuidado desapareceu, meu chapa. E se vacilar, vai ser garotão de bicha, só pra conseguir bagulho. E aí, meu irmão, a barra pesa. Acho que o bunda-mole aqui é você, cara! (BUENO¸2001, p. 11-12)

Interessante este início do livro. Diz o senso comum que não existe amizade entre pessoas que usam drogas. Por trás de toda e qualquer ação, haveria o jogo de interesses, o desejo de levar alguma vantagem, ou mesmo um prazer perverso em ver mais pessoas se tornarem toxicômanas. Aliás, tal afirmação não está presente apenas no senso comum, mas também na voz e na caneta de alguns especialistas, de ontem e de hoje. Mas Carrano mostra que o cuidado existe, que a preocupação existe, que os usuários são capazes de se preocuparem uns com os outros. Flávio Migliano, que devotou muito menos espaço em seu livro ao tema do tratamento do que Carrano e Caho Lopes – talvez porque sua experiência tenha sido muito boa -, também descreve uma situação em que se pode observar esta preocupação com o cuidado, entre amigos:

> Depois de muito tempo que estava no rolê com o Chicano, comentei que tinha experimentado cocaína pela primeira vez com ele. Não lembro ao certo como chegamos a abordar o assunto, mas independentemente disso, ele ficou muito puto, dizendo que eu devia ter avisado, que se ele soubesse, não teria me apresentado.
>
> Conheci muita gente que pensava assim. Ninguém quer apresentar cocaína e crack pela primeira vez para alguém. Ninguém quer ser responsável pela desgraça dos outros, inconscientemente, acredito. Apesar de ser considerada pela maioria – dos desinformados – como verdade absoluta, que os viciados aliciam os não viciados a experimentarem, nem sempre é assim. (MIGLIANO, 2013, p. 90-91)

Volto “Canto dos malditos”, cuja história é muito conhecida, por ter servido de base para o roteiro do filme “Bicho de sete cabeças”. Depois de um capítulo inteiro dedicado ao ambiente de amizades que vivia em meio à década de 1970, ocorre uma virada brusca. Austry é convidado pelo próprio pai a visitar um amigo no hospital, e na chegada, antes mesmo de adentrar o saguão, é contido por dois enfermeiros e conduzido à força até uma enfermaria, onde é finalmente informado de tudo o que está acontecendo.

Sua mãe havia encontrado um cigarro de maconha em suas roupas, durante uma limpeza em seu quarto. A família discutiu o assunto, decidindo pela internação. Austry não acredita que seus pais tomaram esta decisão e o conduzira àquele lugar, sem nenhuma conversa prévia. Afirma não ser viciado, e ouve do enfermeiro que todos dizem o mesmo.

> Que medo! Eu não acreditava, era um pesadelo... Só podia ser um pesadelo – eu, internado para fazer tratamento por fumar maconha... Se eu tomasse pico, cocaína, tá certo. Mas eu não tomava, mal tinha cheirado uma ou duas vezes. Só porque fumava maconha? Às vezes eu passava semanas sem colocar um fininho na boca. Qual é? Maconha não vicia ninguém, e quem disser o contrário, eu desafio a provar que maconha vicia. (BUENO, 2001, p. 53)

Austry é sedado e acorda apenas no dia seguinte. Começa a circular pelo manicômio, tentando entender o que está lhe acontecendo. Chama sua atenção um canto do pátio, no qual se reuniam pessoas em um estado especialmente degradado, parecendo muito piores que todos os demais. Sente uma ansiedade brutal. Percebe a presença de um enfermeiro, e lhe explica que acabara de chegar, mas que ainda não estava entendendo nada. Queria sair dali. O enfermeiro, sem lhe dar muita atenção, explica que ele deve falar com o médico. O médico aparece, mas vai embora sem lhe falar. O enfermeiro lhe explica que o psiquiatra irá atendê-lo apenas quando lhe aprouver, e seria melhor que ele se acalmasse, para seu próprio bem. Seu desespero cresce exponencialmente (BUENO, 2001, p. 53-57).

Em um canto do pátio, percebe um rapaz que lhe perece normal. Iniciam uma conversa: Rogério já havia sido internado muitas vezes por conta do pico, estava ali havia cinco meses, e lhe oferece as primeiras explicações acerca do cotidiano institucional. De saída, desencoraja qualquer plano de fuga. Fala do uso de medicação como estratégia de contenção, dirigida aos internos que “incomodam”, assim como o eletrochoque. Além disto, ainda haveria a medicação de uso cotidiano, que consistia em

uma dieta de mais de vinte comprimidos diários. Austry questiona: tanto as medicações cotidianas quando a eletroconvulsoterapia seriam indicadas em casos de doença mental, o que não se enquadrava em sua situação. Era apenas um usuário de drogas, e nem mesmo viciado, ao que Rogério lhe responde que, tanto para a sociedade quanto para o corpo técnico do hospício, ele era, sim, um doente mental, e como tal seria tratado (BUENO, 2001, p. 57-60).

> Cara, estou aqui porque sou dependente. Tomo e vou continuar tomando cocaína. Esses caras aqui não curam nem bêbado. Nunca viram nem uma quina de maconha, não entendem nada sobre vício, tanto é que você está aqui dentro... Agora, no meu caso, tá certo. Eu preciso de um verdadeiro tratamento, não o que eles fazem aqui dentro. Enchem-me de barbitúricos e queimam os meus chifres com eletrochoque. Cara, que tratamento é esse? (BUENO, 2001, p. 60)

A conversa prossegue. Rogério explica a Austry que a consulta, ali, não passa de uma visita rápida e geral do psiquiatra ao pátio. Nada de escuta individualizada, muito menos um divã. Todo o "tratamento" era conduzido a partir do prontuário, preenchido com de informações fornecidas pelos enfermeiros, e pela família. Suas vozes não seriam ouvidas, a menos que incomodassem – e neste caso, seriam ouvidas apenas para piorar as coisas. Estavam capturados na ordem psiquiátrica, e não eram mais donos de si mesmos (BUENO, 2001, p. 60-61).

Depois do almoço, Austry tem uma longa conversa com um dos enfermeiros. Critica a postura do psiquiatra, que o medicava antes de qualquer consulta, ouve como resposta que tudo o que o médico precisava saber havia sido informado pela família. Estava tudo em seu prontuário: era usuário de maconha, passava dias fora sem avisar, quando contrariado, ficava agressivo e batia as portas no seu quarto, andava com más companhias... Além do mais, o responsável por seu caso era considerado um dos melhores psiquiatras do Paraná, professor universitário... Ele que ficasse tranquilo, pois tudo ia dar certo (BUENO, 65-68).

Os dias transcorriam sempre na mesma monotonia. Acordava, tomava café, ia ao pátio, conversava com Rogério, recebia remédios, almoçava, ia para o quarto, levantava, tomava mais remédios, fazia um lanche da tarde, ia de novo ao pátio, jantava, tomava mais remédios e ia dormir. A rotina variava nos dias de visita, e nos dias de eletrochoque. De início, foi reticente às recomendações de Rogério, mas aos poucos ia percebendo que tudo era a mais absoluta verdade. Sonhava com o dia em que receberia uma visita de seus pais, pois tentaria convencê-los a tirá-lo dali.

No quarto dia, Austry acorda com um enfermeiro em seu quarto. O acompanha ao banheiro, mas não permite que vá ao refeitório para o café. Ao invés disto, é conduzido a um pequeno quarto, onde é trancado, com a explicação de que terá uma consulta com seu médico. Lembra que Rogério havia lhe dito que é preciso estar em jejum para o eletrochoque. Começa a desesperar-se. Sua espera vai das 7:30 até as 10:00 da manhã. Quando a hora chegou, ouviu os gritos de Rogério no quarto ao lado; ele passaria pelo procedimento, antes. Seu desespero só aumentava. Quando chegou sua vez, não conseguia ter nenhuma reação. Foi contido por dois enfermeiros, enquanto o psiquiatra iniciava a aplicação do choque. Acordou sem saber quanto tempo havia se passado, com muitas dores e o pensamento confuso (BUENO, 2001, p. 85-90).

> O que fizeram comigo foi uma violência. Sentia-me violentado, como se tivessem me currado. Fora violentado. O sol estava fazendo a minha cabeça ficar ainda mais dolorida. Fui ao enfermeiro guardião pedir um comprimido para dor. Sugeriu que eu fosse me deitar no meu quarto. Passei pelo quarto do Rogério, que estava deitado, com o travesseiro cobrindo a cabeça. Deitei como se tivesse caído de uma carro a uns 100 km por hora, procurando uma posição que doesse menos. Só saí na hora em que o enfermeiro me chamou para os comprimidos. (BUENO, 2001, p. 91)

Foram várias as sessões de eletrochoque antes que recebesse uma primeira visita de sua família, semanas depois de sua entrada no hospício. Pede veementemente aos pais que seja retirado dali naquele mesmo dia. Tenta explicar como se dá o tratamento, os horrores, os choques, o ambiente imundo, mas só consegue que pensem que ele ainda está muito mal, e relutando em aceitar o tratamento. Tudo o que ouve é que ele está bem melhor, mais gordo, corado. Sua voz está totalmente capturada, e tudo o que diz é situado na ordem do sintoma. Ao final, sente-se arrasado: as previsões de Rogério haviam se realizado (BUENO, 2001, p. 110-114).

Na segunda-feira após a visita, ainda tinha alguma esperança de que os eletrochoques fossem suspensos a pedido do seu pai. Quando viu que isto não aconteceria, suas últimas resistências desapareceram. Durante a sessão, foi medicado com haloperidol, cujo efeito consiste em contrações musculares violentas – uma contenção química na qual a pessoa é prisioneira de seus próprios músculos. Concomitante, os efeitos das dezenas de comprimidos diários começaram a impregnar seu organismo, fazendo com que ele se sentisse literalmente dopado, 24 horas por dia (BUENO, 2001, p. 114-118).

> Os dias passando, mais de noventa dias, não sei... naquele exemplo de instituição psiquiátrica – Sanatório Bom Retiro -, o melhor do Paraná ou do Brasil... aos cuidados do catedrático, professor em universidades na área de psiquiatria, o senhor doutor Alô Guimarães, o melhor psiquiatra do Paraná ou do Brasil... deixou-me escorregando nos cantos, querendo esconder-me dentro do cimento. Com medo de pessoas estranhas. Na porta de onde não se volta – um crônico... assim os novatos me chamavam. Estava no ponto. Minha família, desesperada com minha situação atual, Pressão em cima do competente psiquiatra. Prometia melhoras. Os dias passavam. Eu um goiaba! assim os novatos continuavam a me chamar. Prometia melhoras, o todo-poderoso. Mas não convencia. Exigiriam minha alta: contra sua recomendação por escrito, ele, o todo-poderoso, a concedeu. (BUENO, 2001, p. 118)

Em 1973, Serguei Livrozet escreve "Da prisão à revolta", infelizmente ainda não publicado no Brasil. No prefácio, Michel Foucault explica que considera este um livro excepcional, por escapar às duas únicas narrativas autorizadas no campo da criminalidade romanesca: não seria nem um mistério policial como em Agatha Christie, tampouco uma aventura de criminoso ao estilo "Ladrão de casaca". Aos condenados estaria vedado o pensamento, apenas sendo concedido o direito à memória, já que "[...] a infração não foi feita para ser pensada: deve, somente, ser *vivida*, depois relembrada" (FOUCAULT, 2010e, p. 75). Por meio de uma personagem imaginária, Foucault tenta acessar uma voz por trás deste interdito:

> Você contará, então, suas lembranças para si mesmo, dirá o que fez, porque foi apanhado, como viveu na prisão, de que maneira se evadiu. Que seja o mais extremo e o mais singular possível. Que relembre suas impressões e reative seus sentimentos. Que diga o que viveu. O coletivo, o conjunto, por que comunicá-lo? Não se preocupe: não é o caso de pensar ou de refletir, mas de escrever. É pelo trabalho, a beleza, a originalidade de sua escrita que será reconhecido. A escrita, aprenda, é nosso lugar sagrado e nosso elemento universal. Deixe de querer dizer, a qualquer preço, o que pensa. Escreva. Escreva como é preciso, quer dizer como queremos. Você não sabe? Você diz vulgaridades, repete-se, cai em especulações ociosas, quando lhe pedimos a escritura mesma do que viveu? Não tem importância. Vamos arranjar um gravador e você contará sua vida. Nós, nós vamos escrevê-la. Compartilharemos a receita. (FOUCAULT, 2010e, p. 75-76)

Foucault cita outro livro, "Memórias de um assassino", de Pierre-François Lacenaire, lembrando que as mesmas teriam sido publicadas apenas depois de intenso trabalho de censura. Difícil saber com exatidão o que foi apagado, mas seria possível arriscar, sobretudo quando se percebe que os detalhes dos roubos e assassinatos, mesmo os mais sombrios, parecem estar presentes. E como todos os trechos retirados foram

pontilhados, seria possível deduzir, com uma observação de conjunto, o que haveria nestas lacunas produzidas pela "parceria" entre autor e censor. Para Foucault, "[...] todas as frases censuradas tratam, manifestadamente, das relações entre o crime, o Estado, a política, a religião, a economia" (FOUCAULT, 2010e, p. 77). Ao poder instituído, seria possível permitir que um criminoso contasse suas aventuras, mas nunca que "[...] refletisse sobre o crime, sobre a questão política do crime, ou fizesse uma análise que outros (criminosos ou não) pudessem retomar e trabalhar como uma obra comum" (Idem, p. 77):

> E é precisamente no espaço em branco desse discurso explicitamente interdito (e não "recalcado") que a criminologia, a sociologia e a psicologia do crime encontraram lugar: elas se encarregaram de fazer existir a criminalidade como fenômeno de conjunto, de maneira que ela se exprima somente como um objeto de saber, como um campo de análises, como um tema de reflexões, conduzidas por outros e para outros. Não se surpreender, então, se tais "ciências" decompõem a criminalidade em uma soma de pequenas aventuras individuais, em que seriam produzidos os azares e as chances como a possessividade da mãe, a ausência do pai, a desestruturação familiar ou a imaturidade do superego: azares sociopatológicos. (FOUCAULT, 2010e, p. 77-78)

Alguns dos textos de que trato aqui têm tais características. Não todos, é verdade: ainda que possa haver algo de autobiográfico em *Enervadas* (Chrysanthème é o pseudônimo da jornalista Cecília Bandeira de Melo Rebelo de Vasconcelos, filha da escritora feminista Carmen Dolores), é certo que Lúcia é uma personagem ficcional; não obstante, o livro não se resume a uma narrativa sensual de casos amorosos e experiências com drogas, mas contempla uma importante reflexão sobre o machismo e a medicalização de práticas sociais consideradas inadequadas a uma "moça de família". Também as canções que resgato não são biografias, mas têm esta mesma carga de crítica às práticas e políticas públicas de saúde dirigidas a pessoas que usam drogas. Por outro lado, alguns dos trabalhos que consegui acessar guardam estas características que Foucault encontrou no texto de Livrozet e para o qual escreveu o prefácio: textos que não "representam" o pensamento das pessoas que usam drogas submetidos a tratamento, mas que são elementos de uma luta, "[...] expressão individual e forte de uma certa experiência e de um certo pensamento" (FOUCAULT, 2010e, p. 79).

Nas franjas do discurso, irrompe uma "[...] voz sempre ameaçada de ser cortada de seu suporte e, assim, estrangulada; essa mesma voz que se enterra no silêncio e se sufoca por uma ausência de eco" (FOUCAULT, 2002e, p. 168). Neste texto, sobre o filósofo Jean-Jacques Rousseau, Michel Foucault já alertava sobre o que pode acontecer

quando as palavras de uma pessoa são aprisionadas na ordem do sintoma. Impossível não lembrar o conto de Gabriel García Márquez (2006, p. 33-40), em que uma mulher que procura um telefone acaba entrando por engano em um ônibus que está conduzindo pacientes para um hospital psiquiátrico. Confundida com uma interna, sua insistência em telefonar é posicionada como sintoma, e cada tentativa de elucidar o caso só torna as coisas ainda piores.

Lúcia denuncia o machismo expresso no diagnóstico de enervada, afirmando não ser doente, mas sim uma mulher de seu tempo. Lima Barreto critica a mediocridade e a arrogância dos psiquiatras. Sacal anuncia disposição para resistência frente à ameaça de internação forçada, e antecipa seu desejo de fugir. Austry tenta sem sucesso uma fuga de seu claustro hospitalar. Klaus realiza o desejo de Austry e de Sacal: uma fuga cinematográfica, descrita em detalhes nas páginas finais de "Ala fechada". Não mais o silêncio da personagem de "Levaram ele", narrado por amigos e parentes, mas o relato na primeira pessoa do singular. Nas franjas do discurso, o que até então eram apenas murmúrios, amplifica-se. Na periferia do campo, vultos até então inexpressivos delineiam-se.

3.2.5 A ANÁLISE SELVAGEM DE CLAUDE OLIEVENSTEIN

No Encontro Brasileiro de Centros de Tratamento de Dependência de Drogas realizado em 1988, em São Paulo, há um nome citado como referência por seis dos nove CRR's que participaram do evento. Um leitor mais atento talvez tenha percebido isto, já durante a leitura, e talvez tenha justamente indagado: não haverá uma problematização específica em torno das contribuições de Claude Olievenstein para a reflexão brasileira em torno do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas?

Ao atento leitor, adianto: não apenas ali, como também em muitas das entrevistas que realizei junto a pessoas que se tornaram referências no campo, pioneiros na construção desta clínica, o nome do psiquiatra e antropólogo foi citado não apenas como referência, mas como divisor de águas, ou ainda mais frequentemente, como o único a apresentar caminhos a muitas das pessoas que desejavam trabalhar com pessoas que usam drogas, no Brasil, mas que discordavam de absolutamente tudo o que conheciam. E dentre suas obras, um livro foi sempre citado: "Os drogados não são felizes".

Neste livro, Olievenstein apresenta suas ideias a respeito das drogas, seus usos, bem como as técnicas e a ética que propõem para o cuidado dirigido a pessoas que usam drogas. Para isto, no entanto, constrói uma narrativa peculiar: ao invés de iniciar compartilhando seus referenciais teóricos, metodológicos e epistemológicos, este judeu alemão volta à sua infância na Alemanha nazista, descrevendo suas relações familiares, as fugas e desventuras de seus pais para afastarem-se ao máximo dos perigos do antissemitismo, sua busca espiritual e política, a mudança da família para Paris, seus encontros e desencontros com o movimento comunista, seus desencontros e encontros com o judaísmo (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 9-48).

Descreve sua formação em medicina como um período de tensões. Incomodava-o sobremaneira a coisificação dos pacientes por parte de professores e estudantes; a arrogância médica, não apenas ostentada, como preconizada; a fixação dos futuros doutores apenas nas questões da disciplina, sem nenhum interesse por quaisquer outras questões, como arte, política, filosofia... No terceiro ano, durante sua passagem pela Salpêntrière, emergem simultaneamente a paixão pela loucura e o desprezo pela discursividade psiquiátrica. Este encontro determinou sua escolha por um estágio em Charenton, preparatório ao internato, onde teve contato com uma psiquiatria clássica (OLIEVENSTEIN, 1977, p 49-60).

Em Charenton, Olievenstein trava contato com todas as nuances da violência manicomial. Vê, em ato, o funcionamento de uma instituição total, ainda que o conceito, como em Goffmann, não apareça em seus relatos. No final do estágio, eclodem os acontecimentos do maio de 1958, decorrentes da tentativa de golpe na Argélia. Por algumas semanas, Olievenstein afasta-se do estágio para retomar sua militância política, reaproximando-se do PCF e secretariando o Comitê Nacional Estudantil Antifascista. Mais uma vez, vê os comunistas franceses traírem o movimento político, fazendo com que passe a assumir-se como gaullista. Não obstante, o que resulta deste processo é uma concepção não estrutural para pensar a luta em um domínio específico, muito próxima de ideias que podem ser encontradas em Michel Foucault:

> Já não havia lutas indefinidas em minhas convicções. Restava o saber e, principalmente, a ação através do saber; restava a psiquiatria, apesar de um primeiro ano pouco animador. Deixei passar as férias. Na volta notei um pequeno anúncio que daria início a minha verdadeira carreira de médico: em fins de 1958, comecei meu estágio como interno no hospital psiquiátrico de Sotteville-les-Rouen. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 72)

Sotteville era uma instituição psiquiátrica situada no interior da França, muito diferente da grandiosidade urbana de Charenton. Uma das características que chamaram a atenção de Olievenstein dizia respeito ao sistema organizado pelo diretor, comunista, para a distribuição dos internos nas alas do hospício, que levava em conta a condição social e a posição política dos pacientes, reservando os piores lugares para reacionários e endinheirados. Também lhe foi marcante o desamparo, que terminava por se desdobrar em liberdade para os médicos residentes (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 73-77).

Com esta liberdade, Olievenstein inicia algumas experimentações. Suspende a medicação de toda uma ala, para retomá-la uma semana depois. Depois, inicia um trabalho de profundas transformações na ala das idosas. Aproxima algumas mulheres mais jovens das mais idosas, investindo nas relações afetivas dentro da instituição. Aos poucos, vai construindo uma certa "ideologia da simplicidade clínica":

> Ficara demonstrado realmente que, apesar das condições hospitalares medíocres, sempre se pode fazer algo, contando que se disponha de pessoal bom e motivado, e que se exerça também certa presença médica. Para isso bastava um mínimo de bom senso e de simplicidade, de um espírito atento e sobretudo despojado de teorizações pretensiosas, de toda mixórdia discursiva e ideológica que facilmente prolifera em torno da psiquiatria. Antes de mais nada, o fundamental era falar com as pessoas, demonstrar humanidade, carinho, em vez de comportar-se como técnico. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 82)

Percebe, de modo análogo ao visto por Basaglia na experiência de Trieste, que o hospital psiquiátrico é principalmente um hospital para pobres. A população que vivia nos arredores de Sotteville era formada por camponeses pobres, em sua maioria comunistas, politizados, ainda que profundamente crédulos e supersticiosos. Percebe também os efeitos desta pobreza em termos de altas taxas de natalidade, e na prevalência de problemas com o abuso de álcool (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 84-85).

Em 1959, Olievenstein troca a bucólica Sotteville pelo "complexo industrial da loucura" de Maison Blanche. O desprezo pelos pacientes era imenso, e a violência institucional, exuberante. Na ala das epiléticas, por exemplo, as internas eram obrigadas a usar um grosso capacete de couro, a guisa de "proteção". Retoma suas experimentações empíricas na direção de um tratamento mais humanizado, enfrentando o corporativismo dos trabalhadores de nível hierárquico inferior, que tentavam boicotar qualquer tentativa de mudança nas violentas estruturas manicomiais. Nos limites encontrados para cada tentativa liberalizante, encontra o reforço de suas convicções críticas com respeito ao modelo do hospital psiquiátrico tradicional. Reconhece no

manicômio uma instituição análoga ao presídio (inclusive no que tange às rebeliões!), ao mesmo tempo "[...] Sing-Sing e a cova das serpentes" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 99). Toma consciência "[...] da violência fundamental que é a própria vida no sanatório" (Idem, p. 99). Vê uma violência intrínseca a algumas formas de loucura, ampliada pela lógica do hospício:

> Pode ser que esta violência do doente seja provocada e redobrada pela própria instituição, pelo universo concentrador em que se manifesta. É verdade que urge humanizar-se a instituição, se é que este verbo tem algum sentido. Nesse nível de liberalismo é fácil. Mais difícil é enfrentar o assassinato, o estupro, as pancadas, os suicídios recidivos, enfim a violência inerente às formas extremas da loucura. É enorme, então, a tentação de retornar-se aos bons métodos antigos. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 100)

De diferentes maneiras e por diferentes razões, Olievenstein considera que sua formação, de fato, tem início com a experiência de Maison Blanche. No período de Charenton, era ainda muito jovem; em Sotteville, depara-se com um ambiente muito diferente do modelo manicomial francês de sua época. Maison Blanche, portanto, chega-lhe no formato mais violento, e em um momento de sua formação em que já lhe era possível construir uma crítica consistente. Neste período, aproxima-se da psicanálise e assiste alguns seminários de Lacan. A sala dos residentes era, para Olievenstein, um espaço de formação profissional e filosófica rica e profunda. Ao final do ano, no entanto, é reprovado nos exames internos, e opta por ingressar no serviço militar, desejando atuar como médico na guerra da Argélia (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 100-106).

Com o fim do conflito, retorna à França, diretamente para Sotteville. Depois de um certo tempo, consegue aprovação para prosseguir seus estudos, e parte para o hospital de Villejuif em 1964. Ainda que situado às portas de Paris, o hospital era um pardieiro execrável como qualquer outro hospício. No centro do complexo situava-se o maior de todos os prédios, sede do manicômio judiciário, fortalecendo o que Olievenstein chama de "clima hipercarcerário" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. p. 114).

Bate-se com a corporação dos enfermeiros e sua luta por direitos trabalhistas, mas sem nenhum compromisso com a melhoria dos serviços ou a transformação do modelo manicomial. Inicia uma cruzada, da qual declina quando percebe sua inutilidade, tornando-se mais diplomático, e vai, aos poucos, soltando alguns pacientes de suas amarras eternas. Inicia pelos casos menos graves, com maiores chances de sucesso, chegando paulatinamente aos casos mais sérios (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 117-121).

É também em Villejuif que Olievenstein tem seu primeiro contato com o LSD, que à época era muito estudado por suas possíveis aplicações terapêuticas. Em 1964, a droga era totalmente desconhecida na França, e seu uso recreativo só seria notícia três anos depois, através de uma série de artigos publicados no *Le Monde*. Depois de algumas experiências iniciais, Olievenstein se convence de que seria necessário experimentá-la em si mesmo, experiência da qual sai instigado diante da possibilidade de viver uma loucura reivindicada, muito diferente daquela vivenciada no circuito de uma doença mental (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 122-123).

Neste momento, em Villejuif, não era comum encontrar pessoas que usam drogas internadas. Não obstante, será nesta época que Olievenstein vai encontrar, pela primeira vez, o tipo de paciente com os quais seguiria trabalhando por toda sua vida:

> Iria encontrar mais dois ou três casos bem parecidos, sem que minha perplexidade diminuísse. É verdade que em 1965 meus colegas e eu ainda não conseguíamos nos livrar da imagem do toxicômano nos moldes antigos: as paredes do sanatório decididamente eram muralhas cegas contra os acontecimentos. Caminhava para uma direção que ainda me parecia confusa. Precisava, antes de mais nada, descobrir toda essa juventude nova que surgia. Precisava sair, tomar um banho de realidade. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 126)

Em 1967, Olievenstein vai para a última parte de seu internato, no hospital Sainte-Anne, em Paris. Atendia alcoolistas e miseráveis, mas não conseguia esquecer os dois drogados que conhecera em Villejuif, e que lhe chamaram a atenção por sua inteligência, fragilidade, juventude, beleza, e "[...] por uma espécie de questionamento apaixonado da vida" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. p. 127). Sentia neles um frescor radicalmente diferente do mofo e da morte que cercavam os habitantes normais das instituições psiquiátricas pelas quais passara.

> Com o consentimento do meu chefe, pedi, então, ao pessoal do centro que me reservasse todos os casos ligados à toxicomania. Foi assim que, pouco depois de assumir minhas funções, conheci um canadense que se enchera de diversas drogas por uma espécie de reação suicida, e sua "garota" deixara-o para partir com um de seus amigos. No começo não lhe dei especial atenção porque, na ocasião, quase que só me interessava pelos que tomavam LSD. Mas, por força das circunstâncias, fomos simpatizando pouco a pouco, um com o outro. Para surpresa geral, veio me ver umas dez vezes. O mesmo aconteceu com outros toxicômanos que encontrava durante a consulta geral. Falaram-me dos lugares onde iam, onde se reuniam – as escadarias do Sacré-Coeur, as boates como La Bohème, Le Bus Palladium... E fiquei com uma vontade louca de ir pessoalmente a esses lugares. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. p. 127-128)

Olievenstein começa a circular pelos locais em que estes jovens reuniam-se. Perambula entre os hippies parisienses reunidos em Pont-Neuf, adquirindo alguma familiaridade com suas músicas, suas roupas... É reconhecido por alguns jovens que já havia atendido em Sainte-Anne, que o apresentam a outros frequentadores do local. A experiência o fascina, para muito além das "[...] discussões em tom doutoral, fisionomias fechadas, sobre esta ou aquela interpretação de um parágrafo de Freud" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. p. 129). Com o tempo, estes jovens passam a organizar demandas cada vez mais claras, solicitando ajuda para si mesmos ou para amigos:

> Distribuía em muitos lugares o número do meu telefone no hospital, de modo que, num instante, os jovens se acostumaram a me procurar. Organizei, enfim, uma espécie de clínica na rua. Eu a pratiquei, precariamente, Durante quase três anos, três anos que, para mim, constituem uma recordação admirável. Ainda no final de 69, vejo-me passando às nove da noite diante do terraço do Select, no bulevar Montparnasse. Estava cheio e, no meio dessa multidão, havia dois dos meus clientes. Pularam de sua mesa, cercaram-me e entabularam, na calçada, uma discussão apaixonada. Pouco a pouco as pessoas foram se chegando e, às onze horas, éramos bem uma centena discutindo sobre cocaína, sobre neurose: um verdadeiro comício! (OLIEVENSTEIN, 1977, p. p. 129)

Olievenstein segue aprofundando sua experiência com estes jovens, e percebe-se construindo um conhecimento diferenciado. Reconhece as diferenças entre as pessoas que usam haxixe e LSD, e os miseráveis que orbitavam ao seu redor, "[...] usuários de 'drogas pesadas', anfetaminas, heroína, etc." (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 130). Encanta-se com os ideais hippies, com sua espiritualidade e politização características. Questionavam, em ato, família, instituições, valores. Para Olievenstein, nem mesmo "[...] os corolários negativos desta atitude – o fracasso, o suicídio, a droga – não poderiam dissimular sua profunda saúde" (Idem, p. 132).

O choque na vida do jovem psiquiatra foi brutal, e funcionou como um "despertar crítico salutar" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 132). Sentia-se provocado por uma clientela que "[...] não aceitava se situar como doente e, além disso, não apresentava nenhum dos estigmas [...] do paciente clássico no campo mental" (Idem, p. 133). Dificilmente aceitavam internar-se, e quando o faziam, "[...] não só se recusavam a seguir as regras do jogo, e destruíam o sistema, como também faziam uma inversão de valores que realmente nos perturbava" (Ibidem, p. 134). Olievenstein e alguns de seus seus colegas, fascinados, sentiam como se sua profissão, a psiquiatria, finalmente começasse a fazer sentido.

> Mas os toxicômanos vinham na hora que escolhiam e no momento que lhes convinha. Discutiam o tratamento que eu queria lhes dar, às vezes mesmo o rejeitavam: além disso, tinha muitas vezes a sensação de que sabiam tanto quanto eu. Enfim, eles me julgavam. Pela primeira vez, fui obrigado a dizer: "psiquiatra = polícia"... Certo, André Breton já havia formulado essa verdade, trinta anos antes. Mas ela pertencia ainda ao setor da reflexão intelectual. Agora, chegava até mim pela boca do estudante, livre das limitações de seu meio, ou do jovem camponês desorientado, que a descobria através de sua própria experiência. Porque ele ainda não havia lido nem Breton, nem Foucault cuja Historie de La folie ainda não alcançara uma grande audiência, nem Deleuze e Guattari que ainda não haviam escrito... (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 133)

Paris vive o maio de 1968. Olievenstein inicia desconfiado, mas termina por render-se ao entusiasmo dos estudantes. Preocupa-se ao perceber os movimentos de cooptação da esquerda tradicional, que tão bem conhecia. Em sua área, assiste os estudantes tomarem de assalto a cátedra de Delay e Deniker: se por uma lado odiava a miséria psiquiátrica representada pela abordagem daqueles professores, por outro não conseguia entusiasmar-se com intervenções tão viscerais. Em Sainte-Anne, assistia transformações na superfície das práticas cotidiana. Os acontecimentos do maio de 68 haviam produzido efeitos também no ambiente da psiquiatria:

> Os usuários da psiquiatria tinham, finalmente, direito à palavra. Para mim, atualmente, esta constitui a verdadeira conquista de maio de 68: acima das fissuras que separam, esses dias devolveram o gosto pela palavra e pelo intercâmbio. Já reconquistamos a simplicidade das palavras – hoje, talvez, perdida – e através dessa linguagem redescoberta entabulei grandes amizades. Perto desses homens e dessas mulheres, dessas moças e desses rapazes, tão inquietos, tão feridos quanto eu, aprendi a me enxergar simplesmente como um ser que existe, sem que nada venha "coisificar" nossos relacionamentos. Logo voltaria a Villejuif. Mas agora sabia que o exercício da minha profissão era, para mim, inseparável de uma certa atitude diante da outra pessoa e ligada, sem sombra de dúvida, a todos aqueles – sensíveis, desarmados ou revoltados – que as dificuldades da época haviam mergulhado no mal do viver. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 138-139)

Olievenstein seguiu vivendo e se alimentando destas experiências. Conviveu com hippies em Israel, na virada de 1968 para 1969. Descobre em Nova Iorque uma espécie de "Meca", e apaixona-se pela agitação constante do Ashbury Village, nascedouro do movimento hippie. Em São Francisco, Califórnia, descobre uma cidade que parece um "teatro permanente" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 143). Retorna a Paris, avançando em suas experiências com o acolhimento de toxicômanos, encontrando, de saída, a reação da psiquiatria conservadora frente aos movimentos do maio de 68:

> Assistir-se-ia, por meio de reformas, a um controle mais autocrático do que nunca sobre a medicina francesa. A psiquiatria, então, só colheria benefícios ilusórios da contestação fecunda de que fora objeto. Não iria haver um ensino colegiado mas simplesmente uma dezena de cadeiras em lugar de apenas uma. Por um lado sacrificariam demagogicamente certas exigências de qualidade em relação aos estudantes, começariam a produzir em série internos, médicos e psiquiatras, mal pagos e despreparados para sua função e com uma formação onde o verbalismo substituía a prática; mas, ao mesmo tempo, os mais poderosos da hierarquia consolidariam seu poder e reforçariam os laços de submissão. (p. 147)

Olievenstein assiste a tudo entristecido, mas resiste à amargura com o entusiasmo decorrente do aprofundamento de suas experiências com as pessoas que usam drogas, e de suas pesquisas de doutoramento sobre o uso terapêutico de LSD. Aos poucos, consegue instalar um pavilhão para sua clientela, dentro de Villejuif:

> Os primórdios dessa aventura foram um tanto difíceis porque meus doentes eram espalhados por todos os lados. Mas logo me arranjaram meio pavilhão térreo que se achava desocupado e onde poderia organizar uma unidade de assistência. O conjunto, felizmente bem pequeno – continha apenas 22 leitos – tinha um charme bastante insólito que contrastava com a velhice do hospital. Dir-se-ia um interior de navio, com seu equipamento metálico, o longo corredor estreito, os quartos minúsculos como cabinas. Transmitia uma sensação de lugar quente e resguardado, como um casulo, como um útero. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 147-148)

Neste útero, Olievenstein aprofunda suas experimentações clínicas. Sua equipe era composta de profissionais muito jovens, que a ainda não "[...] haviam sido corrompidos pelo pessoal dos outros pavilhões" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 148). Havia disposição para invenção, mesmo sem qualquer base teórica previamente estabelecida. A rotina foi radicalmente destruída, junto com os horários fixos para dormir e acordar e a disciplina no momento das refeições. Nem mesmo os esquemas medicamentosos escapavam ao desejo de autonomia materializado pelos jovens toxicômanos, que aparentavam maior conhecimento farmacológico do que as enfermeiras. As paredes da unidade foram rapidamente cobertas de arte psicodélica, e o ambiente era preenchido pela música pop em alto volume. Eventualmente, traziam drogas para dentro do hospital, e tentavam convencer as enfermeiras a experimentar maconha. O necessário enfrentamento que se precisava sustentar com as demais enfermarias do manicômio ajuda a construir, entre a equipe técnica e os pacientes, um verdadeiro clima de comunidade, baseado "[...] numa abertura recíproca que, diariamente, aprendia a se ajustar melhor" (Idem, p. 149-151).

> Estávamos, pois, de pé atrás a cada segundo, cercados por uma contestação contínua que, partindo da instituição psiquiátrica, acabava questionando a sociedade inteira. O dia-a-dia, normalmente, nos trazia sua quota de dramas e melodramas. Além da droga, alguns tentavam embriagar-se. Houve mesmo um – único que tivemos que rejeitar – que, abusando do espírito de liberdade que eu estabelecera, pulava o muro, de noite, para praticar assaltos. Mas, ao mesmo tempo, vivíamos numa festa permanente. O ambiente dançava, cantava de manhã à noite e os *happenings* se sucediam. O sanatório, em geral, é um lugar sinistro, de cada uma de suas pedras poreja a miséria humana. Pois bem, pela primeira vez, eu via um hospital psiquiátrico alegre, a tal ponto que, pela primeira vez também, aqueles que deviam partir não queriam ir embora. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 151)

A equipe técnica transformava-se nesse encontro áspero e desafiador com as pessoas que usam drogas. E estas transformações não ocorriam em face de uma tentativa de executar, na prática, alguma teoria previamente elaborada. Se havia algo de antipsiquiátrico na experiência de Villejuif, isto ocorria de forma "[...] inteiramente espontânea, empírica". Olievenstein radicalizava a experiência, coordenando grupos terapêuticos até a meia-noite, sustentando sessões de psicoterapia por até dez horas (a "análise selvagem), ou colocando quatro pacientes em seu carro para levá-los em uma visita ao museu de arte moderna (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 153).

De maneira radical, Olievenstein quebrava todos os protocolos convencionais que preconizam o distanciamento na relação entre médicos e pacientes. Levava usuários para sua própria casa, viajava com eles, iam a bares, concertos, museus... Considerava as teorias totalizadoras, em especial a psicanálise, como as grandes responsáveis pela ideia de que as pessoas que usam drogas seriam obtusas e pouco inteligentes, sobretudo pelo modo superficial com que se valiam a linguagem. Propunha, em contrapartida, que os técnicos observassem mais suas músicas, sua arte, os artistas de que mais gostavam: nesta hora, "[...] o mundo dos drogados se revelaria extraordinariamente rico" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 163).

A proposta teórica consistia em "[...] pôr entre parênteses todo o saber dogmático que havíamos recebido, aposentar as 'neuroses compulsivas', as 'neuroses perversas', esses suportes técnicos que não nos faziam avançar um milímetro" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 164). A suspensão permitia inventar novas teorias, dentre as quais destaca-se a ideia expressa no próprio título do livro: não, os drogados não seria hedonistas focados apenas no próprio prazer irresponsável, tampouco haveria, na toxicomania, qualquer egoístico compromisso com o puro deleite:

> Em geral a imagem que se tem de um drogado é, realmente, a de um ser pateticamente amarrado ao produto que o absorve. Mas não se percebe bem que só se recorre a esse produto para compensar toda a angústia paroxística que traz consigo. A necessidade de droga, como já expliquei, é uma ninharia em comparação com a necessidade psicológica e afetiva de que sofre o toxicômano – uma necessidade que todos nós temos, é claro, mas nunca com essa intensidade opressiva. Se você acompanha um toxicômano que tenta desmamar, se, com relação a ele, você assume uma responsabilidade total e selvagem, qualquer falha de sua parte, o mínimo instante de desânimo, tudo aquilo que, para um outro, não acarretaria nenhuma consequência, faz com que ele volte brutalmente ao seu traumatismo primitivo e com tal intensidade que você se arrisca a causar, nele, danos inimagináveis. Além disso é preciso escolher: ou você dá tudo ou você não dá nada; porque é preciso que saiba que terá que enfrentar uma exigência de tempo integral e que cada compromisso, cada resolução pela metade serão vividas como feridas intoleráveis. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 172)

Uma clientela tão exuberante, tão transgressora, acolhida a partir de uma abordagem clínica tão radicalmente inovadora, tão aberta e selvagem, tão intensa, levaria a instituição psiquiátrica aos seus limites. E estes não tardaram a chegar. Ou talvez fosse mais honesto dizer o oposto: dadas as durezas do modelo manicomial, pode-se dizer que Villejuif resistiu mais do que se poderia imaginar. Em três anos, não havia mais possibilidades que a enfermaria para pessoas que usam drogas se mantivesse dentro dos muros do hospício, seja por parte da própria instituição, seja por parte da equipe de técnicos que trabalhavam com Olievenstein. Em 1970, são iniciadas as tratativas que levariam à constituição de uma instituição totalmente voltada ao trabalho com toxicômanos (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 177-179).

No diálogo com as autoridades governamentais, Olievenstein afirmava a necessidade de "[...] organizar novas formas de acolhimento baseadas no gesto voluntário dos doentes, que garantam seu anonimato e também a assistência gratuita" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 179). Imaginava uma instituição cuja estrutura permitisse receber jovens que quisessem entrar e sair com liberdade e sem constrangimentos, assim como uma unidade de hospitalização para os casos mais graves. O governo ofereceu-lhe um prédio da década de 30, situado na periferia de Paris; apesar de parecer-lhe inadequado, seria a única chance de constituir uma instituição como havia imaginado. Entre a cruz e a espada, terminou por aceitar a oferta. Em julho de 1971, o Hôpital Marmottan é reinaugurado, agora como um centro de acolhimento dirigido a pessoas que usam drogas (Idem, p. 179-183).

A ideia inicial era simples, e consistia em fazer tudo diferente do manicômio: O tratamento seria baseado na voluntariedade, o nível de exigência seria baixo, e haveria liberdade para que os usuários escolhessem seus terapeutas, que por sua vez, teriam liberdade de escolha quanto às linhas teóricas que sustentariam suas abordagens. A diversidade era estimulada, bem como as experimentações, e os técnicos eram incentivados a não terem medo de errar (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 184). Seria necessário reavaliar e variar constantemente as estratégias de cuidado, que poderiam envolver trabalho, política, arte, psicoterapia, espiritualidade... Em todos estes casos, "[...] Marmottan devia aparecer como a base recuada dessa constelação, ao mesmo tempo o coração que a anima, a cidadela que a protege, a instituição que a garante" (Idem, p. 186-187).

Ao propor um espaço de inovações radicais, livre ao máximo de elaborações previamente estabelecidas, Olievenstein proporcionou um território inventivo, de experimentação clínica. É neste contexto que ele irá desenvolver o que chamava de "análise selvagem", localizada "[...] no corpo a corpo, sem ser neutra e limitada no tempo" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 194). Para os técnicos, o desamparo só não era maior porque sabia-se exatamente o que não se queria, em hipótese alguma: o velho modelo manicomial. O espírito era transdisciplinar:

> Nós nos revezávamos, cada um aprendia um pouco da função do outro. Os enfermeiros atendiam o telefone, os ex-toxicômanos cuidavam de um paciente enquanto o médico se atarefava na cozinha. O importante era imaginar e empreender em comum. Acampávamos em Marmottan quase que dia e noite, com a necessidade constante de nos encontrarmos para reuniões de serviço que, em geral, terminava com o que, em nossa gíria, chamávamos de "caprichado", isto é, uma refeição onde se bebe, se conversa, onde se fala com toda a liberdade. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 195)

Com o tempo, a excessiva liberdade materializada no cotidiano de Marmottan mostraria seus limites. Os usuários traziam drogas para dentro da enfermaria com incrível facilidade, se drogavam até altas horas, e acordavam por vezes perto do horário de almoço... Percebia-se claramente que "[...] a maior parte dos hospitalizados trouxera para o interior do hospital o estilo de vida dos viciados, e assim o hospital seria apenas para garantir a cama e a comida" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 199). Decide-se assim em "[...] dar um paradeiro no liberalismo excessivo que havíamos tentado" (Idem, p. 200), constituindo normas que, se pareciam rígidas diante do *laissez-faire* anterior, ainda eram muito mais liberais do que se veria em qualquer outra instituição do tipo.

A relação com a droga seria da ordem do erotismo; sendo assim, caberia ao terapeuta o esforço de substituir a droga por si mesmo, fazendo com que o toxicômano estabelecesse uma relação erótica com a psicoterapia. Isto seria facilitado, em parte, pela próprio clima em Marmottan, com suas paredes grafitadas e cobertas de pôsteres, a música pop sempre em alto volume, e principalmente, com seu corpo técnico constituído de jovens terapeutas, quase todos com idades, cabelos, preferências musicais e de vestuário muito semelhantes a dos pacientes. Desta maneira, seria possível "[...] substituir naquele que se droga, sua dependência toxicômana por uma 'dependência marmottana'" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 204).

O livro foi lançado aqui em 1977, durante a ditadura militar, num período em que as discursividades sobre o tema apontavam majoritariamente para caminhos muito distintos, mormente focados na culpabilização dos usuários e na produção do medo como recurso preventivo. Mas Olievenstein não apenas não teme os jovens hippies de seu tempo, como se mostra encantado por seu destemor na construção de novas estéticas da existência. Se afirma que "os drogados não são felizes", não é para reforçar o medo diante das substâncias, mas como afronta à ideia de que os usuários viveriam para o próprio prazer, sem nenhuma preocupação consigo, com seus familiares ou com o mundo; para o toxicômano, a droga não é objeto de deleite, mas lenitivo.

Olievenstein publicou outros livros: em 1980, chegaria ao Brasil "A droga", lançado nessas plagas pela Editora Brasiliense, e que foi publicado na França dez anos antes (OLIEVENSTEIN, 1980). Um livro semelhante a muitos outros, por dedicar capítulos a drogas específicas, descrevendo seus efeitos e paraefeitos, os eventuais agravos à saúde decorrentes do uso... Mas havia um diferencial, que é explicado em "Os drogados não são felizes", quando o psiquiatra descreve seu encontro com um jovem usuário de drogas, ainda em Vellejuif, e antes de Marmottan – um encontro que seria transformador para ambos:

> Tivemos longas conversas, que continuaram durante a psicoterapia, que aceitou fazer comigo. Conhecia a fundo o setor dos estupefacientes: havia realmente experimentado de tudo. Não era só ele que havia passado por experiência tão horrível; mas era o único a falar sobre isso com o conhecimento e o tom exatos. Em sua boca cada palavra tinha seu peso. Foi na época em que eu escrevia um pequeno livro sobre droga. Expunha ali uma nomenclatura comentada dos diferentes produtos. Ajudou-me muito, redigindo, principalmente, para cada substância, um testemunho que restituía, com precisão, a vivência do usuário. (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 161)

E lá está seu nome, na folha de rosto interna ao livro, duas páginas antes do sumário: colaboração, Michel Aron. Olievenstein levava realmente a sério o que comenta em "Os drogados não são felizes", quando afirma que a grande contribuição do maio de 68 francês ao campo da saúde mental teria sido o fato de que "[...] os usuários da psiquiatria tinham, finalmente, direito à palavra" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 138). Uma palavra, como diria Foucault, que vai para muito além do reles testemunho, mas que problematiza, que produz conhecimento, que permite acessar um saber diferenciado, que brota de dentro da experiência:

> Nesta "revolução da droga", os adultos foram os últimos a serem informados; os adolescentes experimentaram ou experimentam as drogas e sabem, pelo menos, quais efeitos as mesmas provocam. Eles leem literatura adequada. Procuram as informações necessárias e o fazem já há muitos anos. A experiência psicodélica, por exemplo, foi comentada e descrita centenas de vezes. Pouco a pouco, o clássico conflito das gerações se transforma (e isso é evidente nos EUA) num abismo entre gerações jovens, que criam seus próprios sistemas de valores – baseados essencialmente em suas próprias experiências – e os nossos valores, baseados na experiência do passado. (OLIEVENSTEIN, 1980, p. 7)

Não pretendo apresentar uma leitura profunda de outros trabalhos de Olievenstein, pois entendo que o cerne de suas contribuições ao campo constituído em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, está mesmo expressa em "Os drogados não são felizes". De uma maneira ou de outra, praticamente tudo já está presente, ali. Não obstante, considero pertinente trazer ao menos mais duas contribuições: uma está em "A droga"; a outra, em "Como um anjo canibal".

Começo por este capítulo que aparece nas últimas páginas de "A droga", com algumas recomendações a respeito do trabalho psicoterápico com toxicômanos. Como ponto de partida, a ideia de que seria "[...] inútil, presunçoso e imbecil propor a interrupção voluntária e imediata do consumo de tóxico antes de um atendimento que pretenda ser psicoterápico" (OLIEVENSTEIN, 1980, p. 122). Em segundo lugar, a recomendação expressa para que se ponha em suspenso os preconceitos e julgamentos morais, bem como as ideologias e teorias psicanalíticas, como por exemplo, as concepções que posicionam a toxicomania como traço neurótico. Não obstante, seria de fato recomendável ultrapassar a droga, indo na direção do sujeito (Idem, p. 124; OLIEVENSTEIN, 1977, p. 293).

Há, por fim, uma última contribuição, que sem sobra de dúvidas é a mais conhecida elaboração produzida pelo psiquiatra alemão radicado na França, citada por todos os profissionais brasileiros que dele se aproximaram. Falo de uma síntese registrada em um livro que transcreve os diálogos entre Claude Olievenstein e o psiquiatra brasileiro Carlos Parada, que trabalhou por muitos anos em Marmottan:

> É a famosa equação do encontro entre um produto, uma personalidade e um momento sociocultural. Não existe uma comunidade de toxicômano, mas uma intercomunidade, movimentos de entrada e de saída. (OLIEVENSTEIN & PARADA, 2004, p. 15)

Algo da ordem do encontro. Um acontecimento. Uma visão sistêmica, que pondera uma tríade de elementos interdependentes e inter-relacionados, que permite observar os movimentos de mútua determinação entre os mesmos. Um mesmo sujeito que usa uma mesma droga pode viver distintas experiências em se modificando o contexto. Do mesmo modo, uma mesma substância consumida em um mesmo contexto, mas por pessoas distintas, também irá agenciar uma experiência outra. Uma ideia simples, sem dúvida, mas muito operacional. Um conceito que se apresenta como ferramenta de trabalho nas mãos de terapeutas que consideram o social, não apenas em suas análises, como também em suas intervenções. Uma síntese que permite não apenas compreender, mas intervir.

CAPÍTULO 4

PESSOAS SENSÍVEIS E PERGUNTAS OBTUSAS

4.1 OUVINDO AGENTES DE UM CAMPO EM CONSTRUÇÃO

Uma caminhada histórica no mínimo peculiar. Pouco rigorosa. Inconsequente até. Uma ousadia: querer contar a história das técnicas e das políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, do século XIX até o final da década de 1980, em pouco mais de 150 páginas. As ausências são gritantes, os vazios, os silêncios... As citações talvez impressionem, mas correspondem a um conjunto muito pouco sistemático de obras... Seria necessário mergulhar muito mais profundamente em diversos períodos, dos quais se observou apenas uma precária superfície...

Existe algo, entretanto, que pode ser invocado em meu favor: eu nunca me propus contar a história das políticas públicas e das técnicas de cuidado dirigidas às pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Parafraseando Franz Boas, eu poderia dizer que não pesquiso *a* história, e sim *na* história. E o que pesquiso *na* história?

Entre outras coisas, o saber, o poder, o discurso, a verdade. Historicamente, um saber oriundo sobretudo da psiquiatria, expresso em discursividades que falam de racismo, eugenia, determinismo genético, das drogas destruindo a pureza e a pujança da raça brasileira, ou a racionalidade da juventude dos anos 60 e 70, por meio de um plano do comunismo internacional capitaneado pela China. Mas, na superfície do discurso, também foi possível encontrar alguns raros enunciados, expressos de modo contundente nas vozes de usuários enclausurados forçosamente em instituições manicomiais públicas ou privadas, e até mesmo de uma feminista em plena *Belle Époque* carioca. Vozes extremamente minoritárias, murmúrios quase inaudíveis, mas que mancham o poder e a monocórdica verdade com as cores da resistência, da contraconduta.

Da luta. Uma luta que se expressa não apenas nas denúncias manifestas por estas vozes drogadas, como pela disputa teórica entre os pesquisadores da área. Neste sentido, é provável que a mais emblemática luta tenha sido o debate entre Décio Parreiras e Ernani Lopes, em torno das bases biológicas do alcoolismo. A partir da década de 1960, emerge a luta entre os discursos alternativos produzidos no seio dos movimentos de contracultura, em oposição à discursividade paranoica da psiquiatria conservadora e anticomunista. Por fim, mais contemporaneamente, o *acontecimento Olievenstein*, reconfigurando a superfície do discurso sobre o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam drogas, e formando seguidores em *terras brasilis*.

Eugenistas, psicanalistas, tecnicistas, behavioristas, anticomunistas, olievensteinianos... Um campo vai se constituindo, com suas lutas, seus agentes, suas discursividades características, seus precários consensos e seus móveis enfrentamentos. Aos poucos, no decurso desta pequena e singular história que ainda precisa ser contada, começam a pipocar os encontros, simpósios, seminários, até que aparecem os congressos, até mesmo os internacionais. Um campo de fronteiras relativamente delimitadas, na periferia do qual se avolumam as vozes interditas, não reconhecidas, barulhentamente silenciosas, espreitando frestas, preparando a invasão...

Um campo historicamente constituído, como já mencionei, a partir da hegemonia do poder psiquiátrico, que muito habilmente se apropriou do tema, conferindo-lhe contornos medicalizados, patologizados. O uso de drogas – fenômeno social e cultural – é posicionado na ordem do sintoma, como problema médico. Constituir um campo de forças e de lutas em torno do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, implicou na medicalização e psiquiatrização do tema; qualquer deslocamento posterior terá de levar isto em consideração, de alguma maneira...

Na medicalização/psiquiatrização/patologização do uso de drogas, um *dispositivo* teve papel extremamente importante. Isto também saltou aos olhos na análise dos discursos com os quais tive a sorte de me deparar ao longo desta pesquisa. O *dispositivo droga* permitiu o funcionamento de uma maquinaria discursiva que produziu efeitos de poder, possibilitando o duplo enquadre dos usuários, posicionados simultaneamente como doentes e criminosos, como merecedores de *pena* nos dois sentidos da palavra: comiseração e punição.

Mas o discurso quedaria abstrato e sem efeito, se não posicionasse sujeitos sob sua égide. Percorrer a superfície discursiva constituída em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, com ajuda da caixa de ferramentas arqueológicas de Foucault, fez aparecer os sujeitos deste discurso: no início do século XX, encontrei negros e caboclos associados à maconha, ao lado de jovens abastados associados aos "vícios sociais elegantes" (cocaína, éter, morfina, heroína...); a partir dos anos 60, são os hippies, os estudantes universitários, os jovens envolvidos com o movimento estudantil e com a contracultura, associados sobretudo à maconha e ao LSD.

Agora é hora de mergulhar nas entrevistas que realizei, com agentes envolvidos diretamente na constituição de um campo de forças e de lutas em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Entre estas entrevistas e os textos visitados, não há um encaixe perfeito, no que tange à cobertura de um determinado período histórico: se analisei discursos produzidos até fins dos anos 80, não é daí que partem as trajetórias das pessoas procuradas: meu recorte foi, ao menos na maioria das vezes, o ano de 1989, marco mítico da emergência de práticas de RD entre nós, brasileiros. Por isto, esforcei-me em procurar agentes que iniciaram sua atuação antes deste período, para que os mesmos pudessem me dizer, dentre outras coisas, do impacto da RD no campo. Seria a RD um acontecimento, no sentido foucaultiano? Já sei que as controvérsias não se iniciaram ali (a análise dos discursos permitiu resolver tal questão); não obstante, o acontecimento RD teria produzido efeitos diferenciados no campo, ao ponto de permitir considerá-la o pomo da discórdia, ou a espada que separou pais e filhos? Vejamos o que dizem os agentes.

4.2 AGENTES

Os agentes fazem suas opções. Será mesmo? A gradiente entre agência e estrutura, entre liberdade e constrangimento, tornou-se tema central para a teoria sociológica, em teses que apontam para além do extremo estruturalismo e do individualismo radical. O caminho estaria em algum ponto entre estas duas dimensões, e as posições oscilam, hoje, em termos de ênfase. Bourdieu (2010, p. 138-139), por exemplo, privilegia um pouco mais às estruturas, mas afirma a possibilidade e a importância de se saber utilizar um restrito território de liberdade, a partir do qual se podem operar transformações. O campo de forças, já foi dito, não se oferece como mero cenário de reprodução, mas também de lutas, a respeito das quais os agentes posicionam-se.

A trajetória dos agentes traz muitos elementos importantes para a compreensão de suas posições no campo. No âmbito desta tese, um dos aspectos privilegiados diz respeito ao percurso formativo e profissional de meus interlocutores. São psiquiatras, psicólogos, psicanalistas, médicos, enfermeiros, farmacologistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, sendo que a maioria é constituída de destacados pesquisadores. E mesmo os agentes externos ao campo da saúde tiveram seus encontros com o tema.

Eu me formei em medicina, fiz psiquiatria, daí eu fui trabalhar com urgências psiquiátricas. Em pronto socorro, aquela loucurada... Urgência é uma coisa que eu sempre gostei muito. Eu sempre gostei de adrenalina. Isto em hospital geral. E eu gostava muito desta interface da psiquiatria com a neurologia... E gostava muito desta adrenalina da urgência. Só que tem uma hora em que isto acaba com você. Depois de sete anos eu pensei que eu devia fazer alguma coisa mais saudável. (Interlocutor 7)

Eu sou farmacêutica de formação. Formei na USP, e tinha o ideal de trabalhar na área, com uma área dessa ciência, que era a bioquímica. Eu queria estudar como o corpo humano, os metabolismos todos, eu queria saber onde eu poderia interferir, nessas doenças que faltam, nessas doenças raras onde há problema enzimático... Eu queria dar um jeito de curar Deus e o mundo. Mas quando eu comecei a fazer a faculdade, eu comecei a ir pra uma área chamada “toxicologia”. No meu tempo, a USP era uma das únicas que tinha essa cadeira. (Interlocutor 4)

Na medicina, eu me interessei por psicanálise. Isto foi na antiga Universidade do Estado da Guanabara, hoje UERJ, que era uma universidade diferenciada. A UFRJ, nessa época, ainda não tinha se transferido para o Fundão, e a universidade do estado já tinha seu próprio hospital, vestibular a parte, com prova escrita... Era todo outro nível. E na universidade eu me desiludi muito, porque eu não tinha noção da repressão política, e eu achava que aquilo que acontecia lá era o ambiente universitário. Eu não sabia que aquilo era um ambiente sob certa limitação. Eu achei que iria pra medicina e ia encontrar grandes pessoas, elevadas... Me desinteressei completamente pela medicina, e comecei a estudar psicanálise. Comprei uma coleção de Freud e comecei a ler. Interessei-me muito por aquilo, mas segui no curso, fiz todas as matérias, estágios em vários serviços, e ainda não pensava em seguir a psiquiatria. (Interlocutor 6)

Eu sou terapeuta ocupacional. E eu sempre quis mexer com saúde mental, desde a época da faculdade. Eu me formei em 82, na Faculdade de Ciências Médicas. Fiz estágio em todas as áreas, para ver se eu tinha jeito com outras coisas, e eu só confirmei que eu me sentia muito mais à vontade com o portador de sofrimento mental de que com qualquer outro tipo de cliente que eu pudesse atender. Eu fui uma estagiária medíocre em todos estes outros campos de atuação. Eles seriam sempre uma segunda opção. E a oferta de trabalho que surgiu depois que eu formei foi primeiro em dois hospitais psiquiátricos. (Interlocutor 10)

Eu fiz Medicina, na Escola Paulista de Medicina, e eu já achava que havia um desrespeito na maneira como o doente brasileiro, necessitando dos recursos públicos, era tratado. Independente de ser usuário de drogas. Na minha época de estudante, eu estava fazendo estágio aqui, havia os ambulatórios, eu não tinha ainda escolhido o meu caminho. E aí eu me lembrava de coisas que eu não conseguia aceitar. O tempo que o usuário perdia para ser atendido por médicos e receber medicamentos, o tempo que eles perdiam na fila de espera... (Interlocutor 3)

Para muitos de meus interlocutores, o tema das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas foi um encontro um pouco mais tardio, que não se deu em seus primeiros anos de formação acadêmica. Os excertos acima são representativos de uma certa forma de descrever a trajetória, demarcando um início de jornada do qual as questões especificamente relacionadas ao tema se faziam ausentes, mas não o encontro com conteúdos que determinariam, mais à frente, a produção de pontes específicas para a questão: uma residência em psiquiatria que incluía a passagem por uma enfermaria para alcoolistas, um estágio em penitenciária, uma solicitação de análise de medicamentos psicotrópicos, uma vivência num ambulatório de tratamento da dor... Conexões muitas vezes insólitas, mas que permitiram um reposicionamento de atuação, e da ênfase profissional[27].

O interlocutor 3 menciona aspectos para além de sua formação acadêmica, quando diz de sua indignação diante do desrespeito com que os usuários do hospital em que atuava eram tratados. Tal fragmento permite trazer outra questão que chamou minha atenção, posto não ser algo que esperava encontrar: a importância das referências à filiação partidária, à militância política e a uma opção de esquerda, mencionada por parte considerável dos entrevistados:

> Na década de 80, eu tinha 50 e poucos anos, foi a minha primeira militância política pra valer: eu entrei no PT. Fundei o diretório do PT do Campo Belo, e fui eleito presidente deste diretório, por duas vezes. E eu cheguei a falar em algum momento: "Eu quero é dar aula para esta gente.". Eu me lembro de um dia que eu tive de dar uma aula em Porto Alegre, cedo, falando sobre drogas para um grupo de psicanalistas. Dei a aula, voltei pra São Paulo, e à noite eu fui ensinar para cerca de 10 empregadas domésticas, mais uns 10 ou 15 trabalhadores da construção civil, todos analfabetos, porque era um curso noturno de alfabetização, pelo método Paulo Freire. E aí eu comecei a perceber coisas inacreditáveis, que eu nunca iria aprender dentro de uma universidade. (Interlocutor 3)

> Em 75 eu entrei na universidade, em Londrina, e imediatamente fui participar do Movimento Estudantil. O Movimento Estudantil na época tinha uma predominância... A gente brincava que era o MEL – Movimento Estudantil de Londrina. Ele ficou famoso como um dos movimentos mais fortes do país, na época, em termos de resistência à ditadura. Neste processo, logo no comecinho, eu fui recrutado pelo PCdoB, que era, na época, a organização preponderante do Movimento Estudantil. Pouco tempo depois, reconstruiu a UNE, dirigiu praticamente todo o Movimento Estudantil dos centros de São Paulo, da Bahia, de Londrina, de vários lugares, e teve uma influência nacional muito grande. (Interlocutor 16)

[27] Os encontros com a temática álcool e drogas serão tratados em subcapítulo específico.

> Embora eu não tivesse uma militância na época da faculdade, eu sempre fui *gauche* na vida. Eu sempre tive simpatia pelas causas da esquerda. Eu só não aguentei a disciplina que isto exigia de mim. Eu tive um pai extremamente autoritário, aí eu saio da adolescência, chego à faculdade, e eu queria não prestar contas para ninguém. Foi um ano aloprado de estudar pra entrar na faculdade. Fazer parte de um grupo de esquerda significava ter alguém que ia dizer o que você ia fazer no sábado à noite. O quê?! Não vai ter ninguém pra dizer o que eu posso e o que eu não posso fazer! Nunca fui do centro acadêmico, portanto, mas frequentava as rodas da esquerda. Não tinha nenhuma militância, mas era desta roda. Também nunca quis saber de droga, nunca fui da LIBELU... Também não era minha turma. Eu era dos *gauches artistas*, não entendia bem... Eu nunca fui de nenhum coletivo. (Interlocutora 14)

> Eu não tinha condições de ficar no Brasil, e acabei indo pro exílio, na França. Eu ia ser... Eu já tinha sido presa duas vezes na época do movimento estudantil, e a perspectiva de ficar no Brasil era tortura e morte. Não tinha uma terceira via. Então eu vou-me embora, e lá, quando eu chego, eu quero continuar fazendo letras. Mas exilada, estrangeira, não, não dá. Eu consegui uma bolsa, desde que eu fizesse enfermagem; uma profissão que ninguém quer fazer, mas que te dá emprego no teu bairro. (Interlocutora 17)

Os excertos acima são uma mostra de algumas das respostas que mencionaram uma gradiente que vai da simpatia à objetiva filiação partidária a grupos políticos identificados com ideais de esquerda, e que foi recorrente entre os agentes simpáticos à RD. Entre os interlocutores avessos à perspectiva, houve apenas um que declarou ter sido simpático aos movimentos ambiental e de contracultura; outro referiu sua formação cristã conservadora, e um terceiro manifestou clara antipatia ao PT, identificando ligações entre a esquerda e a defesa da RD. Uma identificação que, segundo outro de meus interlocutores, seria característica do Brasil:

> Não estou dizendo que não possa aparecer uma ou outra pessoa que tenha lá a sua convicção, mas esta confusão brasileira – hoje em dia eu chamo de confusão – entre um método behaviorista (esta é a raiz do método Minessota), com religião e política, eu só conheço isto no Brasil. Nem o *Tea Party*... Eu morei em 2010 em Rhode Island, Providence, e eu não vi uma agenda política tão embaralhada como a que eu vejo no Brasil de hoje. Rhode Island tem lá seus programas, como por exemplo... Eu atuei no programa Company, que é um programa de reinserção social para presidiários, e em momento algum eu fui incomodado ou perturbado por qualquer tipo de interferência política. No momento em que eu estava morando em Providence, que é uma cidade pequenininha, eu via as propagandas políticas, mas eu jamais fui abordado por qualquer pessoa do *Tea Party*. Nunca. Eles têm sua agenda conservadora, aborto e tal, mas eu nunca... Pode ser que exista... (Interlocutor 13)

Para além das menções de simpatia explícita por posições de esquerda, associadas ao percurso formativo que determinou um olhar específico para o tema das técnicas de cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, houve também alguns agentes que fizeram questão de referir uma caminhada próxima da filosofia como determinante de suas posições no campo constituído em torno do tema, no Brasil:

> Eu fiz uma formação em Psicanálise e Marxismo com o Fábio Landa, que demorou anos... Nesse curso, tinha pessoas que iam atender dentro da cadeia. Eu não era desse grupo, mas eles iam atender os presidiários, em psicanálise, duas vezes por semana. E com sigilo ético. 1979, 1980... Nessa época, ainda era Ditadura, e a gente estudava do lado da PUC, que já tinha sido invadida. Eu não era da PUC, mas vários colegas eram. Então eu fiz este curso, mas na faculdade, eu era monitora de psicopatologia. E eu fui convidada por um dos professores do curso de psicopatologia, para fazer um trabalho alternativo no Sanatório Vera Cruz. (Interlocutora 9)

> Eu estudei medicina e filosofia, e vou te confessar que só consegui fazer medicina por causa da filosofia. Eu comecei com a medicina, depois eu saí da medicina e fui pra psicologia, e na psicologia eu só fazia matérias de filosofia. E quando eu comecei a fazer as matérias de psicologia – porque tinha as optativas, né? -, eu me encantei por uma aula, que por ironia era sobre Descartes! E aí eu comecei a fazer as matérias da filosofia. E meus colegas diziam: “Assim você não vai se formar nunca. Que porra é essa? Que grade você tá montando aí?”. Quando eles falaram isso eu pensei que realmente não queria estudar psicologia. E decidi pular pra filosofia. Aí eu passei em filosofia, e quando eu passei, eu resolvi fazer o curso noturno e voltar para medicina. Aí eu fazia medicina de dia e filosofia de noite. Isto tudo foi na década de 1980. (Interlocutor 12)

Outra referência recorrente nas entrevistas diz respeito à construção, desde muito cedo, de uma tomada posição frente à psiquiatria e ao poder psiquiátrico, não apenas da parte dos psiquiatras, mas de agentes com outras formações. Destacam-se os posicionamentos críticos frente ao biologicismo e à lógica manicomial, e aos processos de medicalização e medicamentalização. Mas não só:

> Eu me formei em 1971. Meu mestre em Recife era um cara formado na escola alemã. A formação rígida da psiquiatria alemã, que foi extremamente produtiva do ponto de vista da fenomenologia. Ela era capaz de entrevistar um paciente de um modo que quando ele terminava a entrevista, havia um diagnóstico perfeito daquele quadro. Era uma coisa muito legal. E eu era um de seus discípulos diletos. Gil Braz Nóbrega era seu nome. Eu estive com ele durante o 5º e o 6º ano. Quando chegou o 6º ano, eu lhe disse que ia para a Clínica Pinel, em Porto Alegre. Neste momento ele parou de falar comigo sobre psiquiatria. Ele continuava gostando de mim, mas não falava mais sobre psiquiatria. (Interlocutor 15)

> Minha dúvida era se eu ia fazer psiquiatria ou psicanálise, e de certo modo eu fui fazer psiquiatria para fazer psicanálise. É muito sofrimento, porque são 8 anos fazendo um monte de coisas... Depois eu me apaixonei pela psiquiatria, apesar de ser um lugar muito pesado, eu entrei em primeiro lugar na residência, com 10 de currículo, 10 de prova e 10 de entrevista. E dizendo pra eles que eu não tinha muita certeza se eu ia me dar bem lá, porque eu os achava muito organicistas. E eles me amaram. Queriam-me lá. Eu tinha um bom currículo, tinha feito mil cursos prévios, tudo na área de psicanálise e outras terapias psicodinâmicas. Eu achei um ambiente muito opressivo, mas com uma excelência, uma pretensão científica que de algum jeito me influenciou. (Interlocutora 14)

> Eu me formei primeiro em filosofia, mas consegui emprego primeiro com a medicina. E eu sempre tentei juntar as duas coisas. E aí entra a questão da psiquiatria. Eu já comecei a fazer psiquiatria de uma forma um pouco diversa, tentando associar com a filosofia. E aí, por causa disso também, eu já entrei direto na Reforma Psiquiátrica. Já abracei a Reforma Psiquiátrica. Eu era aquele cara chato de sala de aula, que ficava questionado a psiquiatria, pedindo "pelo amor de Deus" para passar de ano. (Interlocutor 12)

> Fiz estágio em todas as áreas, para ver se eu tinha jeito com outras coisas, e eu só confirmei que eu me sentia muito mais à vontade com o portador de sofrimento mental de que com qualquer outro tipo de cliente que eu pudesse atender. Eu fui uma estagiária medíocre em todos estes outros campos de atuação. Eles seriam sempre uma segunda opção. E a oferta de trabalho que surgiu depois que eu formei foi em dois hospitais psiquiátricos. Então primeiro, em 82, eu já peguei aí toda a discussão da luta antimanicomial, os porões da loucura, nos anos anteriores já haviam rolado as coisas do Helvécio Ratón, e eu ficava indignada de ver aquelas fotos de Barbacena, aquele horror. Então eu já era, vamos dizer, militante. Eu ficava indignada ao ver como os pacientes eram tratados, e acreditei que a terapia ocupacional pudesse me dar outro olhar, outro tipo de abordagem, que facilitasse um pouco este olhar mais humanizado. (Interlocutora 10)

Um último elemento que apareceu com força nas entrevistas foi a experiência internacional. Muitos de meus interlocutores referiram seus estágios em instituições nos EUA, Reino Unido e França, como determinantes para a construção de suas visões e de seus posicionamentos frente ao cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Experiências plurais, vividas em serviços muito diferentes uns dos outros:

> Embora eu tenha passado 8 anos na França, e nunca me preocupei, nunca vi esse assunto. Só depois, em 1988, quando eu volto pra fazer um estágio no Marmottan, porque aí o Olievenstein começa a vir ao Brasil pra fazer várias visitas, e eu me torno muito amiga dele, e vou fazer um estágio no Marmottan. Aí é que eu vou também visitar a dissidência do Marmottan, que era a lia Cavalcanti, com seu atendimento no Norte de Paris. Então, só em 1988 que eu vou voltar a França, e aí sim, eu vejo como é tratada a droga na França. (Interlocutora 17)

> E terminando a minha residência em fevereiro de 1976, já com malas prontas para retornar a São Paulo, o meu professor me convidou (eu, que tinha 27 anos na ocasião) para organizar o primeiro serviço de alcoolismo da Pinel, que iria ser um dos primeiros do país, especializado em alcoolismo. E eu disse que era um convite muito instigante para um jovem de 27 anos, assumir a chefia de ¼ do hospital mais famoso do Brasil, mas que ele devia ter consciência que durante dois anos em que eu fui residente, ele pouco me ensinara sobre alcoolismo. E ele me disse que sim, que concordava com isso, e que eu escolhesse um lugar no exterior, que ele bancaria uma formação. E aí nós escolhemos não um lugar, mas três: dois nos EUA e um no Canadá. (Interlocutor 2)
>
> Em Marmottan eu vejo o que é a toxicomania, o que é o uso de heroína, vejo o que é uma pessoa se furar em todos os lugares, pela primeira vez eu vi um sujeito furar a jugular para tentar colocar alguma coisa, e tudo isto me deu a clara dimensão de que o que nós tínhamos aqui na Bahia estava longe de ser algo que pudesse ser chamado de toxicomania. Portanto, reforçou muito aquilo que eu tinha na cabeça, de que nós estávamos diante de um fenômeno político-social de exclusão *pela* droga, senão em nome da droga. Toxicomania não era aquilo que eu encontrava no manicômio judiciário, era aquilo que eu encontrava em Marmottan. (Interlocutor 1)
>
> Daí eu decidi ir para Europa procurar um lugar para fazer um estágio. E eu fui para dois lugares: Paris e Londres. Passei uma semana em cada lugar, conhecendo dois serviços de referência. Em Paris, foi o Centro Marmottan, do Olievenstein, e em Londres o centro do Griffith Edwards. (Interlocutor 7)
>
> Quando eu fui pra Europa, eu não imaginava que ia encontrar duas coisas tão diferentes. Eu sabia que tinha uma tradição de pesquisa maior na Inglaterra, e eu sabia que havia uma visão humanista do Claude Olievenstein. Mas eu não sabia o que eu ia querer, o que eu ia gostar, o que eu ia ver. Eu achava que as pessoas nem entendiam o que era um dependente químico. (Interlocutor 7)

Inícios variados, formações múltiplas, experiências plurais. Trajetórias que informam disposições, que por seu turno, ajudam na compreensão de distintas posições no campo. Academia, militância, filosofia. Afetos, simpatias e desconfianças. Nos relatos dos agentes, histórias singulares, como singulares serão os encontros que cada um fará com o tema das drogas. Para alguns, como já disse, antes mesmo de iniciarem seus primeiros passos acadêmicos, relacionados às suas trajetórias de vida; para outros, encontros produzidos já nos primeiros anos de graduação; outros ainda, em suas residências médicas e pós-graduações. Encontros planejados, encontros fortuitos, encontros formais e informais. Encontros entre pessoas, encontros entre ideias. No próximo subcapítulo, quero lançar um olhar para o que dizem meus interlocutores a respeito dos encontros que viveram, e também daqueles presenciaram.

4.3 ENCONTRO

Nas infinitas conversas que entabulei com meus interlocutores, pedi-lhes que falassem sobre encontros: com drogas (como tema ou objeto de consumo); com ideias e práticas com as quais concordavam ou discordavam; com profissionais e instituições de pesquisa e tratamento. Além disto, também os interroguei a respeito dos encontros entre ideias e práticas, entre perspectivas teóricas, e o modo como tais ideias, uma vez encontrando-se, teriam fecundado umas às outras. Perspectiva radicalmente espinozista, nos termos do que já foi problematizado na parte teórica desta tese.

Antes de qualquer coisa, interessou-me seus encontros com as drogas, na forma de experimentações pessoais. É dito corrente no campo que muitos dos que se dedicam ao trabalho com pessoas que usam álcool e outras drogas viveram o uso em sua própria pele. Entre meus interlocutores, encontrei apenas dois que relataram tal condição. Mas, até que ponto estes encontros são significados pelos agentes como determinantes para sua escolha profissional?

> Tive problemas com as drogas, em função da perda do meu pai quando eu tinha 14 anos. Mas sempre envolvido com o trabalho, bem focado. Meu pai deixou isto bem focado, este negócio do trabalho. Meu pai morreu, na verdade, quando eu tinha 13 anos. E assim: fui criado na rua. Ou melhor: pela rua. Não é na rua, mas pela rua. Eu queira entender o que é que era sexo, e então eu fui na zona; eu queria saber o que é que era droga, e então eu fui experimentar droga; eu queria fumar, e então eu fui experimentar o cigarro. Entendeu? Fui criado na rua. E criado na rua como? Eu quis fazer as minhas escolhas. Descobrir o que presta, o que não presta, o que não vai dar pra mim... E graças a Deus que eu não tive uma doença! Apesar de ser impulsivo, eu sempre tive limite, medo. Muito medo. (Interlocutor 8)

> Eu sou da geração que teve acesso mais fácil ao uso de drogas. Eu assisti isso ocorrer, e naturalmente perdi muitos amigos. Estive também envolvido com o uso da droga, num ambiente ainda muito romântico. Isso foi na década de 60. Eu tive esse envolvimento romântico. Havia uma ideologia hippie, que eu era muito jovem, não era capaz de compreender... A gente adquire um conhecimento maior do que é algo à posteriori. Mas eu me identificava com essa coisa de abrir a mente, de amor, de haver uma liberdade maior, já que eu também fui criado numa geração com limitações... Como não é uma entrevista jornalística, eu vou ficar com este aspecto: eu tive perdas de pessoas significativas na minha infância e adolescência. E também fiz uso, na juventude e adolescência, com a mente conturbada, inseguro, e isto também me trouxe sofrimento, mas não uma perda de controle suficiente para que eu não seguisse uma boa faculdade, uma boa formação... (Interlocutor 6)

Tais vivências são relatadas como os primeiros encontros destes dois agentes com o tema das drogas. Experiências pessoais anteriores a qualquer reflexão sobre o tema, tais vivências marcaram, sim, os agentes que as relataram, se não na época mesma em que foram vividas, ao menos na construção de suas próprias trajetórias, a tal ponto de comporem seus relatos de entrada no campo e como elemento justificador de suas escolhas profissionais.

Mas não é apenas na própria pele que meus interlocutores vivenciaram a experiência do uso. A convivência com entes próximos envolvidos pelo uso problemático de álcool e outras drogas também aparece como determinante para as disposições dos agentes, para suas escolhas e para os significados atribuídos às suas trajetórias, e é citada por dois profissionais refratários à RD:

> Eu, aos dez anos de idade, fui apresentado ao alcoolismo pela doença do meu pai, que foi ativa até eu completar 23 anos de idade. Quando finalmente consegui colocá-lo em tratamento, e ele morreu em 1999 com 29 anos de abstinência em álcool e tabaco. Então esta foi, inegavelmente, a base emocional para eu me interessar pelo tema. (Interlocutor 2)

> E eu acho que eu comecei a me interessar pelo tema álcool – era álcool – porque eu venho de uma família disfuncional, onde tinha esse problema. Meu pai, minha mãe tinham esse problema, e por um bom tempo na vida deles. Depois eles pararam de beber. Devo muito, já como médico residente, ao diretor da unidade especializada do Hospital Mãe de Deus, porque eu levei a minha mãe... Eu era médico aqui, em São Paulo, trabalhava com o assunto, e a minha mãe bebia... Mas eu não a via bebendo tanto assim. E um dia ela ultrapassou os limites, eu coloquei ela num avião, e levei para o Hospital Mãe de Deus. Isto aconteceu em 1982, ou 1983. (Interlocutor 11)

Há também os agentes que fizeram seus encontros com o tema das drogas durante seus itinerários acadêmicos, incluindo aí graduação, pós-graduação, especializações e residências médica e multiprofissional. Dentre meus interlocutores, esta foi a mais referida porta de entrada para o tema do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Abaixo, três excertos:

> Quando eu fui para minha residência na Pinel, em Porto Alegre, eu fui para a unidade masculina, e meu primeiro paciente foi um alcoolista. E foi assim com o segundo, com o terceiro... Até o quinto paciente, foram todos alcoolistas. E estes pacientes me ajudaram a mudar minha compreensão, porque eu ainda tinha a concepção do tratamento ao alcoolista que eu tinha aprendido em Pernambuco: quando se estava em uma CT como preconizado por Maxwell Jones, você tinha a oportunidade de dar voz e voto, pra valer. E aí eu tive uma aproximação diferente. (Interlocutor 15)

> E no final do primeiro ano de residência – nós estamos em 79 já -, eu fui dar um plantão... Era mês de maio, mês mais frio em São Paulo... Eu entrei em uma enfermaria, dentro do hospital, e vi mais de 45 leitos, numa penumbra, uma luzinha fraca, em maio, num frio... Todo mundo com a mesma cara, os pacientes meio depressivos... Eu não entendia bem. E eu perguntei a um enfermeiro mais velho: "Porque é que tá tudo assim, nessa penumbra?". "O senhor não conhece aqui *doutor*?" (impressionante, um enfermeiro bem mais velho que eu, me chamando de doutor). "O senhor não conhece?". "Não, o que é?". "Aqui é a enfermaria dos alcoólatras". (Interlocutor 11)

> Eu recebi um convite pra dar uma aula sobre toxicomanias em 82, quando eu era R1 do Hospital das Clínicas de São Paulo. E eu fui estudar o assunto, e uma das pessoas que estudei foi o Claude Olievenstein. E eu me apaixonei pelo tema. Dei a aula para os alunos de 5º ano, e conversando com colegas que também tinham recebido este convite, decidimos montar um grupo de estudos, porque o assunto nos interessou. E a gente montou este grupo de estudos, e chamou alguns desses alunos, quintanistas da Faculdade de Medicina, que tinham participado daquela aula. Aí nós escrevemos uma apostila e começamos a estudar. Depois de alguns meses estudando, no ano seguinte (1983), surgiu o primeiro ambulatório especializado no tratamento de dependentes de drogas da psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo. (Interlocutora 14)

Interpelação afetiva, curiosidade acadêmica e teórica, aprendizado junto às próprias pessoas que usam álcool e outras drogas. Também foram mencionadas outras situações, como a influência de professores considerados especiais, despertando o interesse nestes, à época, estudantes. Outros, entretanto, tiveram de esperar um pouco mais para viverem seus encontros, que ocorreram apenas quando já eram profissionais formados:

> Eu comecei a trabalhar com esta história da dor crônica, e nesta época a minha experiência no campo era restrita a dependência iatrogênica. E foi assim até eu acabar a residência. E fiz a residência entre 82 e 83. Em 84 eu fui chamado para fazer o R3, que na época não existia. Hoje todo mundo faz R3, mas na época não existia. E o meu R3 em Psiquiatria foi todo focado em dor, foi todo ele mexendo com dor crônica. Aí, quando a UERJ abriu o NEPAD, em 84 ou 85, eu era uma das poucas pessoas que tinha experiência no manejo com dependência de opiáceos no Brasil. Ninguém fazia isto. (Interlocutor 13)

> Eu fui conversar com o diretor do Galba Veloso, e ele falou assim: "Se você precisar de alguma coisa eu te apresento". Eu tinha feito a entrevista com ele, e na sequência pintou uma vaga para o Centro Mineiro de Toxicomania. Isto foi em 85. Eu tinha ouvido falar de droga, de ouvir minha mãe dizer: "Cuidado que aquele cara é maconheiro!", ou "Cuidado na festa que eles vão colocar bolinhas na sua bebida!". Eu sempre fui muito careta. Tinha medo destas coisas. Mas eu queria muito trabalhar na minha área, com TO... Fui convidada então pata trabalhar no CMT, e lá que eu conheci sua história. (Interlocutora 10)

> E aí o Prof. Rubens de Pinho me telefonou no dia 16 de dezembro de 1970 (eu me formei no dia 15!), e perguntou se eu queria trabalhar no manicômio judiciário, no hospital que hoje é chamado de Hospital de Custódia e Tratamento, mas que na minha época era manicômio judiciário, porque era um asilo vinculado a Secretaria de Justiça, para cuidar dos doentes mentais que houvessem cometido algum delito. "Cuidar", aqui, quer dizer "fazer uma perícia", para definir sua responsabilidade, ou então, definida sua irresponsabilidade, submetê-lo a um tratamento que protege a sociedade, o famoso "tratamento imposto por lei". E eu aceitei, porque eu não tinha nada melhor na vida a fazer. Não tinha emprego, e precisava pagar minha contas que estavam começando a ficar grandes, sobretudo com as farras da formatura [risos]. No manicômio, eu tive uma grande surpresa: ele ficava em um bairro pobre, com 90 mulheres e o resto homens. Esta segue sendo até hoje minha melhor aproximação com a "Casa dos Mortos", de Dostoievski. (Interlocutor 1)

As experiências seguem muito variadas: um médico que é convidado a trabalhar com dor crônica, uma terapeuta ocupacional "careta" que nada sabia sobre drogas, um psiquiatra recém-formado produzindo laudos em um manicômio judiciário. Experiências distintas, em diferentes territórios institucionais previamente organizados, nos quais meus interlocutores inseriram-se. Mas haveria ainda outro tipo de experiência: aquela em que o agente participa ativamente da produção do contexto institucional no qual será possível o encontro com o cuidado:

> Em 1987, chega a diretora regional de saúde na minha unidade. Havia uns 30 médicos, não lembro o número exato. Ela senta com a gente e fala assim: "Tem uma doença nova atingindo muita gente. E hoje, toda nossa estrutura para atender esta doença está num hospital do estado, onde fazemos internação, ambulatório, tudo. Não estamos dando conta, porque tem muitos casos, e nós precisamos abrir um ambulatório aqui nesta unidade. Este ambulatório vai cuidar desta doença nova, que se chama Aids.". Até então, eu estava trabalhando como clínico, dando pitaco em política de saúde, implantação do SUS... Era aquele momento pré-constitucional ainda... E ela diz que precisava de um médico voluntário para atender estes casos. E ela foi passando de colega em colega, do mais velho ao mais novo, e todo mundo foi dizendo não. Eu era o mais novo, tanto no serviço quanto no tempo de formado, e não tive a alternativa de dizer não. (Interlocutor 16)

> Quando eu trabalhava com urgência, eu vi que a coisa mais difícil que havia aqui em São Paulo era ter um lugar para encaminhar um dependente químico. Pra alcoolismo tinha, mas pra drogas ilícitas não tinha (e mesmo o alcoolismo era uma coisa muito inicial). Mas pra drogas ilícitas, nem isto tinha. Estamos entre 79 e 86, período em que trabalhei com urgência. E daí eu pensei que em termos de necessidade, precisava um serviço para dependência química. E além de tudo, eu gostava de atender dependente químico. Era um prazer pra mim. Era um tipo de paciente que eu gostava muito. Mas eu não gostava das coisas que eu ouvia falar sobre dependência química. Achava tudo muito estranho. Muito religioso, moralista... (Interlocutor 7)

> Quando começamos a funcionar no hospital dia, em 1978, começou a se criar minha relação com álcool e drogas. É que a população que começou a frequentar o hospital dia, que era o CAPS de lá, era predominantemente formada por usuários de álcool. Sérgio já tinha voltado, já tinha seu serviço, e nós tivemos de estudar para dar conta desta demanda da população de Cachoeirinha. E foi aí que eu comecei a me interessar pelo tema, sem abandonar meu interesse pela psicose. As outras drogas, à época, eram absolutamente insipientes. Havia o Algafan® e a maconha. Foi nesta época que abrimos a pensão protegida, colocando 30 hóspedes. Foi um trabalho muito legal, porque tivemos de conversar com a rua inteira, porque colocaríamos em uma casa normal, ainda que grande, 30 loucos. Tivemos de falar com os vizinhos, com o pessoal da rua... Aí trouxemos os moradores do Hospital São Pedro, os primeiros 20 hóspedes da pensão protegida, em 1978. Foi então, na verdade, quando eu comecei a estudar mais a questão do uso de álcool e drogas. (Interlocutor 15)

Uma política pública, um programa de atendimento vinculado a um hospital universitário, um serviço comunitário em saúde mental. Não apenas os territórios previamente existentes onde seria possível produzir encontros com o cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas são diversos; também os são os novos espaços e políticas que os agentes engendram para viabilizar os encontros.

Frente à carência de serviços especializados, os encontros dos profissionais com questões relacionadas ao cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas ocorriam em territórios institucionais muito variados: manicômio, presídio, CT, hospital, projeto de extensão, núcleo de pesquisa, sala de aula, curso de especialização... Quando olho para meus interlocutores – pessoas de referência no campo -, vejo agentes que adentraram o território reflexivo em torno do tema a partir de portas muito variadas, de experiências muito distintas, até mesmo insólitas. A maioria ocupa lugares de destaque em congressos, simpósios, seminários, e são assistidos por agentes que têm acesso cada vez maior a portas de entrada formalizadas para o contato com o tema.

Hoje, há um número muito maior de núcleos de pesquisa, e de pesquisadores de excelência. A rede de serviços públicos que atendem pessoas que usam álcool e outras drogas é muito mais abrangente e diversificada, ampliando não apenas o atendimento como também os pontos de contato de trabalhadores de saúde com o cuidado dirigido à esta população. Assim, serviços de saúde constituem-se em espaços de produção de conhecimento, e representantes de suas equipes lotam congressos, apresentando trabalhos tão diversificados quanto são as correntes de pensamento no campo da saúde e das ciências *psi*. O campo, hoje, possui contornos muito mais instituídos.

• • •

Neste momento, julgo pertinente abrir uma janela para falar um pouco mais dos Centros Regionais de Referência (CRR's), já referidos quando da análise dos anais do Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas, realizado em 1988 (CEBRID, 1989)[28]. A iniciativa de organizar os CRR's partiu do CONFEN, que à época era dirigido pelo advogado Técio Lins e Silva. Sob sua direção, o CONFEN convocou três especialistas para selecionar centros de excelência na pesquisa e no cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Meus interlocutores falam em cinco ou seis centros, mas nos anais do encontro anteriormente citado, são nove instituições: Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus, de Porto Alegre; Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), de Belo Horizonte; Centro Eulâmpio Cordeiro, de Recife; Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD), de São Paulo; Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), de Salvador; o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), de São Paulo; o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD), do Rio de Janeiro; o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependência (GREA), de São Paulo; e o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (CORDATO), de Brasília.

Ser considerado um CRR não era algo sem efeito. Fator de distinção, capital simbólico, endosso institucional, tudo isto produz efeitos de poder. No mínimo, há uma ampliação da visibilidade e do prestígio destes centros, que passarão a atrair um número maior de profissionais interessados (o interlocutor, por exemplo, 7 seduzia residentes de medicina dizendo: "você vem aqui trabalhar de graça, e eu te ensino"). A própria aproximação dos centros, como expressa no próprio encontro de 1988, ampliava esta visibilidade positiva, e não deixava de ser, simultaneamente, um ato de expressão e de reforço do poder: eles são os centros de excelência, eles se encontram, eles partilham, eles escrevem, eles que são chamados à ocupar os lugares de fala nos eventos do campo (os anais do encontro deixam claro que apenas os representantes dos CRR's fazem apresentações; aos demais participantes, resta o direito de formular perguntas).

[28] Páginas 298 a 319.

Outro efeito destes encontros é a constituição e o fortalecimento de um território de controvérsias teórico-ético-metodológicas. No campo ou na vida, como já disseram Bourdieu e Tarde, existir é diferir. E as diferenças começam a aparecer. Cruzando as entrevistas com a análise dos anais, é possível identificar ao menos três linhas: NEPAD, CMT e Eulâmpio Cordeiro bebendo na fonte da psicanálise; PROAD, CETAD e CORDATO orientando-se pelas ideias de Olievenstein; GREA e Mãe de Deus (único privado) mais próximos do behaviorismo[29]. Tais perspectivas informarão os discursos dos agentes no campo com seus conceitos, ênfases e práticas, arrebatarão seguidores, produzirão tradições. Campo, discursos e agentes fortalecem-se no encontro das diferenças.

• • •

Há também os encontros que não se dão na experiência concreta com o cuidado em seus mais distintos enquadres institucionais, mas sim entre agentes e ideias. E seria possível falar ainda de encontros de ideias agenciados e vividos pelos próprios agentes. Não falo de controvérsias, do embate entre ideias diversas, como no caso do encontro de CRR's em 1988; para começar, quero falar de agentes insatisfeitos com as teorias e práticas com que se deparavam, e que buscaram ideias diferentes:

> Mesmo a literatura que se dizia científica tinha ideias que me pareciam despropositadas. Por exemplo, na questão da psiquiatria: a literatura técnica não me dava matéria para que eu pudesse atuar. A não ser, lógico, a questão farmacológica, que no caso da clínica com usuários de álcool e drogas, é sintomática. Eu me sentia mais ou menos impotente para trabalhar. Muita dificuldade de encontrar uma proposta de consistente, cientificamente falando. Era mais algo negativo: "Não é isto, nem isto, nem isto...". O que poderia ser, me escapava. Eu ficava pensando: "Que legal, CAPSad...", mas quando eu via a coisa funcionando, me parecia simplesmente um decalque pra adulto neurótico grave. E não é a mesma coisa. Como fazer oficina do mesmo jeito? Isto não serve para este público. Outra questão: a internação psiquiátrica não funciona. Pelo contrário. Também as CT's: poderia colar com um ou outro, mas estava longe de ser a panaceia que as pessoas tentavam vender. E aí, quando já estava caindo fora, eu tive contato com o pessoal de Recife, e eu vi que eles tinham as mesmas questões. E o pessoal de Recife, parece-me, resolveu com as Casas do Meio do Caminho. (Interlocutor 12)

[29] O CEBRID coloca-se um tanto quanto à margem neste embate, por tratar-se de um núcleo de pesquisas que não ofertava ações de cuidado.

> Eu achava que as pessoas nem entendiam o que era um dependente químico. Eu até dei uma olhadinha em alguns centros americanos, à distância... Não cheguei a ir até lá... Mas eu achei que os EUA tinham uma visão muito AA, muito grupo de autoajuda, muito religioso... Religioso em um sentido amplo: às vezes nem se tratava de uma instituição religiosa, mas era uma maneira religiosa de lidar... Moralista mesmo. E eu pensava que isto não tinha nada a ver com medicina, com psiquiatria, com psicologia... E fui pra Europa. [...] Em Londres, ainda que eu tenha adorado o professor Edwards - o pesquisador e a pessoa - eu acho que eles (os usuários de drogas) são tratados como uma mercadoria, como um produto de uma indústria... E na França, eles eram tratados como seres humanos. Ponto. Daí eu percebi que já tinha feito a minha escolha. Aí eu fui a Paris, e fiquei dois anos trabalhando com o professor Olievenstein, em Marmottan. (Interlocutor 7)

> E eu segui perguntando: "Tá, mas o que é que a gente faz aqui? Como é que a gente trabalha aqui?". "Aqui não se faz nada. Eles entram, passam aqui um mês, 45 dias, ficam sem beber, saem, bebem e voltam.". Aí eu falei: "Mas ninguém trata? Ninguém faz nada? Não tem ninguém que...". "Ninguém quer cuidar.". "Mas, por quê?". "Ah, porque eles mentem. São chatos. Porque não dá pra conversar.". Foi assim mesmo. É assim mesmo. [...] Nesse cenário eu pensava assim: "Não é possível! É muita novidade para um cara jovem como eu, que gosta de desafio, gosta de esporte. Vamos criar um grupo para a gente começar a estudar o assunto?". E eu criei um grupo com os outros residentes, para a gente estudar. Cada um lia um tema, chegava lá e falava pros outros. Começou com 5, depois ficaram 12... Nós demos o nome de Grupo de Estudos de Alcoolismo. (Interlocutor 11)

Três psiquiatras orientados por perspectivas distintas (um junguiano, um entusiasta das teses de Deleuze e Guattari, um mais alinhado com a medicina e com o método behaviorista), mas todos mobilizados pela insatisfação diante do que encontravam no cenário teórico e de práticas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. Em suas buscas, três respostas distintas: uma política pública construída em Recife, orientada por princípios de RD; um encontro com o centro de Claude Olievenstein; a constituição de um grupo de estudos. Esta última, é bem verdade, não poderia ser posicionada como uma resposta, mas como um esforço de estudo, parte de uma busca. Por outro lado, as respostas encontradas pelos interlocutores 7 e 12 também não foram definitivas (há alguma que o seja?): para o primeiro, ainda ocorreriam as articulações com suas experiências junto ao *Médicin du Monde*, que realizava trabalhos com pessoas em situação de rua na cidade de Paris, e seu encontro com as inovações produzidas no âmbito da resposta brasileira à epidemia de Aids; para o segundo, as pontes entre o movimento da luta antimanicomial e a filosofia de autores como Nietzsche, Espinosa e Deleuze.

Caberia ainda, por fim, abordar os encontros entre ideias. Neste sentido, as entrevistas foram muito importantes, já que ideias não possuem autonomia e vontade própria para agenciar tal possibilidade; é preciso que os seres humanos o façam. Tais encontros, portanto, são produzidos pelo olhar dos agentes, pela ação de coletivos organizados, pela proposição de políticas públicas, ou mesmo por incidentes fortuitos, como foi o caso da realização simultânea, em Brasília, da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental, e do 2º Fórum Nacional Antidrogas:

> Em 2000, eu participei da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. Ali nós discutimos a questão AD. Foi tão engraçada a situação, porque na época da 3ª CNSM, estava acontecendo o 2º Fórum Nacional Antidrogas. Na mesma cidade, nos mesmos dias. Os políticos privilegiaram o fórum, e não a 3ª conferência. O presidente da República foi nesse fórum, e não foi na conferência. Não sei se o ministro da saúde da época também. Eu sei que isso causou um desconforto muito grande entre o pessoal da 3ª CNSM, e tinha um lava-e-traz: o que é que estavam discutindo lá no Fórum? "Estão discutindo justiça terapêutica gente! Que porra é essa? A gente vai ficar calado?". E aí teve uma pressãozinha... O tema AD não era tema da conferência, à priori... Transformou-se em tema por causa do fórum, já durante as discussões da conferência. Eu acho que a saúde mental e a reforma psiquiátrica demoraram um pouco para enxergar a questão AD. E essa discussão foi feita assim, neste contexto. "Isso diz respeito à gente, nós temos que discutir isso, nós temos que ter posições em relação a isto. Nós não podemos deixar isto solto deste jeito". Foi difícil a discussão. Era muito ideologizada. Mas saiu um texto legal, no final. Acho que foi o pontapé inicial das questões políticas que vieram. (Interlocutor 12)

As "questões políticas que vieram" dizem respeito à política do Ministério da Saúde para atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Este é um dos primeiros textos brasileiros em que a RD é apresentada como uma ética do cuidado, ultrapassando a ideia de um mero cardápio de técnicas diferenciadas para usos específicos de drogas. O documento também pode ser considerado como um primeiro produto do encontro entre RD e reforma psiquiátrica, frente à demora do campo da saúde mental em assumir a problemática como sua - questão igualmente referida pelo interlocutor 12.

Há outro de meus interlocutores que enfatiza sobremaneira esta reserva inicial, da parte dos militantes e pensadores da luta antimanicomial brasileira, em assumir como sua a luta pela humanização das técnicas e de cuidado e das políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas. O excerto é longo, mas sua relevância justifica o investimento:

> Quando eu olho um pouco a história, a minha visão é de que o movimento social é muito semelhante ao movimento familiar, que por sua vez é muito semelhante ao movimento individual: no processo de desenvolvimento pessoal do seu uso de droga, o indivíduo num primeiro momento nega, assim como a família e a sociedade. É o mesmo movimento! Quando a gente, por exemplo, tentou, na primeira Conferência Nacional de Saúde Mental [1987], colocar o tema álcool e drogas, houve este movimento de negação. Eu fui um dos organizadores da conferência, e digo: nós estávamos reunidos com o que havia de mais avançado no pensamento da pré reforma psiquiátrica. Estávamos lidando com os formuladores daquilo que viria a ser a reforma psiquiátrica, e eles faziam um raciocínio que hoje, quando olhamos e contamos esta mesma história no depois, contamos a história com o olhar do hoje... É preciso compreendê-la com o olhar do ontem. E eu vejo que era o mesmo pensamento que tinha Delfim Neto na economia: "Precisamos aumentar o bolo para que depois possamos dividi-lo. Não dá pra dividir agora". E os caras diziam pra gente: "Quando organizarmos a questão da psicose, aí então poderemos nos debruçar sobre o tema álcool e drogas". Ou seja: "Quando aumentar o bolo, quando o bolo crescer, a gente vai poder dividir". E nós tentávamos incluir o tema, mas isto não se discutia. Discutíamos então a desmanicomialização da psicose, mas não do cuidado para usuários de álcool e drogas. (Interlocutor 15)

As condições para que tal diálogo ocorresse, ao que parece, ainda não estavam dadas. Mesmo em Santos, cidade vanguardista em que as políticas de Aids e de saúde mental eram muito inovadoras, o encontro não ocorreria. Em um evento realizado na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, ligada à Fiocruz, eu pude perguntar para Antonio Lancetti, um dos protagonistas da inovadora política de saúde mental na cidade de Santos, em 1989, se já havia, à época, algum diálogo entre os gestores da área e o grupo envolvido com a implementação das estratégias de RD, à cargo da política municipal de DST e Aids:

> Olha, eram tantos... Não era assim, que a gente sentava... Era um turbilhão. Nos primeiros dias de governo, nós fizemos um seminário de planejamento, para o qual foram pessoas aqui da Fiocruz, gente da USP, grandes planejadores em saúde. Então, o Capistrano me chamou e pediu que preparássemos uma abertura diferente. E ele pediu que eu ficasse atento, porque uma hora ele iria me chamar. Então, ele colocou um aparelho de som na frente, com os planejadores sentados, e tocou aquela música do Chico Buarque e do Caetano Veloso, "Faça duas vezes antes de pensar". E abriu o seminário. (LANCETTI, 2014)

O interlocutor 16 teve destacada atuação na implementação das práticas de RD no Brasil, tendo feito parte da equipe que ajudou a construir a mítica experiência frustrada de Santos, em 1989. Interrogado se havia a compreensão, à época, de que RD e saúde mental poderiam compor, o agente corrobora a resposta de Antonio Lancetti:

> Eu acho que não... A gente até conversava, mas... Vamos dizer assim: a dimensão das coisas que a saúde mental fazia era também enorme. O tema drogas, naquele momento, era muito secundário pra saúde mental. Porque eles tinham que dar conta das neuroses, e eles estavam no auge do conflito com a psiquiatria tradicional. E era uma briga muito grande. Uma coisa de leão. Contra o manicômio, contra a internação hospitalar... A proposta de fechar manicômio, não só em Santos, mas esta proposta toda, nacional, que eles fizeram de fechar os hospitais psiquiátricos... Isto era uma briga de gigantes, que envolvia muito dinheiro. Mas só nos últimos anos que a saúde mental tem incorporado a questão de drogas como um problema deles. (Interlocutor 16)

Não deixa de ser curioso o fato de que duas das áreas de maior visibilidade na gestão de saúde da cidade de Santos, entre 1989 e 1992, foram justamente as políticas de Aids (pelo que fez, com respeito à construção de uma política pública inovadora) e de saúde mental (pelo que desfez, no que tange à desconstrução do modelo manicomial). Ainda assim, não se percebia o quanto a experiência com trocas de seringas seria relevante para a saúde mental, e o encontro entre reforma psiquiátrica e RD teria de esperar alguns anos para se realizar, ao menos no âmbito da gestão e dos documentos governamentais. Em ato, tal intersecção já ocorria desde o início, se não de modo generalizado, ao menos nas experimentações cotidianas realizadas por muitos trabalhadores de saúde, como afirmam alguns de meus interlocutores:

> Neste ponto da responsabilização, a RD e a psicanálise se encontram. Eu continuo achando que a questão da transferência é fundamental, o atendimento individual, a retificação subjetiva... Então eu continuo sendo psicanalista, no que diz respeito ao tratamento do usuário de drogas. Não nos colocamos, portanto, em outros cenários de enfrentamento, de discussão... Acho que a política do Ministério da Saúde, com a RD, tem tudo a ver com o que a gente sempre fez, com a coisa do atendimento. Eu vejo assim. Eu gosto muito do texto da política do Ministério da Saúde, de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas. As pessoas tinham de ler este texto. (Interlocutora 10)

> Foi um encontro [Aids e o cuidado de usuários de drogas] muito estimulante para os dois lados. Mas foi difícil também. Sem dúvida, moldou muito a maneira como a gente conduziu as coisas. [...] Fora do Brasil, a coisa mais próxima que eu vi disso foi o próprio Marmottan. Mas depois que Olievenstein morreu, Marmottan virou outra coisa. Quem faz uma coisa muito parecida com isso é Lia Cavalcanti. É pernambucana. E ela faz algo muito próximo disso, levando RD para a clínica. Mas eu não conheço outros serviços. Eu sei que tem algumas coisas no Canadá, com gente que trabalha com RD. Mas eu não conheço em detalhes, pra saber se está misturado com a clínica mesmo. (Interlocutor 7)

No interior do campo, encontros acontecem. Tomando por base as três linhas representadas nos CRR's da época, seria possível afirmar que o interlocutor 7 pertence ao grupo inspirado pelas ideias de Olievenstein, enquanto que a interlocutora 10 constituía sua atuação a partir da psicanálise. Estas duas correntes, cada qual à sua maneira, aproximaram-se da RD e a incorporaram ao seu fazer cotidiano. Com o passar do tempo, outras correntes fariam seus movimentos de aproximação, a exemplo da linha inspirada pelas ideias de Deleuze e Guattari.

Mas, e a terceira linha, que se colocava mais próxima do modelo biomédico e das terapias cognitivo-comportamentais, representada por dois CRR's? Foi-me possível entrevistar profissionais que tiveram ligações, à época, com o GREA e o Mãe de Deus. Enquanto o interlocutor 11 disse simplesmente que guarda divergências respeitosas com a RD, o interlocutor 2 teve reação mais contundente, e julgo pertinente partilhar todo o trecho da entrevista, com ênfase no modo como o mesmo me interrompeu em meio a formulação da pergunta:

> **Dênis Petuco**: O senhor trouxe algumas coisas a respeito da RD, e eu também queria esmiuçar um pouco mais isso. A RD tem uma história, né? Tem aquilo que eu chamo de "primeiro nascimento", que são as ideias de terapia de substituição lá na Inglaterra, pra tratamento de dependentes de opiáceos; depois há o "segundo nascimento", na Holanda, com as trocas de seringas. E é dessa forma, como troca de seringa, que ela chega no Brasil, em 89, na cidade de Santos. Aí têm os problemas lá, com o judiciário, e isso só vai começar a ser feito realmente, na prática, em 95, na cidade de Salvador. Há um hiato de seis anos entre o "tentar fazer" e o "começar a fazer" de fato. E nesse primeiro momento, bem nessa lógica da saúde pública: produzir um cinturão de contenção para epidemia de Aids e tudo o mais. Mas aí existe essa apropriação das ideias da RD...
>
> **Interlocutor 2**: Até aí eu assino embaixo! A tua descrição é perfeita. Até aí, são médicos sanitaristas, que estão dizendo assim: "Olha, no caso da Aids, não fomos capazes de prevenção primária, não fomos capazes de prevenção secundária, então vamos usar prevenção terciária.". Perfeito. A apropriação se dá por não profissionais de saúde, fazendo discurso: "Ah! Então, como se trocam seringas para Aids, vamos trocar latinha pra crack! Vamos dar maconha pra crackeiro! Vamos ensinar adolescente a beber!". São estratégias que não funcionam, que estão aí há vinte anos, e lamentavelmente o Brasil tem ainda uma curva em aclive para o consumo de drogas, enquanto os nossos vizinhos estão em declive. Se esse fosse um país sério, primeiro não apanhava de 7 a 1 ontem; segundo, se alimentaria dos números. "Redução de Danos é o maior! É o máximo!". Ok, muito bom... Só que nesses vinte anos que isto vigeu, diferente de nossos vizinhos, o consumo de drogas só aumentou. Então, trata-se de uma política de colide com os números.

“Até aí eu assino embaixo!”. É deste modo que o interlocutor 2 me interrompeu. O “até aí” diz respeito à RD como terapia de substituição aos opiáceos, ou na forma da troca de seringas com vistas ao enfrentamento de epidemias decorrentes de infecções sanguíneas (como Aids e hepatites virais). Inicialmente, cheguei a pensar que a resposta pudesse ter algo de ressignificação e reposicionamento, pois cultivava a hipótese de que a tentativa de implementação de um programa de troca de seringas em Santos tivesse encontrado, à época, forte resistência junto a setores do campo da saúde, em especial aqueles ligados à psiquiatria e ao cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. No entanto, dois de meus interlocutores, envolvidos diretamente nos debates da época, afirmaram que as divergências não partiram de grupos ou profissionais ligados à saúde, mas tão somente de grupos ligados ao Poder Judiciário e à Segurança Pública:

> Por aqui, alguma controvérsia partiu do Ministério Público. Mas de profissionais da saúde, eu recordo um artigo publicado no jornal O Estado de São Paulo, em que dois psiquiatras diziam porque eram contrários à RD. Isto teve alguma repercussão. Mas depois, não sei se foi no CONFEN, ou em algum encontro científico, eles voltaram atrás, dizendo que não tinham todos os dados quando escreveram o artigo, e recuaram um pouco. (Interlocutor 18)

> Na época, nós tivemos a defesa jurídica do Dr. Alberto Torón (que depois veio a ser do CONEN de São Paulo), que era um advogado brilhante. Ele fez a defesa voluntária, e não cobrou absolutamente nada por isto. E este acabou virando um caso extraordinário, porque ele ganhou: conseguiu arquivar todos os processos, e a gente teve defesas, por exemplo, do CRM de São Paulo, que veio a púbico nos defender, dizendo que o que a gente estava fazendo era coerente com o juramento de Hipócrates, e que a gente não apenas podia, como tinha obrigação de salvar vidas se soubéssemos como, que não havia nada de ilegal, e que o conselho respaldava e apoiava as nossas medidas. (Interlocutor 16)

Mas o “até eu aí assino embaixo!” não é corroborado apenas pela demonstração de que setores ligados à saúde, e sobretudo à medicina e à psiquiatria, não apenas nada fizeram em oposição à implementação de um programa de troca de seringas, como em alguns casos até manifestaram apoio explícito à iniciativa, à exemplo do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. Em outro momento da entrevista, o interlocutor 16 expõe sua opinião a respeito da emergência destas vozes contrárias à RD num momento posterior, já como uma ética do cuidado que ultrapassa a perspectiva instrumental e preventivista, endossando o limite explicitado pelo interlocutor 2. O excerto é relativamente longo, mas julgo pertinente não cortar nenhum fragmento da resposta:

> Eu brinco que uma das coisas que deixa os psiquiatras inconformados é o fato de que alguém toma droga sem a prescrição deles. É um desespero pra eles. O cara pode usar drogas, mas quem tem que prescrever sou eu. Eu acho que eles só perceberam a força da RD, a força de uma coisa que podia ameaçar esta hegemonia medicalizada, no final da década de 90; depois que entra a Lei de RD, depois que passa a discutir na SENAD, por exemplo, naqueles eventos nacionais, aqueles fóruns nacionais que começam a discutir RD como uma das políticas públicas nacionais... Aí é que eu acho que eles começam a se ouriçar. Até então um cara como o Ronaldo Laranjeira, por exemplo, não tinha nenhuma manifestação contra a RD. No começo acho que ele até tinha uma certa simpatia, uma certa coisa. Eles vão se irritar, acho que quando isto aparece como sendo uma alternativa ao que eles fazem, e uma alternativa muito mais interessante, muito mais baseada em evidência, muito mais promissora; uma alternativa de reinserção destas pessoas na vida, independente delas pararem de usar droga. E isto é desesperador para os psiquiatras. E eles só percebem isso – você vê que é um crescendo que vem de 1989 até, sei lá, 10 ou 12 anos depois, até que eles percebam uma ameaça de que isto pode tirar, por exemplo, o consultório deles, ou tirar deles a teoria de que eles podem dar conta de tudo, de que podem salvar todos... Da mesma forma a Igreja: eu tenho a impressão de que ela também vai perceber, nesta mesma época, que este tipo de movimento questiona, por exemplo, toda a questão das Comunidades Terapêuticas, que não são – e eu já disse isso anteriormente, e virou manchete de uma revista – nem comunidades, nem terapêuticas, com raríssimas exceções. As CT's também se sentem ameaçadas, porque eles vendem a imagem de que o céu é o limite, que você pode salvar estas almas, e que tem um custinho que a família vai ter que investir, vai ter que vender o apartamento, o carro, mas isto é detalhe, porque o importante é que vai salvar o filho, a família... Então, eu acho que esta tensão vai aparecer no finalzinho dos anos 90 pra 2000, e aí começa o conflito mesmo: aí começam a existir manifestações mais claras contra a RD, um posicionamento mais explícito de disputa. Porque, de verdade, vamos dizer assim: o mercado, que era dividi só em dois, passa a ser dividido, de maneira quase equitativa, em três. E isso incomoda muita gente, sem dúvida nenhuma. (Interlocutor 16)

Talvez o mercado de capitais financeiros que circulam no cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas não tenha se dividido tanto assim. As clínicas e CT's orientadas exclusivamente pela abstinência seguem lotadas, em muitos casos até mesmo com filas de espera, e a oferta deste tipo de serviço não para de crescer e se diversificar. A presença da RD no mercado privado de tratamento é ainda muito insipiente, influenciando um número não muito grande profissionais liberais em seus consultórios. Mas o mercado de ideias e o capital simbólico, estes sim, se dividiram. Hoje, não é mais possível organizar um evento para discutir o tema, sem que se fale sobre RD, elevada inclusive à condição de diretriz da política do Governo Federal para a atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas (BRASIL, 2004).

Recentemente, o Ministério da Saúde organizou um dos maiores projetos já realizados sobre o tema – o Caminhos do Cuidado -, que ofereceu formação para agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família, em todo o Brasil, totalizando mais de 300 mil trabalhadores de saúde, que foram qualificados para o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, a partir de princípios de RD. Além disto, são muitas as atividades de educação permanente e continuada dirigidas a profissionais da saúde, assistência social, educação e segurança pública, orientados por tais princípios. Sem falar nos novos CRR's (hoje eles são mais de 50 em todo o país), vinculados a instituições de ensino superior, e que sustentam atividades de formação que sempre contemplam a RD, no mínimo em algumas aulas.

A RD ultrapassou a dimensão meramente preventiva, não a abandonando. Ultrapassando o preventivismo, tornou-se uma ética do cuidado que orienta a prática de trabalhadores de saúde, nas esferas pública e privada. E esta ética do cuidado, que já se podia vislumbrar no trabalho realizado por redutores de danos em todo o país (PETUCO, 2014), aumenta sua potência de agir no mundo a partir do encontro entre RD e saúde mental. "Até aí eu assino embaixo"; a partir daí, a RD reforça sua entrada no campo constituído em torno do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Se existir é diferir, é pela afirmação da diferença que a RD ocupa seu espaço. Fortalece-se sua posição, fortalece-se a controvérsia, fortalece-se o campo, que não é mais apenas campo de forças, mas também de lutas.

4.4 CAMPO

O mergulho histórico que realizei, mesmo que superficial, permitiu observar a construção de um campo em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, anterior à emergência das práticas e ideias de RD entre nós, brasileiros. Alienistas, higienistas e eugenistas, que foram posteriormente substituídos por psiquiatras e psicólogos, e mais recentemente, por uma multiplicidade de profissionais das mais diferentes áreas. Nos anos 80, já era possível perceber o fortalecimento deste território de forças e de lutas, expresso no surgimento de encontros, congressos, seminários e associações. Agora é hora de considerar o que dizem meus interlocutores a respeito. Inicio pelo interlocutor 3, o mais experiente de todos, e aquele cujas memórias alcançam um passado mais distante, não apenas por sua idade, mas também por seu interesse nas histórias deste campo, no Brasil:

> Isto daí foi um movimento da psiquiatria, que data no mínimo desde o início do século XIX. E dentro de uma visão única, naquela época. No Rio de Janeiro, por exemplo, você tem o Sanatório Botafogo, que teve muita gente internada; em Minas Gerais tem Barbacena, que internava junto com os loucos; ainda no Rio, a Colônia Juliano Moreira... Em Pernambuco, há o grupo de psiquiatras que tratam não só os usuários de maconha, mas usuários de drogas de uma maneira geral, a partir de uma perspectiva puramente médica. Então, é um movimento que surge, eu acho, a partir da década de 40... Eu nem sei quando são criados os departamentos de psiquiatria dentro das escolas médicas, mas com certeza foram estes departamentos que tomaram isto. A farmacologia entrou um pouco assim, de banda. Mas começou ali por volta de 45, 46, com o Ribeiro do Valle, a se interessar pela droga. Ele foi um pioneiro em termos de pesquisa científica sobre maconha no Brasil. Existiu no passado um grupo importante lá em Pernambuco, com Lucena e outros. Mas eles estavam muito dentro, eu acho, da linha da higiene mental. (Interlocutor 3)

O interlocutor 3 relembra, sinteticamente, alguns dos autores e instituições que encontrei em meu arremedo de arqueologia: aponta as origens do campo no século XIX, passa pelo Sanatório Botafogo (onde Adauto Botelho e Pernambuco Filho trabalharam), cita os manicômios como locais onde se internavam pessoas que usavam álcool e drogas, e menciona a tradição pernambucana nos estudos sobre maconha, para logo em seguida afirmar a década de 1940 como o período especial, com a criação de departamentos de psiquiatria nas escolas de medicina. A derrocada do movimento eugênico parece ter produzido um hiato na produção sobre o tema, retomada apenas na década de 1970.

É justamente em fins da década de 1970 que o interlocutor 2 participa da criação de um serviço especializado no tratamento do alcoolismo, vinculado ao Instituto Pinel de Porto Alegre, uma das mais disputadas instituições para realização de residência em psiquiatria do Brasil, à época:

> Rapidamente, se formou um nome em torno desse serviço. Parece que foi realmente o primeiro serviço brasileiro especializado em alcoolismo, dentro de um hospital psiquiátrico. E nesses anos que o serviço de alcoolismo da Pinel estava se estruturando, eu, paulista com raízes muito afetivas em São Paulo, fui visitar o CEBRID, contando o que eu estava fazendo. Eles sempre foram interessados em maconha, e eu em álcool. E nessa visita, conheci Jandira Masur. Nascia ali uma sólida amizade, que se perpetuou até o falecimento dela. E esta amizade foi o núcleo do futuro GRINEAA (Grupo Interdisciplinar de Estudos sobre Álcool e Alcoolismo). Meses depois desse encontro, nós tivemos, em Camboriú, o III Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Aí, o GRINEAA, que teve Bertolote como primeiro presidente, se transformou em ABEAA (Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Alcoolismo), que nasceu com 40 membros, pioneiros. Anos mais tarde, a ABEAA se transformou em ABEAD, e começou a envolver-se com outras drogas, também. (Interlocutor 2)

> Neste primórdio, do GRINEAA até a ABEAA, foram se formando núcleos de interesse, essencialmente em torno do alcoolismo. Porto Alegre desde logo se destacou por sua excelência clínica, e o grupo da Jandira pela produção científica. A este, somou-se o GREA, da USP. Havia ainda uma terceira força em São Paulo: a turma do Hospital do Servidor Público, liderada por Carol Sonenreich, que tinha como seus dois melhores alunos Bertolote e Vicente Antônio de Araújo. Começava assim um certo mapeamento: Porto Alegre e Hospital do Servidor com a clínica, GREA e UNIFESP com pesquisa. Mas o Sonenreich lidava com a possibilidade de alguém voltar a beber socialmente, coisa que nós, aqui no sul, não defendíamos de maneira alguma. (Interlocutor 2)

O campo se fortalece. Aqui e acolá, grupos de pesquisa são criados, e algumas das maiores referências brasileiras no assunto iniciam suas carreiras. Tempos heroicos, de curiosidade, de inaugurações, de busca. Tempos, como muitos de meus interlocutores disseram, em que reinava uma profunda insatisfação com o que havia em termos de técnicas de cuidado e políticas públicas dirigidas a esta população. E esta insatisfação, curiosamente, não dependia das opções teóricas que já se delineavam entre estes pioneiros agentes. A realidade indignava psicanalistas, olievensteinianos e behavioristas. E neste cenário inicial, uma pesquisadora e uma instituição se destacam: Jandira Masur, ligada ao CEBRID, mencionados acima, emergem como importantes referências, às quais alguns de meus interlocutores buscaram:

> Não sei se eu chamaria de uma comunidade, mas já se formava um grupo, que para mim veio mais pelo lado acadêmico, porque era a época em que eu estava fazendo minha tese. Naquela época não tinha internet, então a gente não achava os artigos, então eu ia muito ao CEBRID para pegar material ao qual eu não tinha acesso. Por esta mesma razão eu também fui a Santos. Este período entre 1985 e 1988, eu chamaria de “meus anos de formação”, em contato com esse pessoal. Gente da antropologia, da psicanálise... (Interlocutor 13)

> Eu sou da USP, Jandira era da UNIFESP, e isto implica em competição. Mas ela me recebeu super bem, lá no CEBRID. Havia um pessoal jovem, e eu era o mais novinho de todos. Só que eu vinha com uma carga grande, que é o nome USP. E a gente conseguiu montar, e no ano seguinte já teve o Congresso Brasileiro de Psiquiatria, onde teve o lançamento, a fundação, da ABEAA, que é anterior a ABEAD. (Interlocutor 11)

> Jandira Masur foi uma pessoa que me influenciou muito, embora eu viesse de uma parte muito voltada para a assistência. Nesta época eu não ligava muito para pesquisa. Nem pensava em ser pesquisador como eu sou hoje. Mas eu lembro que o meu primeiro projeto de pesquisa foi com a Jandira. Ela que me ensinou a fazer um projeto de pesquisa. E ela foi uma influência muito importante, como contraponto, quando eu comecei a direcionar a coisa para pesquisa. (Interlocutor 7)

Aos poucos, uma comunidade de pesquisadores e profissionais de saúde interessados no uso problemático de álcool e outras drogas começa a se constituir. Comunidade plural, diversificada, unida muito mais pelo tema que pelas posições, seus membros buscam referências. O CEBRID, e em especial uma de suas mais destacadas pesquisadoras, Jandira Masur, passam a ser procurados. E estes buscadores, cada qual à sua maneira e com vínculos muito diferenciados, começam a organizar-se em seus próprios grupos e núcleos de pesquisa, alguns dos quais tornar-se-ão, mais adiante, CRR's legitimados e articulados pelo CONFEN:

> Voltando um pouquinho, depois que abriu o CETAD – isso foi em 85, nós fomos em 87, e o NEPAD é mais ou menos da mesma época – aí o CONFEN delimitou seis centros de referência para o Brasil. Então eram CMT, CETAD, NEPAD, Mãe de Deus, Eulâmpio Cordeiro... Havia mais um, que não sei se era o GREA, PROAD, CEBRID... Foi criado um vínculo entre nós, inclusive de amizade. O CETAD e o NEPAD ligados à universidade, por isto eles tinham esta coisa da produção, a capacitação sempre foi uma coisa que eles puderam evoluir um pouco mais. O CMT ficou trabalhando mais com atendimento mesmo. (Interlocutora 10)

Meus interlocutores sempre trouxeram listas diferentes no que diz respeito aos núcleos compunham os CRR's legitimados e articulados pelo CONFEN. Variação tanto nos nomes quanto no número de centros. Diante da controvérsia, e na falta de uma fonte inequívoca, optei por considerar que, ao menos em 1988, eram nove centros, e o fiz com base nos anais do Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas. Segundo esta fonte, os CRR's seriam todos os citados acima pela interlocutora 10, mais o CORDATO, de Brasília. Espaços não apenas de pesquisa e produção de conhecimento, como também de experimentações clínicas orientadas por perspectivas muito distintas umas das outras, os CRR's irão cumprir um papel fundamental na consolidação de um campo em torno do tema, no Brasil.

Mas é preciso retornar até 1978, quando ocorre o III Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Camboriu, Santa Catarina. Como disse o interlocutor 2, foi lá que se deu a criação da ABEAA, a partir de uma reunião paralela da qual participaram 40 psiquiatras que se tornaram sócios-fundadores. Já no ano seguinte, a associação realizaria seu primeiro congresso, em Botucatu. A escolha do local, segundo o interlocutor 2, teria algo de anedótico: desprovida de atrativos e pouco afeita ao turismo, a cidade seria o lugar ideal para realização de um evento para o qual os organizadores esperavam uma audiência participativa e interessada:

> A ABEAA queria nascer sob uma bandeira de seriedade. Então se escolheu Botucatu, justamente para que as pessoas ficassem dentro das salas e discutissem ciência. Minha preocupação era marcar essa nova associação com dois selos: o selo de que era possível divergir e continuar amigo, e o selo de uma organização séria. Ficamos todos hospedados no mesmo hotel. [...] E assim nascia a ABEAA, com essa coisa de seriedade, de democracia, enfim... A ABEAA tem hoje mais de 35 anos de história. (Interlocutor 2)

Há uma certa controvérsia com respeito a estas datas, posto que o site da ABEAD posiciona o nascimento da ABEAA não em 1979, mas em 1981. O referido encontro é igualmente mencionado como marco histórico, mas ainda sob os auspícios do GRINEAA. Porém, independente de qual informação é correta, o fato é que este encontro de 1979 marca o nascimento da primeira associação brasileira a reunir pesquisadores e profissionais de saúde interessados no cuidado dirigido a pessoas que usam álcool. Os usos problemáticos de outras drogas passariam a ter espaço apenas em 1989, quando a ABEAA se transformou em ABEAD.

O interlocutor 2 afirma o esforço para que a ABEAA/ABEAD nascesse com dois selos: a seriedade e o respeito às divergências. Selo, portanto, de democracia, de abertura e garantia à diversidade, de estímulo às controvérsias. Os relatos de outros interlocutores, entretanto, apontam em outra direção, e falam de uma instituição monocórdica, pouco afeita à polifonia:

> Mas ali, até pra você fazer parte, tinha uma regra implícita de que você tinha um *modus pensandi* que era aquele lá. E a gente não tinha muito espaço, era muito pouca diferença, e isso tornava a ABEAD... Inclusive, além de não ser um espaço de discussão maior, nem de reflexão maior, era um espaço pra se discutir um único tema, e nem esse único tema era discutido amplamente, de forma diferente. Não; era tudo sempre muito verticalizado. (Interlocutora 4)

> Para mim a ABEAD é o exemplo de uma instituição que nasceu aberta, mas que depois se fechou. A primeira presidente da ABEAD foi Jandira, que nem era médica! Havia na ABEAD a preocupação com questões da antropologia, com a sociologia, a necessidade de compreender... E Jandira era uma pesquisadora de laboratório, que tratava com ratinhos! (Interlocutor 15)

> Só que o eu começou a acontecer é que nós não tínhamos mais interlocução dentro da ABEAD. A gente não podia falar sobre determinados assuntos, não se podia falar livremente, alguns temas eram motivo de deboche, de boicote... Mais boicote que deboche... (Interlocutor 7)

> Eu nunca me filiei a ABEAD. Claro que havia pessoas que eram da ABEAD e que depois migraram para a ABRAMD, mas eu nunca quis ser da ABEAD. Eu era Olievenstein. (Interlocutora14)

A ABEAD teria nascido aberta, mas acabaria se tornando mais fechada à diversidade, com o passar do tempo. O mesmo é dito pela Interlocutora 4, que é taxativa: a ABEAD abordaria apenas um tema (o tratamento), e mesmo assim, a partir de apenas uma única perspectiva. Este sentimento de ausência de abertura à diversidade, referido por alguns de meus interlocutores, irá desaguar em uma ruptura severa, e na fundação de outra entidade, em 2005: a ABRAMD (Associação Brasileira Multidisciplinar de Estudos sobre Drogas). Com uma presença muito maior de pesquisadores de áreas relacionadas às ciências humanas e sociais, e com uma posição nitidamente crítica e antiproibicionista, a ABRAMD não apenas arregimentou associados da ABEAD, como aglutinou pessoas que estavam fora de qualquer instituição do gênero (caso, por exemplo, da interlocutora 9). E esta insatisfação, segundo o relato de alguns de meus interlocutores, chega ao ápice com um evento específico:

> A ABRAMD surgiu da seguinte maneira: uma pessoa ligada ao Departamento de Psicobiologia foi convidada para ser a diretora científica de um dos congressos da ABEAD. E ela idealizou o programa, tudo bonitinho, começando a apresentar coisas que traziam algumas modificações, e ela foi apresentar isto para a diretoria da ABEAD. E esta diretoria tinha duas pessoas que já foram presidentes da ABEAD, ambos meus ex-alunos. Bom: eles simplesmente não aceitaram nada daquele programa elaborado, e destituíram esta pessoa que tinha sido escolhida para compor a diretoria científica. E a partir disto, eles elaboraram o programa deles, daquela visão hegemônica. Esta pessoa voltou e chorou de emoção, do sentimento que ela teve. Aquilo causou uma revolta muito grande em todos nós. Então de lá, por iniciativa minha, surgiu a ideia de criar urgentemente uma nova sociedade científica, aonde vozes dissonantes possam aparecer. Afinal, não existe ciência sem controvérsia. Então nós começamos a pensar na ABRAMD. (Interlocutor 3)

> Eu lembro que houve um congresso da ABEAD em que a presidenta da Comissão Científica, convidou-me para fazer uma conferência, e eu aceitei. Estava tudo certo. E de repente o meu nome foi riscado, à revelia da presidenta. Este foi o último congresso da ABEAD que eu fui. Decidi que não iria mais, e não porque eu não ia falar, mas porque não é assim que se fazem as coisas... O pessoal do CEBRID também já vinha se queixando disso, da USP... Daí nós começamos a aglutinar, a chamar essas pessoas que estavam de alguma forma insatisfeitas com a ABEAD, e decidimos fundar outra associação, na qual nós tivéssemos espaço pra diversidade. Eu lembro que nós dizíamos que o qualquer um da ABEAD poderia entrar nesta associação, se quisesse. Eles é que não deixam a gente falar, mas a ABRAMD teria este compromisso com a pluralidade. Se alguém quiser vir defender a internação compulsória com tortura, a gente deixa o indivíduo falar. Ele vai ser massacrado, claro, mas não lhe será cortado o direito de voz [risos]. Ele pode defender qualquer ideia, por mais maluca que seja. Este é o diferencial da ABRAMD. (Interlocutor 7)

Dois agentes reconhecidos no campo relatam a mesma história, cada qual colocando ênfase em um ou outro aspecto, um ou outro detalhe. Ambos, porém, partem de elementos absolutamente pessoais: lágrimas, revolta, solidariedade, ou mesmo saber que o próprio nome foi vetado para uma conferência no congresso mais importante do campo. Então, a ABRAMD seria fruto de incompatibilidades pessoais? Afirmativa apressada, já que ambos interlocutores discorrem sobre o que haveria de recorrente no fato, e apontam ambos uma mesma necessidade que justificaria criar uma nova associação: a abertura à controvérsia e o respeito à diversidade.

Nova afirmativa apressada: afinal, o interlocutor 2 não afirmou que a ABEAD teria sido criada com o selo "[...] de que era possível divergir e continuar amigo"? Em outro ponto de sua entrevista, o interlocutor 2 conta de um debate que o marcou, entre Frank Seixas e Mark Keller, pesquisadores estadunidenses do alcoolismo:

> Então chegou a hora da mesa redonda. À época, estava se discutindo a possibilidade de alguns alcoolistas voltarem a beber socialmente. E o Dr. Frank Seixas apresentou sua experiência clínica, negando cabalmente essa possibilidade. Keller ouviu atentamente, e quando chegou sua vez de falar, ele começou dizendo que o Dr. Seixas trabalhava muito, e não tinha tempo de estudar as últimas descobertas. E veio demolidoramente para cima do Seixas. Eu, muito constrangido, como coordenador da mesa, me senti na obrigação de dar ao Seixas a réplica. E Seixas disse que o Dr. Keller era um rato de biblioteca, sem nenhuma vivência clínica, e que portanto o que ele falava eram meras "exóticas teorias". Bom... Depois daquilo, eu achei que teria de me dividir em dois para o jantar, porque obviamente não aceitariam dividir a mesma mesa. Para minha surpresa, acabado o debate, como se nada tivesse acontecido, um virou para o outro e perguntou que horas seria o jantar. (Interlocutor 2)

O interlocutor 2 conta esta história pouco antes de descrever a criação da ABEAD, afirmando esta abertura à diversidade e à controvérsia como um dos "selos" da associação. Uma associação em que os pares poderiam encontrar-se, até mesmo discutir duramente, mas seguir sendo amigos. Impasse, portanto: qual seria, afinal, a verdade?

"Eu mesmo tenho afirmado que, se existe uma verdade, é que a verdade é um lugar de lutas". Nunca nesta tese a frase de Bourdieu (2005, p. 83) foi tão adequada. Decididamente, não cabe ao cientista social determinar a verdade das narrativas, mas acolhê-las em sua materialidade histórica, e o máximo possível, na rede de sentidos construída pelos próprios agentes. Sendo assim, e para além do que já trouxe, partilho o que disseram outros de meus interlocutores acerca dessa importante divisão no campo:

Então, em relação a esta coisa de pertencimento, eu acho que isto foi sendo colocado... Agora, quando eu vi o congresso da ABRAMD, teve algo diferente... De fato teve... Porque eu vi que era um congresso em que você tinha uma pluralidade de saberes em circulação. E a culpa não é da ABEAD. Tem uma fala do Bush pai nos anos 90, quando ele era presidente dos EUA, em que ele define os anos 90 como a "década do cérebro". Foi quando todas as tecnologias de imagem vão redescobrir o ser humano. A psiquiatria e as neurociências, na verdade, foram muito fortalecidas neste período. E eles botaram o saber e o poder deles. Agora, você perceber pessoas que tinham o saber e o poder, e que ainda assim queriam construir uma pauta plural, eu nunca tinha visto. Então a ABRAMD expressa esta proposta, que se torna nova naquele período. (Interlocutora19)

Eu não vou nesses eventos. E ao eu não ir, os meus assistentes e residentes também não vão. Eu sou líder, né? "Mas por que você não vai professor?". E eu explico. Eles perdem coisas importantes. Eles deveriam ir, conhecer os outros pares, outros jovens em relação à questão. Em função desta postura radical que o pessoal tomou no passado, houve cisões que eu acredito irreversíveis. Vai ter um próximo evento agora em 2015, em Florianópolis, no qual eu devo ir. Eu vou lá, sento... Eu faço uma coisa chamada "Jantar com o professor". Estarão lá os meus 60, 70 residentes, e eu ofereço um jantar, a gente se diverte... Mas eu não estou sentado com as lideranças que estão discutindo a nível macro estas questões. Em nível de Brasil, SENAD, eu tô: aí eu sou chamado a participar de projetos. OMS? Sim; participei de um evento agora em dezembro, o pessoal querendo saber como é que a gente faz isso... Mas aqui, eu sinto que tem uma coisa pequena, como se fosse uma coisa suburbana, uma coisa assim, de colonialismo português. Nada contra, mas... Uma coisa assim, onde tem a elite, a *inteligentzia*, os iluminados, que sabem tudo, e quem não pensa igual é descartado: "Recebe doação da indústria? Não! O pessoal da RD? Putz, pelo amor de Deus! O outro lá? Nossa! Ele faz Psicanálise? É um idiota, ingênuo!". Essa postura arrogante deu o cenário que nós temos hoje. Qual que é? Parece um vidro quebrado. (Interlocutor 11)

Bom... Quando vai ter esta discussão sobre o uso medicinal, ou pelo menos sobre pesquisa em torno do uso medicinal, o pessoal da ABP é contra. A ABEAD também. Imagina, ser contra a pesquisa! E é ai que se propõe a criação de uma nova associação. Algumas pessoas se reúnem e criam a ABRAMD. Aí, logo na primeira fase de organização, eu entro também, e fiquei até agora. Mas a ABRAMD, ela tem a proposta de ser multidisciplinar, nacional, e de ter possibilidades um pouco mais alternativas a um discurso apenas organicista, hospitalocêntrico. (Interlocutora 9)

Não havia espaço para controvérsias na ABEAD... Nas associações de uma forma geral. Tanto é que você vê as cisões que foram acontecendo dentro da ABEAD mais adiante, você uma massa saída da ABEAD, no movimento de fundação da ABRAMD, claramente por conta disso. Mas isso não foi da noite para o dia: foi um desgaste que foi acontecendo, e aí ficou aquela coisa... A arenga máxima é: vamos colocar na cruz a ABEAD e sua turma, e a ABRAMD fica sendo, com todos os outros, a detentora do grande saber. Porque a gente tem mil erros também. (Interlocutora 5)

Uma psicanalista, uma profissional do serviço social, uma farmacologista e um psiquiatra. Dos quatro, três são professores universitários e têm destacada atuação no campo da pesquisa. Profissionais de formações absolutamente distintas, não apenas no que diz respeito aos territórios de saber a partir do qual se aproximam do tema das drogas, como também por seus instrumentais teórico-metodológicos, suas visões de mundo, e suas posições e concepções a respeito do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Não obstante, algo em comum: a crítica ao modo como a maior e mais importante instituição do campo, à época, lidava com a diversidade e com as controvérsias.

Segundo o interlocutor 11, haveria algo do colonialismo português no tipo de relações estabelecidas por algumas elites do campo, que se valeriam de uma espécie de "poder de veto" para blindar o território reflexivo de certas vozes e discursos. Volto a metáfora anteriormente utilizada, quando disse que uma sala de concerto hermeticamente fechada conseguiria, ao menos por algum tempo, manter os ruídos indesejados do lado de fora. Mas o que está fora não deixa de existir, e é questão de tempo até que algum funcionário esqueça uma janela aberta – ou que os bárbaros barulhentos consigam seu próprio teatro:

> Bom, a primeira coisa que você não pode desprezar é o chope. Fora de brincadeira, isto é uma coisa muito importante. Íamos assistir a um simpósio, ou uma palestra sobre um tema de psicofarmacologia ou de psiquiatria, e na saída alguém fazia o convite. E aí fatalmente voltava e discussão da situação da psiquiatria... A gente já se conhecia. Não dá pra convidar direto assim. Às vezes tem um outro que tá entrando na turma, e é trazido por alguém. Mas o mais comum era isto: terminada a palestra, dependendo do calor... Sabe aqueles momentos em que um chope fica sendo parte da vida? Então chamava pra chegar junto, comer algo... (Interlocutor 3)

4.5 PODER

Tomando como ponto de partida o que disseram os entrevistados sobre o poder, a primeira questão que salta aos olhos diz respeito ao lugar privilegiado da ciência, em detrimento do saber popular, manifesto, por exemplo, pelas próprios pessoas que usam álcool e outras drogas. A primazia do conceito de *craving* sobre a categoria êmica "fissura" é um exemplo bem acabado destes embates. Para um dos pesquisadores entrevistados, essa opção pelas classificações acadêmicas denuncia a arrogância academicista (no âmbito desta pesquisa, uma das expressões do poder):

> Na realidade, estes dependentes de cocaína ou de uma droga qualquer, eles têm uma definição que é muito melhor do qualquer definição científica. Descrevem sem ser pedantes, de uma maneira muito clara, o que a pessoa realmente sente, e não aquilo que ela deveria sentir pelo meu saber. Então isto é uma coisa bastante clara. (Interlocutor 3)

Ampliando o foco, uma de minhas interlocutoras explicita este jogo de poder no âmbito do próprio movimento constituído em torno da RD, processo no qual a voz das pessoas que usam drogas sempre foi manifestamente respeitada. Não obstante, até que ponto este "respeito" não escamotearia outras dinâmicas, menos explícitas, mas nem por isto menos poderosas:

> Os dois lados, que para mim ficaram muito claros, eram o redutor de campo e o acadêmico. Num primeiro momento eu entrei com tudo junto e misturado. Eu não era uma participante da RD; eu era um convidado que tava tentando entender o que é que estava acontecendo ali. Eu sempre fiquei pensando o seguinte: é por conta de verba? Era isso também, mas não era só isso. Também havia outras coisas. Tinha a antiga coisa do saber. "Você acha que você sabe mais porque você está na academia? Eu tô no campo!". E na verdade, estes são dois discursos que precisam ser muito ouvidos! Quem vai pro campo me traz coisas, que se eu ficar trancada na academia, eu não vou ter não! (Interlocutora 5)

Há inclusive os casos anedóticos, risíveis, em que o saber das pessoas que usam drogas sustenta dinâmicas de transgressão no cotidiano dos serviços especializados de saúde, sem que os "sujeitos de suposto saber" sequer desconfiem. Algo de luta, de contraconduta, não entre os agentes reconhecidos no campo, mas que se ampara em um saber periférico à academia, que termina por coroar o conhecimento indomável das pessoas que usam drogas, ao mesmo tempo em que expõe ao ridículo o conhecimento científico que desconsidera a inteligência das ruas:

> Eu, o médico, todo mundo que ia pra horta, que era uma atividade que eles gostavam... "Que é que nós vamos fazer hoje?". "Eu vou pra horta", ou "eu vou pra sala de artesanato", ou "eu vou ler". Eles dividiam as tarefas na parte da manhã, junto com a gente. Uns seis meses depois deste negócio de ficar tirando matinho, um dos usuários não deu conta: virou para o diretor e falou assim: "Olha, não é possível que vocês não estejam percebendo que lá na horta tem um pé de maconha!". E ele já estava com um bom tamanho! Na verdade, a gente ia tirar matinho e regar o pezinho de maconha, porque jogaram a semente lá, e todo mundo regava e cuidava do pezinho de maconha. E ninguém reconheceu! E este menino ficou superangustiado, porque afinal, como é que os caras que sabem não sabem reconhecer? Claro que a gente não estava nesse lugar, mas... (Interlocutora 10)

Mas não se trata apenas de opor ciência e saber popular, êmico, construído pelas próprias pessoas que usam drogas. Existe também uma ciência que valoriza os conhecimentos do grupo pesquisado, que não apenas transforma suas vozes em objeto, mas que investe naquilo que Viveiros de Castro (1996, p. 118) chama de *perspectivismo*. Nos excertos abaixo, dois de meus interlocutores falam justamente da contribuição e dos desconfortos que tal tipo de produção científica trouxe ao campo constituído em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil:

> Na psicobiologia então, eu era tida como uma pesquisadora menor. As pessoas iam fazer pesquisa básica; jamais trabalhar com usando metodologia das ciências sociais. Quem era eu pra fazer isso lá dentro? Estava maculando o lugar! (Interlocutora 4)

> Esta ideia foi cristalizando na minha cabeça: que havia um saber popular que eu não conhecia, e que às vezes nem mesmo eles conheciam. E isto principalmente com relação aos usuários de drogas. Nunca me lembro de ter lido um único trabalho – e eu lia muito! – em que o próprio dependente se classificava e se diagnosticava. Isto é raríssimo, se é que existe. Mas agora pode rolar de monte, com este negócio de pesquisa qualitativa. (Interlocutor 3)

Na ciência e na clínica, as contribuições produzidas pelas próprias pessoas que usam drogas são frequentemente vistas com desconfiança. Pessoas que usam álcool e outras drogas seriam capazes de construir abordagens terapêuticas voltadas à equalização de seus próprios problemas? Seria legítimo que alguém destituído de credenciais acadêmicas pudesse elaborar estratégias de cuidado, como foi feito, por exemplo, pelas irmandades de Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos?

> Você falava para um psiquiatra sobre um grupo de NA, e o cara ficava te olhando, assim... "Isso é coisa de igreja". Não percebiam que existiam ali elementos terapêuticos comprovados, não pelo NA, mas pela medicina! Bota um grupo pra tratar mastectomia, e as pessoas que participam de um grupo têm uma evolução melhor. Mas havia essa dificuldade. E eu ficava um pouco encabulado, porque eu estava ligado a uma coisa que não era ciência. Então, eu falava em *off*... (Interlocutor 6)

Mas não se trata apenas de impor a legitimidade acadêmica que empresta estatuto de verdade ao discurso científico, em detrimento do saber êmico. Há que se considerar, também, os jogos de poder inscritos no interior do próprio campo científico, que desqualifica determinadas opções teórico-metodológicas, premiando outras. Em outros casos, o que investe poder em certos discursos escapa à dimensão epistemológica, e passa por critérios outros, como tradição, antiguidade... Nas entrevistas, foi possível encontrar tais considerações na voz de alguns de meus interlocutores:

> O ponto principal é que nós tínhamos uma abordagem que nós chamávamos de "científica". Não vale este negócio de "eu acho, eu penso, eu gosto". É ciência, *paper*, artigo publicado, evidência científica... "Tá aqui ó!". A gente lida com saúde pública, isso não é brincadeira, não sei mais o quê... E o pessoal tinha uma abordagem diferente, uma visão diferente. Nós fazíamos parte de um outro grupo ainda, que não existe mais, chamado CONFEN, que também tinha uma abordagem... Era como se fosse a Câmara, sabe? Tinha de tudo. E tinham os caras que defendiam, por exemplo, o uso da ayahuasca. E nós olhávamos para aquilo e pensávamos: "Putz! Isto vai dar bobagem!". Porque todo mundo que usava ayahuasca – inclusive os psiquiatras – eram loucos! A gente não conseguia entender! Mas tinha um debate bem intenso, uma coisa bem forte nesse sentido. (Interlocutor 11)

> Acho que dá pra dizer que uma questão é que existia um grupo, que obviamente não era o PROAD ou o CETAD, e este grupo achava que nós tínhamos uma visão muito romântica. Que nossa visão era não muito científica, que nós tínhamos crenças e não fazíamos pesquisas para comprovar se aquilo era verdadeiro ou não, como se a prática clínica não legitimasse a sua ação, né? E eu lembro que a crítica que eu e o pessoal do CETAD fazíamos aos outros é de que eles eram apenas pesquisadores, cientistas da academia, eles não eram gente que botava a mão na massa. (Interlocutor 7)

> Eu me sentia muito pequeno. O coordenador do Mãe de Deus é um pouco mais velho que eu, sempre teve uma característica de liderança, e eu me sentia muito modesto dentro disto, porque eu não tinha ainda... Eu sabia que eu não sabia. Então eu ficava um pouco encabulado... Eu não me sentia muito à vontade. Não conseguia me posicionar... Afinal, eu reconhecia em outras pessoas um trabalho maior do que eu já estava fazendo. Eu tinha muita disposição, mas meu trabalho era de consultório: internava duas pessoas, levava pra Vila Serena, que não era medicina... Havia uma resistência. (Interlocutor 6)

Foucault (2005a, p. 136) lembra que "[...] poucas coisas, em suma, podem ser ditas". Nem tudo pode ser dito, nem todos podem dizer. Um dos objetivos da análise arqueológica é justamente expor um certo campo de dizibilidade, um certo conjunto de condições de emergência que torna possível este ou aquele enunciado. Aqui, entretanto, não se trata mais do discurso, mas da voz dos agentes.

O que é silenciado, interdito, não adentra o território da análise arqueológica, por faltar-lhe materialidade. Na análise das entrevistas, portanto, faço-me acompanhar muito mais de Bourdieu que de Foucault. Não fosse isto, e não poderia referir-me aos silenciamentos, aos constrangimentos emergentes em um campo de forças: moralidade, cientificidade, antiguidade... Assim, certos posicionamentos fragilizam-se por serem considerados escandalosos, insustentáveis, imorais, por faltar-lhes rigor científico, ou sobrar-lhes caráter político...

> Eu lembro de uma vez, falando ao secretário de saúde sobre um trabalho aberto para usuários de álcool e drogas, e o cara falando que isso era filosofia (e claro que todo mundo sabe que eu fiz filosofia). Era o louco, o maluco, que propunha coisas idiotas... Teve um encontro, um congresso, que tinha um coronel na mesa... Eu não lembro direito o que eu falei... O cara ficou falando do amigo dele que tomou tiro, e que ficou todo ensanguentado, e que depois ele foi visitar a família... E todo mundo bateu palmas pra ele, sabe? Ele contou uma história trágica, real, mas eu ficava me perguntando: "O que é que isto tem a ver com a questão em si? Isto é uma consequência.". Mas aí eu já não podia mais falar nada... Eu não lembro o que foi que eu falei... Acho que eu citei o Michel Misse, alguma coisa sobre a proibição da droga ser a responsável por uma conjuntura de violência, e que nós tínhamos que legalizar as drogas. Alguma coisa assim, ligada à legalização. E assim: você não podia falar. "Ah, aquele cara é maconheiro!". Era o que diziam se você falasse estas coisas. "Ele quer liberar porque é maconheiro!". Não podia mesmo. E até hoje é assim. (Interlocutor 12)

> Foi mais ou menos por aí que eu começo a pensar teoricamente, a questão política, nesta época também. Então eu fui juntando a questão do cuidado, da política... "Como é que eu posso fazer propostas para a questão do cuidado, se eu tenho um regime político que me tolhe a palavra? Que me censura?". Outro problema: a gente não podia falar sobre determinadas questões. Nós éramos praticamente proibidos de falar. Eu ia a conferências, e eu ficava... "Eu falo isso aqui, ou não vou falar isso aqui?". Aí eu levantava o braço, e quando eu falava, era um "Óh!" generalizado, como se eu tivesse falado um palavrão, alguma coisa que fosse absurda. E sempre havia alguém que vinha moralmente me calar a boca, com gritos, sem me deixar falar: "Fulano de tal morreu! Minha família morreu!". (Interlocutor 12)

Não obstante, existem procedimentos que operam uma espécie de "empréstimo de poder" que pode fortalecer este ou aquele discurso no interior de um campo. No caso em questão, aportes não apenas financeiros, como também institucionais, da parte de agências internacionais, de um ou outro órgão governamental, ou mesmo a unção concedida por um agente consagrado, na forma de textos ou declarações públicas, podem endossar vozes que afirmam questões consideradas polêmicas, ampliando o regime de dizibilidade no interior do campo, esgarçando o campo de forças que opera dinâmicas de constrangimento sobre certos discursos:

> Foi com o ex-diretor da UNODC Brasil que nós conseguimos esta composição para que eles participassem deste projeto com o Banco Mundial, desde o dia zero. Eles não entraram com nada de dinheiro, mas entraram com o poder político da ONU, apoiando o projeto desde o começo. E isto, no Brasil, eu acho que foi muito simbólico: que o Banco Mundial financiasse isso, que a UNODC estivesse junto, e que o Governo do Brasil assumisse isto na sua postura, com uma política pública nacional de enfrentamento do problema de Aids relacionado ao uso de drogas, que tinha uma visão e uma maneira de encarar o problema, que era a RD. (Interlocutor 16)

> Aí eu volto dos Estados Unidos em 1991. A diretora do Programa Nacional de DST e Aids se interessou pelo que fazíamos em Santos, desde o começo; nos apoiou muito, e me mandou para estudar fora do país. Aí eu fui para os EUA, para a primeira conferência nacional de troca de seringas. E lá eu conheci figuras extraordinárias, verdadeiras lendas do movimento internacional de RD, de todo o mundo, que tinham ido para esta conferência. E foi aí que eu me inseri, que eu entendi o conceito, e que eu me inseri neste cenário da RD internacional. Conheci pessoas como Nick Crofts, como Dave Purchase, uma lenda nos EUA, uma pessoa incrível na implantação dos programas de troca de seringas. A 3ª Conferência Mundial de RD ocorreria no ano seguinte, em Melbourne, na Austrália, e Nick Crofts era o cara que comandava a conferência. E nessa conferência eu conheci o mundo da RD. Eles me convidaram para contar a experiência brasileira, que era a primeira em toda a América Latina, algo importante para o próprio movimento de RD. Mas eu mesmo aprendi muito com isso. E lá foi que, de verdade, eu caí neste mundão da RD internacional. Foi aí que conheci Pat O'Hare, todas estas grandes figuras do movimento internacional de RD. (Interlocutor 16)

Há outros casos, em que o reconhecimento de uma capacidade técnica e teórica diferenciada aporta um extrato de poder ao agente, ampliando sua capacidade de intervenção, não apenas no campo, como também no âmbito das políticas públicas. Este poder simbólico, que pode ter base na titulação, na antiguidade, nas articulações políticas ou na capacidade comunicacional, podem resultar numa condição privilegiada dos agentes para incidirem sobre o campo, ou na sociedade de modo mais amplo:

> Estes 10 anos nos deram um poder técnico muito grande. Eu não tinha, nós não tínhamos poder político, mas nós tínhamos poder técnico. Quando se perguntava ao secretário de saúde qual era a política de drogas da Bahia, ele respondia: "Pergunte ao CETAD". A política da Bahia era a do CETAD, porque não tinha outra. Foi neste contexto que a gente pode retomar a experiência de Santos, e quando a mídia começou dizer que não concordava com as trocas de seringas, nós estávamos preparados. A frase que tínhamos combinado era: "Se os senhores acham que nós estamos defendendo droga, nos prendam!". E aí, quando eu vou para Piedade fazer trocas de seringas, eu ouvi o delegado dizer por telefone: "Nós lhe prenderemos.". E eu disse: "Pode prender. Vou ser arrastado na praça pública, e depois eu me candidato a deputado estadual". E não fui arrastado. Lamentavelmente. Porque eu estava preparado para isto. (Interlocutor 1)

> O CONFEN, que era um organismo técnico, criou uma comissão que era coordenada por mim e dois outros pesquisadores. Nós três desenvolvemos um protocolo, e depois passamos seis meses correndo o Brasil literalmente do Oiapoque ao Chuí, para credenciar centros. Então nós tínhamos uma metodologia: os candidatos precisavam se inscrever, mandar uma descrição de como era o centro, e essa descrição sofria uma primeira triagem. Depois disso, os aprovados recebiam uma visita de nós três, e na visita nós tínhamos um protocolo: examinávamos o serviço, ouvíamos a equipe, e examinávamos prontuários pegos ao acaso. (Interlocutor 2)

Uma última dimensão que chama atenção diz respeito aos atravessamentos dos poderes político e econômico no interior do campo, na ampliação da capacidade de intervenção de um agente ou grupo de agentes no que tange à elaboração da política ou afirmação de um determinado discurso junto à sociedade. A capacidade de financiar ações, cursos, pesquisas, de sustentar um centro de atenção, os aportes econômicos ou políticos que permitem garantir a presença em determinadas instâncias de elaboração, discussão e debate, em congressos e conferências internacionais, são ao mesmo tempo fruto e reforço do poder de um agente ou instituição inserida no campo, permitindo-lhes não apenas a participação efetiva em tais instâncias, como a articulação com outros agentes e grupos de agentes, que sustentam e ampliam o poder:

> A FEBRACT sempre recebeu mais, porque ela tinha uma facilidade maior de se capitalizar, porque recebia dinheiro da ONU. FETEB nunca recebeu nenhum recurso. Ou seja: estes cursos que eles têm dado hoje são financiados pela OEA. E mesmo assim os nossos cursos são mais baratos que os deles. Os nosso povo evangélico ainda não acha importante a capacitação. Isto é um fato. Percebemos que é preciso avançar muito nisto. Ainda acreditam que é preciso ater-se só na Bíblia, e eu acho que é preciso se ater à Bíblia, mas é preciso buscar uma capacitação. Isto é uma questão de quebra de paradigma. (Interlocutor 8)

> O Maierovitch, por exemplo: uma vez eu o encontrei. Ele nem sabe quem eu sou. Mas um dia eu o encontrei, ele veio apertar minha mão - nós estávamos em um ambiente de RD -, e ele disse: "Está vendo? Eu agora estou aqui com vocês.". Eu disse: "Benvindo!" Mas quando tava lá e teve poder, porque é que não usou este poder de outra forma? Por quis se beneficiar, entendeu? Porque o poder, pra determinadas pessoas, é fascinante. Porque o não poder significa você ter esse... Você paga um preço. E essas pessoas não querem pagar o preço; elas querem ganhar. Essa menina dessa associação, de quem eu falei antes, ela não queria pagar esse preço. Ela vivia viajando pela Europa, pelo mundo inteiro, entendeu? Uma simpatia de pessoa, que estava sempre rindo. Claro: tinha uma vida muito boa. Mas eu acho que ela não é honesta no que ela fazia. Na verdade, é até errado eu dizer isso; ela era honesta, de acordo com o que ela pensava. As pessoas fazem suas opções, né? (Interlocutora 17)

Aportes de poder que se sustentam em recursos financeiros, mas que não devem, em hipótese alguma, ser observados à parte do poder, do saber, do discurso e da verdade: aspectos inseparáveis, que se expressam não apenas em discursividades características, mas que produzem efeitos no próprio campo. Nele, agentes se encontram em dinâmicas de articulação, enfrentamento, reforço, oposição. Lutam.

4.6 LUTA

Agentes, cada qual com sua trajetória, encontram-se com o tema do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Encontram-se também com referências e perspectivas. Ideias, através dos agentes e dos grupos de agentes, encontram-se entre si. Nesses encontros, um campo se constitui, com suas fronteiras relativamente delimitadas, com suas discursividades características, com seus objetos. Neste campo, agentes esgrimam capitais e discursos, estabelecendo alianças, enfrentamentos, delimitações, rupturas.

E lutas. Na pesquisa que realizei junto aos escritos brasileiros sobre o cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas com os quais me deparei, foi possível encontrar algumas poucas controvérsias (a mais importante e visceral, já mencionei, foi o embate entre Décio Parreiras e Ernani Lopes, em meados da década de 1950). De um modo geral, entretanto, o campo, se existia, era um lugar de calmaria – muito mais um campo de forças que de lutas. A partir da década de 1960, a contracultura começa a produzir discursos alternativos, mas que só se faziam ouvir pelos agentes instituídos a partir de uma lente que os posicionava como exóticos e subversivos. Nos espaços formais de produção e partilha de conhecimento, entretanto, a discursividade monocórdica seguia imperando, sem grandes oposições.

Aos poucos, entretanto, este quadro irá de modificar. Em 1977, como já mencionei, a editora Nova Fronteira lança no Brasil o livro “Os drogados não são felizes”, e Claude Olievenstein irá tornar-se uma das mais importantes referências de uma nova geração de agentes no campo constituído em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, afirmando coisas muito novas: as pessoas que usam drogas não seriam nem degenerados, nem subversivos, nem psicopatas, mas jovens interessantes, até mesmo fascinantes. Nem todo uso de drogas poderia ser considerado algo patológico, e quando o fosse, não seria o simples resultado do próprio uso, tampouco de determinantes genéticos, mas de uma equação que deveria ser analisada à luz do triângulo droga-sujeito-contexto.

Para pelo menos um de meus interlocutores, entretanto, as primeiras controvérsias teriam surgido um pouco antes, ainda na década de 1960, juntamente com a chegada ao Brasil dos primeiros sopros de ideias relacionadas ao emergente movimento da luta antimanicomial:

> Na realidade, isto começa a partir da década de 60. Aqui no Brasil é mais difícil de tentar precisar, mas tem muito a ver também com o problema de como tratar o emaconhado, o maconheiro. Começa a haver pessoas que duvidam da necessidade de internação por causa do uso de maconha, que duvidam da eficácia da terapêutica, ou do tratamento, por exemplo, com antidepressivos. Eu acho que é um desafio ou uma interrogação global a respeito dos tratamentos existentes. Inclusive da chamada "dependência de drogas", que a OMS considera uma doença. E aí que começam a surgir, por exemplo, lá na Itália, a desinstitucionalização, Franco Basaglia... É daí que surgiu aqui os CAPSad, eu acho. (Interlocutor 3)

É curiosa esta resposta formulada pelo interlocutor 3, quando questionado a respeito das primeiras disputas acerca do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Em suas memórias, as primeiras dissonâncias teriam partido do movimento social constituído em torno da luta antimanicomial, que teria uma posição de crítica quanto à pertinência da internação de pessoas que usam maconha. Convém salientar, entretanto, que este interlocutor não é um agente com atuação na saúde mental; sendo assim, seria pertinente contrapor sua narrativa à de outro de meus interlocutores, este sim, com destacada participação na reforma psiquiátrica brasileira:

> Em 1990, eu tinha ido para a Conferência de Caracas, que foi justamente a conferência da reforma psiquiátrica. Éramos nove do Brasil, e eu único nordestino. Quem estava na OMS era Bertolote, que tinha trabalhado comigo em Porto Alegre, e precisava de uma pessoa para representar o nordeste. E como eu era diretor do Hospital da Tamarineira, tentando fazer uma reforma na psiquiatria, eu fui convidado para ir. Estavam David Capistrano Filho, Salvador Mourão Cavalcante, Marcos Toledo Ferraz, Roberto Tikanori, Paulo Delgado, e tinha um jurista cujo nome não recordo. E Elis Busnello! Mas veja: nesta conferência de Caracas, não se fala de álcool e drogas, porque o modelo da reforma psiquiátrica não contemplou... Por isto que em 1987, quando se vai fazer a Conferência Nacional de Saúde Mental, não se toca neste assunto. Aliás, não só não se toca: se exclui. (Interlocutor 15)

Já trouxe aqui outras falas que corroboram esta posição, no que diz respeito à demora do movimento da luta antimanicomial em assumir a luta pela humanização do cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Além do interlocutor 15, endossam esta tese os interlocutores 12 e 16, e também a interlocutora 19. Os relatos já compartilhados aqui, de que as questões sobre álcool e drogas só adentraram a III Conferência Nacional de Saúde Mental [2001] por uma espécie de "contrabando temático", reforçam a tese de que o movimento social constituído em torno da reforma psiquiátrica brasileira só irá assumir estas demandas muito tardiamente.

No percurso arqueológico construído para esta tese, foi possível encontrar algumas poucas controvérsias, esporádicas e com baixa capacidade de articular coletivos. Haveria uma exceção: os embates entre o movimento de contracultura e a setores conservadores da psiquiatria brasileira. Ambos os lados articularam combatentes. Mas este enfrentamento, afirmo, deu-se na periferia do campo, sem que vozes e agentes tenham efetivamente se encontrado em espaços discursivos ou objetivos. Se Bourdieu descreve o campo como um território de relações objetivas, reluto em aceitar a ideia de que enfrentamentos entre opositores que nunca se encontraram possam ser considerados lutas em um campo. Neste sentido, parece-me fazer mais sentido a tese de Rafael Dias (2013, p. 147): a contracultura contribuiu para produção de condições de emergência de novas formas de cuidado dirigidas às pessoas que usam álcool e outras drogas, mesmo sem ter participado, diretamente, de quaisquer arenas instituídas em torno do tema.

Mas quando começam as lutas, para além dos poucos embates ao longo da maior parte do século XX? Uma resposta que me satisfaz posiciona a articulação dos CRR's mobilizados pelo CONFEN como o momento em que tais enfrentamentos adquirem maior qualidade e intensidade. A reunião de nove centros voltados à produção de conhecimento sobre o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, cada qual com seus próprios referenciais teórico-metodológicos, com suas práticas e suas diretrizes, cada um com sua visão particular sobre o que seriam, afinal de contas, "eficiência e eficácia"... Eis aí um momento desta peculiar história em que as controvérsias entre agentes e grupos de agentes ajudaram a configurar e fortalecer um campo, com suas lutas e alianças:

> Isso me construiu muito bem, a minha estrutura, que depois eu desenvolvi com relevância nacional, no CONFEN: primeiro, a ampla possibilidade de discordância, e se estabeleceu com clareza (e no CONFEN, com mais clareza ainda), que a divergência era saudável, e que as pessoas muitas vezes, na questão de drogas, tratavam das pessoas com ideias diversas como se fossem inimigas, quando deve haver tolerância, desde que os argumentos sejam bem intencionados, que não sejam motivados por questões subalternas. A tolerância e o respeito à posição adversa é indispensável. (Interlocutor 18)

O interlocutor 18 teve destacada atuação junto ao CONFEN, no período posterior à gestão de Técio Lins e Silva e ao processo de definição dos CRR's. Não obstante, fica nítido em sua fala este espírito da época, entre as décadas de 1980 e 1990, de convívio possível, ainda que áspero, entre agentes e grupos de agentes orientados por perspectivas diversas, até mesmo opostas.

> O conhecimento com o CORDATO nos levou também a conhecer o CMT, de Minas Gerais, e o PROAD, de São Paulo. E nós todos nos aproximamos de Claude Olievenstein, e passamos a seguir os seus passos. O PROAD evidentemente não se interessou por álcool, porque Olievenstein não se interessava por álcool, assim como eu também nunca me interessei por álcool, e também porque Olievenstein não se interessava por isto. O CORDATO, dirigido por um psicanalista, também não queria saber de álcool, mas apenas das outras drogas, e nós fomos nos encontrando. Uma pessoa do CMT foi a Paris junto conosco, assim como uma pessoa do Eulâmpio Cordeiro. E Olievenstein nos reúne em Paris, de tempos em tempos, e os seus "amigos brasileiros", como ele chamava, vão encontrá-lo no verão, ou no inverno, para depois voltarem para Bahia, São Paulo, Minas, Brasília, cheios de ideias. (Interlocutor 1)

No excerto acima, o interlocutor 1 descreve as relações amistosas entre alguns dos CRR's, reunidos em torno dos ensinamentos de Claude Olievenstein. Não estranha o fato de que tenham ficado de fora de sua listagem o GREA e o Mãe de Deus, orientados fortemente pelos modelos behaviorista e biomédico, mas chama atenção que sejam citados Eulâmpio Cordeiro e CMT, com forte inspiração psicanalítica (o NEPAD, de características similares, não é citado). Na fala da interlocutora 10, ligada ao CMT, emergem algumas explicações:

> Olievenstein tinha uma ligação com Maria José Ulhoa, que era uma professora da UFMG. Ela o trouxe, e ele plantou a semente da psicanálise, de um outro olhar para o toxicômano, que não fosse só o olhar medicamentoso. Na época você não tinha uma outra linha de tratamento. Quando o Benetti assumiu, em 85, ele já estava começando a trabalhar com o simpósio do Campo Freudiano, aqui em Belo Horizonte, e aí a coisa já tinha ido um pouco mais para o lado de Lacan, e distanciado um pouco do Olievenstein. Foi quando o Benetti, em 87, trouxe o Francisco Hugo Freda. Através das conversas com Olievenstein, com o pessoal da França, ele ficou sabendo que o Hugo Freda tinha um centro de tratamento em Reins uma cidade do interior, parecido com o CMT. (Interlocutora 10)

O CMT, portanto, chegou a construir certa proximidade com Olievenstein, que termina suplantada pela psicanálise. Com respeito ao Eulâmpio Cordeiro, não consegui levantar dados objetivos, mas parece plausível que o processo tenha sido similar ao do CMT: um diálogo inicial com Olievenstein, posteriormente abandonado pela orientação psicanalítica no tratamento das toxicomanias. Na apresentação feita pela equipe do Eulâmpio Cordeiro no encontro de 1988, Olievenstein aparece nas referências bibliográficas, ao mesmo tempo em que se diz, com todas as letras, que a "[...] formação dos terapeutas do centro é predominantemente vinculada aos conhecimentos da psicanálise (ALBUQUERQUE et all, 1989, p. 20).

O foco no caráter relacional das posições dos agentes e grupos de agentes no campo de batalhas permite observar suas estratégias. Outro de meus interlocutores demarca de modo mais nítido as diferenças existentes entre os centros orientados pelo pensamento de Claude Olievenstein, e aqueles que optaram por uma orientação mais nitidamente tributária aos princípios da psicanálise de Jacques Lacan:

> Na França eu perdi um pouco desse ódio pelos lacanianos, porque eu conheci lacanianos normais [risos]. Os que andavam por aqui eram muito loucos! Mas o que tinha era o discurso, com o que o pessoal da USP brincava, chamando de "os lacanetas", e tinha o pessoal que era mais Olievenstein, que era eu, e também o pessoal do CORDATO e do CETAD. O diretor do CETAD até tinha umas coisas de Lacan no meio, eu era mais junguiano... Mais era muito mais Olievenstein, que se apresentava como fenomenologista, do que psicanálise mesmo. (Interlocutor 7)

Do outro lado, a interlocutora 10 menciona o isolamento dos psicanalistas, tomando como exemplo as relações do CMT com a prefeitura municipal de Belo Horizonte. Suas reflexões sobre o caso, e o modo como menciona os estereótipos em torno da psicanálise, iluminam o comentário do interlocutor 7:

> Ficava assim: "Ah, este lugar aqui é aquele bando de psicanalista...". E o bando de psicanalista ficava mais isolado... E a gente também se isolou. Nós temos participação nisto. Nada acontece de um lado só. A gente não se achou aí, num ponto... Eu não construí esta coisa junto com a prefeitura, por causa da questão da rede. E agora, há bem pouquíssimo tempo, algumas pessoas da prefeitura parecem ter descoberto: "Ah, a gente não sabia que vocês atendiam deste jeito". Ou seja: tem uma pecha... Nós achamos nosso referencial de suporte na psicanálise, num momento inicial. (Interlocutora 10)

Se observo estas relações a partir do ponto de vista do interlocutor 2, encontro uma narrativa destas divisões a partir do grupo mais alinhado aos modelos biomédico e cognitivo-comportamental. Partindo desta posição, o agente afirma a cientificidade das abordagens behavioristas na comparação com as psicoterapias de orientação analítica:

> Mas no final dos anos 70, início dos anos 80, começaram a surgir as psicoterapias breves. E depois das psicoterapias breves, desenvolveram-se as psicoterapias cognitivo-comportamentais. Estas últimas, por serem breves e trabalharem apenas com a cognição, são muito mais facilmente mensuráveis. Por isso mesmo, elas começaram a gerar um conhecimento científico que a psicanálise e as terapias psicodinâmicas não conseguem, porque por sua própria natureza, o subjetivo não é mensurável... Então, o que acabou acontecendo é que à medida que as terapias breves e comportamentais geraram uma massa de conhecimento demonstrando que funcionam, elas ficaram sendo tomadas como "padrão ouro". (Interlocutor 2)

Concluindo esta observação dos modos como os CRR's posicionavam-se relacionalmente no campo de lutas, a partir dos embates teórico-metodológicos sobre o cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, encontro em uma resposta do interlocutor 1 seu posicionamento a respeito do um dos CRR's orientados pelos modelos biomédico e behaviorista:

> Eu tinha certeza que nós estávamos inaugurando uma nova era. Quando o diretor do CORDATO falava nos congressos, quando o diretor do PROAD falava, o pessoal do Mãe de Deus, lá do Rio Grande do Sul, tem de engolir esta galera nova. O diretor do Mãe de Deus odiava Olievenstein, que por seu turno também o odiava. Ambos se achavam arrogantes... Eles tiveram de nos engolir. Mas nós tínhamos uma certa admiração pelo trabalho que era feito em Porto Alegre... (Interlocutor 2)

Behavioristas, psicanalistas, olievensteinianos. Estes últimos excertos demonstram movimentos que aproximavam estes dois últimos grupos (apesar de suas diferenças), ao mesmo tempo em que os afastava do primeiro. Estas afinidades eletivas entre os CRR's orientados por Olievenstein e pela psicanálise se reforçam posteriormente, na articulação e luta destes centros em defesa da implementação de estratégias de RD:

> A frase padrão que tínhamos combinado era: "Se os senhores acham que nós estamos defendendo a droga, então nos prendam!". E aí, quando eu vou para Piedade fazer trocas de seringas, eu ouvi o delegado dizer por telefone: "Nós lhe prenderemos". E eu disse: "Pode prender. Vou ser arrastado na praça pública, e depois eu me candidato a deputado estadual". E não fui arrastado, lamentavelmente, porque eu estava preparado para isto. Então, quando este cardeal fez esta comunicação, nós fomos para televisão. Nosso slogan era este: "Cuide das almas que nós cuidamos dos corpos". E aí a cidade toda compreendeu, o carro estava na rua... A universidade não foi contra, o Conselho Estadual de Entorpecentes (que era eu mesmo!) não foi contra, CONFEN disse que estava a favor, então nós fomos capazes de fazer o que Belo Horizonte não pode, o que o Rio não pode, o que São Paulo não pode, Brasília nem pensar... E nós fizemos isto sem problemas. (Interlocutor 1)

> Eu já sabia que isto existia, mas apenas fora do Brasil. Aqui, eu não sabia de nada. Depois é que eu vim a conhecer a experiência de Santos, que estava querendo fazer isso naquela mesma época, sem conseguir. Eu conseguia fazer RD dentro do PROAD, mas eu não conseguia levar isso como uma proposta política maior. Nesta mesma época, eu comecei a fazer trabalho de *outreach work*; a gente ia nas favelas, buscando os drogados que não vinham ao PROAD, para ver o que eles precisavam. Isso foi tudo nesta época, em que nós começamos a ampliar, a mudar paradigmas. A isto eu estou chamando de "a chegada da RD", ao menos para gente. Então, foi via Aids. (Interlocutor 7)

O caso do PROAD (1989-1990), e do CETAD (1994-1995), foram exceções. A regra era exatamente o contrário, ou seja: enfrentamentos extremamente duros, ao ponto de simplesmente inviabilizar a quase totalidade das primeiras tentativas de se desenvolver ações de trocas de seringas, na quase totalidade das cidades que tentaram. Já havia sido assim em Santos, como descrito anteriormente, quando da tentativa de implementação de um programa de troca de seringas, em 1989. O que estava ocorrendo, em meados dos anos 90, era mais uma investida do Programa Nacional de DST e Aids, que buscava parceiros junto à sociedade civil, gestões municipais e núcleos de pesquisa, incluindo alguns dos CRR's, a exemplo do CMT:

> Quando eu voltei de Brasília, com o projeto aprovado, é que nós fomos tentar fazer as articulações políticas para implantação. O primeiro lugar que buscamos foi o CONEN, o Conselho Estadual de Entorpecentes; nós fomos apresentar o projeto, e eles disseram o seguinte: "Se vocês fizerem troca de seringas, serão presos, sem direito a sair". Eles insistiam que nós íamos distribuir drogas. "Mas nós não vamos distribuir drogas; nós vamos trocar seringas. Este é um projeto do governo, da Coordenação de Saúde Mental com a Coordenação de Aids, é um projeto do Governo Federal, outros estados estão...". "Não, aqui não vai fazer, e quem for fazer vai ser preso". Nós já estávamos tentando começar a implantar o projeto, o dinheiro já estava depositado na conta... (Interlocutora 10)

A implementação de um programa nacional de trocas de seringas, parte da estratégia brasileira de enfrentamento à epidemia de Aids, foi polêmica, e gerou acirrados debates em todas as instâncias de discussão sobre políticas de drogas, no Brasil. O CONFEN, que desde a década de 1980 vinha ocupando lugar de destaque nesta reflexão, foi convocado a discutir e decidir sobre o assunto. Mesmo não sendo uma pessoa com formação na área da saúde, o interlocutor 18 participou ativamente destas controvérsias:

> O presidente Itamar Franco me chamou, disse que havia uma matéria que estava submetida ao CONFEN, e que ele solicitava atenção, uma vez que a CNBB – acho que era o Lucas Mendes que estava à frente na época tinha manifesto preocupação, só isso... Apenas preocupado. A reunião do CONFEN foi precedida de um parecer elaborado pelo Domingos Bernardo, em que ele alegava, fundamentadamente, que não era uma aventura, mas uma experiência já realizada em outros países, com boa literatura, bons resultados e boa adesão, e que tecnicamente não havia nenhuma contrariedade com a lei 6368/76. A matéria foi discutida em duas reuniões, e foi acolhida por boa maioria, no sentido de que se aprovasse. A Polícia Federal se focou na troca de seringas, que representava apenas 2% do projeto. E votou contra. Mas por boa maioria, o desenvolvimento do projeto foi aprovado, sem óbice legal. (Interlocutor 18)

Houve, entretanto, conselheiros que tiveram mais dificuldade para compreender, não apenas a importância daquela iniciativa de prevenção da infecção pelo HIV entre pessoas que usam drogas injetáveis e suas redes sociais, como também a própria dinâmica democrática em torno de questões relativas à política de drogas. Foi o caso do representante da Secretaria da Polícia Federal, subordinada ao Ministério da Justiça:

> Aí houve uma oposição da Polícia Federal. Inclusive, além do diretor do Departamento da Polícia Federal, tinha, na própria estrutura do Ministério da Justiça, uma Secretaria de Polícia Federal – ou seja, tinha duas representações. E aí, o conselheiro que era responsável pela Secretaria da Polícia Federal deu uma entrevista para o Correio Brasiliense, dizendo que ele prenderia, que não tinha nada... E eu fui falar com o corregedor, que disse que aquilo estava resolvido. De qualquer modo, fui falar com o ministro: "Nós já falamos sobre o assunto, mas o secretário não está entendendo". O ministro extinguiu a secretaria, e demitiu-o. "Agora está liberado". O presidente Itamar, do mesmo modo, e ainda pediu que eu fizesse um telefonema para o presidente da CNBB, que agradeceu, deixando claro que jamais tiveram posição sobre o assunto, e que naquele momento já estavam melhor informados. Foi uma saída com bases sólidas: a saúde reproduziu o parecer do conselho, e ficou bem marcada a posição. (Interlocutor 18)

Este relato reforça o que já havia sido colocado anteriormente, quanto à ausência de oposição à implementação de PTS's, na primeira metade da década de 1990, por parte de agentes e grupos de agentes vinculados à área da saúde, em sentido amplo, ou da saúde mental e da psiquiatria, num sentido mais estrito. Não obstante, a oposição viria com força num momento posterior, como também já foi dito, quando a RD ultrapassa a dimensão preventivista, tornando-se uma ética do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e ouras drogas:

> E aí foi muito curioso, porque eu entro no doutorado em 2005, e fui ao congresso de Ouro Preto da ABEAD, e lá eu vi o bombardeio. [...] Em uma mesa estavam o coordenador nacional de saúde mental, e um psiquiatra famoso, especialista em álcool e drogas, e talvez mais alguma pessoa de quem eu não recordo. E nesta mesa o coordenador estava apresentando a nova política do Ministério da Saúde. Depois que ele apresentou, falando sobre RD... Esse era o ponto nodal do debate: que RD era essa, que teria condições de orientar as práticas clínicas na área de álcool e drogas? O que seria isso? E este psiquiatra famoso deixou claro ali, na sua fala, que ele tinha organizado um público, um *lobby* para estar naquele auditório. Ele começou dizendo: "Então o Ministério da Saúde vai ser contra as pessoas que estão trabalhando e se recuperando nas CT's? É isto que você está dizendo Pedro?". E aí as pessoas começaram a pedir a palavra, e vários representantes de CT's estavam ali. Aquilo me chocou profundamente, porque embora eu ainda tivesse pouco conhecimento sobre RD, eu percebi que alguma coisa estava em disputa ali. (Interlocutora 19)

Já fiz referências a esta política do Ministério da Saúde, para a atenção integral a pessoas que usam álcool e outras drogas. Lançado em 2004, este é um dos primeiros documentos em que se aborda a RD, não mais como um simples conjunto de estratégias, mas como uma ética do cuidado que emerge do encontro com o campo problemático da reforma psiquiátrica brasileira. Um documento, portanto, que demarca o limite do que poderia ser suportado por certos grupos envolvidos com o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas, como ficou explícito em uma fala do interlocutor 2:

> Vejamos, por exemplo, a epidemia de crack: onde é que tem leito? A turma lá do Basaglia autoriza acorrentar o adolescente no pé da cama e deixar a vovó tomando conta, porque a mamãe tem que trabalhar e o papai não existe? É essa a proposta da luta antimanicomial? Isso foi um desserviço ao país, que segue, agora, na posição dos "reducionistas de danos", e nas pessoas que querem tirar o cara do crack usando maconha... Não aprendem das lições da clínica: nunca nenhum alcoolista conseguiu parar de beber com benzodiazepínicos; nenhum tabagista conseguiu parar de fumar com cachimbo. São alternativas de RD já tentadas, todas infrutíferas. (Interlocutor 2)

A interlocutora 5 faz um desenho bastante interessante das dinâmicas de divisão do cenário que começa a emergir à partir deste encontro entre RD e saúde mental, que lembra em muito aquela passagem do Novo Testamento em que Jesus Cristo afirma que não veio trazer a paz, mas sim a espada que separa pais e filhos. Os agentes e grupos de agentes não abriram mão de suas características: psicanalistas seguiram lendo Freud e Lacan, os seguidores de Olievenstein seguiram em suas bricolagens, enquanto os agentes mais próximos do modelo biomédico e cognitivo-comportamental também prosseguiram estudando e operando suas técnicas e realizando suas pesquisas, assim como os entusiastas das experiências das irmandades anônimas, como AA e NA. Mas a RD operou uma clivagem no campo, articulando e dividindo agentes e grupos de agentes, em um único gesto:

> Ao longo do tempo, foi se desenhando grandes grupos: a turma comportamental, que pegava e se aliava aos grupos e irmandades de apoio, como NA, AA; e a psicanálise do outro lado, que se juntava com RD e outras coisas. Ficou, na verdade, dois grandes grupos. Se esfacelando. E eu via profissionais que iam conseguindo, quase que de forma isolada, fazer a ponte. Mas era muito raro; hoje em dia é muito mais fácil de ver isso, de poder ter uma certa comunicação. Mas é engraçado... Eu já ouvi várias vezes pessoas dizendo assim: "São cognitivo-comportamentais que não abriam!". Mas os psicanalistas também não! Ficavam fazendo birrinha, menosprezando... Uma verdadeira rinha. Diante disto, é claro que o discurso vai migrar para outro lugar; afinal, ele migra em todo lugar, o tempo todo. (Interlocutora 5)

Na primeira metade da década de 1990, a oposição vivenciada em 1989 pelos pioneiros que tentaram implementar um PTS na cidade de Santos, passa a ser vivida por diversos agentes e grupos de agentes envolvidos nesta mesma tarefa em outras cidades do Brasil. E mesmo que em cada lugar, a luta tenha se constituído a partir de certas especificidades, a descrição do processo em Santos ilumina alguns aspectos gerais destes enfrentamentos:

> O MP do Estado de São Paulo reagiu imediatamente. Em janeiro de 1990, eles entram com uma ação, baseados na lei de então, a 6368/76, que no artigo 12, dizia que qualquer pessoa que auxiliasse outro a usar drogas era traficante. E aí nos colocou enquadrados nisso, processando a mim, ao secretário de saúde e à prefeita, como traficantes. E foi preciso fazer uma mobilização contrária, porque o MP estabeleceu uma multa diária se continuássemos o programa. Mobilizamos parlamentares, entidades de Direitos Humanos, em defesa da ideia. Mas no final, o jurídico da prefeitura avaliou que não tinha como a gente peitar, apesar da defesa que tivemos. E a gente acabou fundando uma ONG, que tinha a tarefa de fazer aquilo que a prefeitura estava legalmente impedida de fazer. (Interlocutor 16)

Nos relatos de meus interlocutores, é possível encontrar duas formas de produzir resistência frente à interdição do desenvolvimento de ações de RD: de um lado, as estratégias formais, por meio do debate público, da luta parlamentar, da contratação de advogados, da mobilização de grupos sociais em defesa da causa, do *advocacy* a partir da utilização de evidências científicas; por outro, na própria sustentação de práticas de RD no cotidiano da vida das cidades, fazendo este novo cuidado chegar, em ato, até as pessoas que usam drogas injetáveis em seus próprios territórios objetivos e existenciais:

> Aí fizemos um folder para acessar... Ou melhor: primeiro fomos ao campo, conhecemos uma pessoa de lá, e esta pessoa nos levou na escola, no posto de saúde e no centro comunitário. E esta pessoa topou andar com a gente pelas ruelas onde se passa de um em um. Era um aglomerado, uma favela, com casinhas, mas assim: ruelas de um em um. E isto fica no alto de um morro: então, quando a polícia ou alguém entra aqui, lá já sabe. Tem uma visão da entrada para todos os lados. Fizemos um folder, e este folder tinha uma escova de dentes. Nós ficávamos pensando: "O que é que a gente não empresta?". Aí fizemos um folder vermelho, com uma escova de dentes na capa. Quando você abria o folder, estava escrito assim: "Tem coisa que a gente não empresta...". E quando você abria, tinha uma seringa, e continuava a frase: "... pra ninguém". Dentro do folder tinha: assim pega e assim não pega, e todos os endereços: do CMT, de onde se fazia testagem... Tem seringa? Não. Mas tinha esta escova vermelha, e o preservativo. Com este material a gente fazia campo. (Interlocutora 10)

Nas franjas de legalidade, no seu limite, os PRD's e PTS's vão se desenvolvendo, com variáveis níveis de liberdade e enfrentamentos em cada cidade. E estas transgressões vão constituir não apenas um conjunto difuso e pouco unificado de estratégias de resistência, mas também o próprio ser da experiência brasileira com RD, que terminou por absorver aos seus saberes e práticas diversas das características do público ao qual se destinava: transgressão, flexibilidade, capacidade de fazer alianças e operar nos territórios, desobediência, improviso.

Para Foucault, discursos são práticas. Mas, seria possível inverter esta proposição, para dizer que *práticas são discursos*. As práticas sociais – e as técnicas e políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas são práticas sociais – produzem mundos, em ato. Afirmam projetos, éticas, estéticas. Se a vida pode ser uma obra de arte ou uma afirmação do fascismo no cotidiano, também o trabalho em saúde o pode ser. Quando afirmo que práticas são discursos, sei que corro o risco de parecer estar afirmando uma grade de análise inspirada pelo conceito marxista de ideologia. Importante, portanto, esclarecer este ponto. Quando tento realizar uma análise que leva em consideração tais aspectos, estou muito mais próximo de um olhar espinozista que do pensamento marxiano ou marxista. É de imanência que falo, e não de transcendência. Discursos e práticas, não como reprodução, mas como coprodução:

> E vi nascer o movimento da RD, em Portugal. O bairro era Casal Ventoso. Havia um local de venda de heroína, havia um local de acolhida, e havia um local de convivência, e em frente havia a ambulância que fazia a troca de seringas. Ali eu percebi, segundo minha visão, uma falha: não havia a tentativa de procurar a abstinência, e eu fui fortemente influenciado, na minha prática, pela Associação Psiquiátrica Americana, que diz que você deve procurar sempre a abstinência, apesar de que, se você conseguir diminuir a frequência e a intensidade do uso e a gravidade das recaídas, você já está fazendo um bom trabalho. Mas o foco sempre na abstinência. Eu fui na Suíça, e vi alguns lugares onde se vendia... Vendia não... Clínicas de fornecimento de dosagem da substância... (Interlocutor 6)

O interlocutor 6 critica uma experiência com que teve contato em Portugal. De fato, aponta para uma das controvérsias centrais em torno da RD: esta seria uma ponte para a abstinência, ou não? A posição de meu interlocutor coincide com a de Alan Marlat (1999, p. 46): a abstinência é o resultado ideal, mas sucessos intermediários não são desprezíveis. Minha vivência pessoal entre pensadores e trabalhadores brasileiros da RD, entretanto, me diz que para estes a abstinência é considerada uma possibilidade que pode surgir no processo de cuidado, mas jamais uma meta estabelecida à priori.

> Por 10 anos, o norte do nosso trabalho na Bahia – e eu diria que nas demais regiões do Brasil – foi a clínica. Por que eu estou dizendo isto? Eu vou fazer um salto para frente: nos 10 anos seguintes, de 95 a 2005, a clínica vai perdendo força, porque esta clínica vai sendo incorporada por diversos segmentos, novos terapeutas, novos serviços... Aquilo que no início foi a alma do nosso trabalho, vai sendo cada vez menos importante, perdendo espaço para um social que se torna cada vez mais relevante. E eu diria que em 2005, quando inauguramos o Consultório de Rua e retomamos a experiência de Santos, [...] aí eu acho que estamos em um terceiro momento dos CRR's, e do nosso trabalho, que vai certamente dar mais importância e significação ao social do que naquela clínica dos 10 anos iniciais. Se hoje a clínica continua sendo fundamental, eu penso que o social, na medida em que os toxicômanos mudaram, a droga mudou, a Bahia mudou, nós mudamos... Nós estamos diante de problemas de ordem social, que aquela clínica de 1985 não dá mais conta. (Interlocutor 1)

Projetos como "De Braços Abertos", implementado pela Prefeitura Municipal de São Paulo durante a gestão de Fernando Haddad, apontam na direção do que é descrito pelo interlocutor 1. O projeto, que busca articular um conjunto amplo de ações dirigidas aos frequentadores da região que ficou conhecida como "cracolândia", desloca a ênfase da saúde e do uso de drogas para as questões sociais, com ações inspiradas, por exemplo, no conceito de *housing first* (TSEMBERIS, GULCUR & NAKAE, 2004), oferecendo moradia a pessoas que usam drogas em situação de rua já no início do processo, e não como um prêmio pela abstinência (CARVALHO & PELEGRINO, 2015, p. 11).

As controvérsias centrais no que tange ao cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas giram em torno das práticas, seja no âmbito das técnicas, seja no âmbito das políticas públicas. É ali, em ato, que as teorias ganham materialidade. Neste sentido, cuidado *é* discurso, e o deslocamento de foco proposto pela RD (do uso problemático para os problemas associados às formas de uso) é um deslocamento não só das *palavras*, como também do *olhar* e das *coisas*, num movimento que afirma e materializa a inseparabilidade entre ética e estética.

> O que me incomoda é esta coisa tudo ou nada, mocinho ou bandido. "Se você é da luta antimanicomial você não pode internar compulsoriamente". Isso não é assim! Ou então eu posso defender um monte de coisas com relação ao tratamento da dependência, e depois eu tenho um paciente meu que eu vou ser extremamente rígido com ele, porque naquele caso, aquele paciente precisa daquela rigidez. As técnicas não podem estar ao meu serviço, mas a serviço da questão... Eu acho que uma coisa que vale pra tudo, seja pra RD, pra tratamento baseado na abstinência (que eu também faço no PROAD!), a grande saída é a flexibilidade. Não se pode ficar nessa coisa maniqueísta, entre isso ou aquilo, entre preto ou branco. O mundo não é assim! O mundo é degradê! (Interlocutor 7)

> Eu faço internação involuntária, com ordem judicial: se em 72 horas não houver uma ordem judicial, a pessoa vai embora e segue seu caminho. Mas eu faço. Por quê? Porque se eu der alta, ou se eu não aceitar a internação, e o paciente vier a morrer, eu vou incorrer naquela que é a maior queixa que existe: paciente foi no hospital, não foi aceito e morreu nas proximidades. Compreende? Então, eu não posso me negar a atender. A família diz que ele precisa, ele diz que não precisa, e eu tenho 72 horas. Se a pessoa se comportar bem, se tiver total controle, eu não tenho como mantê-la, porque diferente de outras questões psiquiátricas, o DQ se alimentou e dormiu, tá normal. E eu não tenho como alegar, como escrever um laudo. Agora, se tiver uma ordem judicial... Aqui, eu trabalho com a ideia de que o paciente deve assumir, ao menos a partir de um determinado momento. A família tem que entregar. Quer fazer o tratamento? Então, não há porque manter a pessoa involuntariamente. E é preciso avisar o juiz. E aí a família negocia, e isto geralmente é um ponto muito importante, porque o paciente se sente reconhecido e acolhido. E muitas pessoas criticam a internação involuntária, mas funciona. Muitas pessoas criticam a RD, mas funciona. (Interlocutor 6)

Existem as divergências radicais, os opostos extremados, entre os agentes e grupos de agentes simpáticos à RD, e aqueles que se apresentam como contrários à perspectiva. No mais das vezes, entretanto, o que se encontra é algo semelhante ao que se pode depreender da leitura dos excertos acima citados: sutis diferenças expressas nas práticas de cuidado. Se para o interlocutor 6, a motivação para sustentar práticas de internação involuntária está no receio de que a pessoa possa morrer por falta de atendimento, para o interlocutor 7 impera o princípio da flexibilidade, da ideia de que cada caso exige abordagens específicas.

Entre agentes posicionados em lados opostos no campo, portanto, parece haver possibilidades de diálogo maiores do que os próprios agentes em luta poderiam imaginar. Mas então, porque o embate fratricida? O que explicaria os ouvidos de mercador, este esforço sobre-humano em evitar os embates frente a frente, a tentativa de fugir à agonística por todos os meios? A surpresa do interlocutor 2 ao presenciar o duro debate entre dois pesquisadores anglo-saxões, ao qual seguiu-se fraterno jantar, diz muito do quanto o esporte escolástico de que fala Bourdieu é peça rara entre nós, brasileiros. Já dizia Sérgio Buarque de Holanda, em seu clássico ensaio sobre a cordialidade brasileira, que só temos alguma polidez no trato interpessoal quando conseguimos estabelecer concomitante intimidade. Assim, não haveria "[...] qualquer forma de convívio que não seja ditada por uma ética de fundo emotivo" (HOLANDA, 2005, p. 148), o que dificultaria em muito o convívio entre aqueles que sustentam posições distintas.

Creio que esta reflexão de Sérgio Buarque de Holanda sobre cordialidade – página clássica da sociologia brasileira - pode ajudar a compreender porque a convivência entre agentes e grupos de agentes orientados por teorias e práticas distintas no interior de uma mesma associação de pesquisadores dedicados ao tema das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, é algo tão estranhamente impossível. Sentindo-se silenciado pelo pensamento hegemônico, um grupo decide retirar-se da ABEAD e fundar sua própria entidade, na qual a circulação de vozes distintas seria estimulada e respeitada. Para o interlocutor 2, entretanto, a razão foi outra:

> A SENAD precisava ter respaldo científico, mas não podia contar com a ABEAD. Então a SENAD criou a ABRAMD, encheu os cofres da ABRAMD com financiamentos, para criar uma associação que fosse do tamanho da ABEAD. Bom... Como todo factoide surge e desaparece, a ABEAD vai para 40 anos de história, e a ABRAMD teve dois trabalhos: "abramd" e "afecha". E realmente ela mostrou ser uma associação sem nenhum fôlego, porque uma vez tirado o financiamento governamental, sucumbiu. E o que era a ABRAMD? A ABRAMD era essa massa de manobra da SENAD por um lado, e da própria AMBEV pelo outro. (Interlocutor 2)

Cordialidade não é sinônimo de delicadeza, de polidez no trato. "Cordial" vem do latim, e significa "relativo ao coração". Pode-se entender este "coração" como signo de amorosidade, mas também como o primado da emoção sobre razão. Já trouxe aqui um fragmento da entrevista com o interlocutor 11, que levanta a tese de que este clima de guerra fratricida (*pólemos*) poderia ser decorrente de nossa tradição colonial e portuguesa, lembrando um velho ensinamento de seus avós (fala-se de pessoas na cozinha, e de ideias na sala). Mas, haveria mais elementos para iluminar tais aspectos, na voz de outros interlocutores?

> Aconteceram coisas que fizeram uma quebra, em minha opinião. Uma delas foi a postura de um colega: "Agora é assim!". E nesse "Agora é assim!", o pessoal decidiu montar outra associação. "Então você fica, e eu vou!". Essa postura foi o primeiro racha. E eu pensei: "Isso vai dar merda". Não agrega. E aí os grupos começaram a crescer de forma rivalizante, onde um era rival do outro, acusava e tal... "Se você tá sentado naquela mesa, eu não sento com você! Você só fala merda!". E vice-versa. Os dois lados eram assim. Então, naquela época, quando a gente montava algum evento, você precisava escolher: ou esse time, ou aquele. Não tinha uma discussão. Não tinha nada de "eu penso e queria ouvir a sua opinião.". Não tinha a ideia de que, algumas vezes – ou muitas vezes! –, na divergência de opiniões, você cresce. Você ouve o outro, e às vezes tem coisas que o outro fala e que estão certas! Você aprende! (Interlocutor 11)

> Eu acho que essa dificuldade ainda vai vigorar muito, por conta das nossas dificuldades como seres humanos, e não pela ciência. É como eu percebo. Eu fui sócio da ABEAD por muitos anos, e me afastei porque percebi que as escolhas acabam acontecendo por uma identificação pessoal, que eu também não posso criticar. O sujeito tá fazendo doutorado, é aluno, é esforçado, e na hora de dar uma chance, é natural... E assim caminha a humanidade. Mas eu vejo que isto vai derrubando. Porque tem duas, três, quatro associações... Não há como sustentar. (Interlocutor 6)

Anteriormente, dois excertos das entrevistas com os interlocutores 3 e 7 permitiram olhar para o que dizem alguns dos agentes envolvidos na criação da ABRAMD, a respeito desta ruptura. Ali, estão visíveis algumas questões que podem ser tranquilamente associadas às reflexões de Sérgio Buarque de Holanda com respeito à cordialidade. Afinal, a cisão teria a ver com o desprezo às recomendações feitas por uma pessoa que estava na comissão científica de um congresso da ABEAD, despertando solidariedade. Já havia a falta de espaço e o desrespeito às diferenças, mas a "gota que faltava" teve a ver com algo da ordem da emocionalidade. Agora, nos dois excertos acima, o olhar de dois agentes que não fazem parte da ABRAMD, trazem outros elementos que corroboram a tese buarqueana. De um lado o ódio que afasta; do outro, o carinho paternal que aproxima.

Agón ou *pólemos*? Jogo ou guerra? Para Huizinga, o *agón* "[...] possui todas as características formais do jogo e, quanto à sua função, pertence quase inteiramente ao domínio da festa, isto é, ao domínio do lúdico" (HUIZINGA, 1993, p. 36). *Pólemos*, por outro lado, diz respeito ao aniquilamento, à guerra que objetiva o fim da guerra, a destruição do inimigo, diante da impossibilidade de sustentação da agonística. Com *pólemos*, busca-se eliminar o trágico da vida, a contradição, por meio de uma vitória final sobre o inimigo. Em uma palavra: silêncio.

4.7 ACONTECIMENTO

> Antes eu queria comentar o que você tá dizendo. Eu acho que a RD deu voz. Porque antes disso, a gente tinha a ideia de que o usuário de drogas era uma pessoa a ser tratada, e não que ele tivesse alguma coisa para dizer sobre o próprio tratamento. Sobre a vida dele com certeza, sobre o uso de drogas sim, mas sobre o tratamento, nunca foi dado a ele este valor. E o redutor de danos, como ponto central da ação, dos profissionais, ela deu voz. Acho que a partir daí surgir a Marcha da Maconha, não é novidade. Foi uma coisa consequente ao fato de várias pessoas estarem dizendo que pra tratar o usuário tem de escutar o que ele tem a dizer sobre a questão. (Interlocutora 10)

De modo geral, eu iniciei todas as entrevistas da mesma maneira: fazia uma rápida apresentação do tema e de minhas perguntas de pesquisa, explicava o porquê do convite, e formulava a primeira questão, que inquiria sobre trajetória e encontro com o tema. Mas quando entrevistei a interlocutora 10, ela fez questão de dar a declaração citada acima, com a qual abro este subcapítulo sobre o *acontecimento RD*.

Mas não tão rápido. Afinal, não é tão simples afirmar à RD como *acontecimento*. Para Foucault, este é um conceito a ser utilizado na arqueologia dos discursos. Como já referi anteriormente, os enunciados - acontecimentos no interior do discurso (FOUCAULT, 2005a, p. 30) – não seriam "[...] como o ar que respiramos", mas raros, já que "[...] poucas coisas, em suma, podem ser ditas" (Idem, p. 136). Sendo, então, uma ferramenta de pesquisa característica da análise arqueológica do discurso, seria possível dela valer-se para pensar a RD?

Discursos são práticas, práticas são discursos. Nestes, interessa não aquilo que reproduzem, mas o que produzem. Privilégio às práticas sociais, em detrimento das estruturas. Talvez seja este o grande legado do Foucault pesquisador. Neste sentido, parece-me justificável considerar a RD um acontecimento na superfície do discurso sobre as técnicas e políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, não apenas no que tange ao seu aparecimento nos escritos acadêmicos e governamentais, mas na sua materialização, em ato, no cotidiano dos serviços de saúde.

Mas não apenas a RD. Antes dela, seria possível considerar também um acontecimento a emergência da ideia de que não é a droga a causa da toxicomania (ou como expresso literalmente no título do livro de Décio Parreira, "não é o álcool a causa do alcoolismo"). E mais recentemente, sobretudo no Brasil, o *acontecimento Olievenstein*:

> Não há nenhum exagero em colocar a coisa desse modo. Ele vinha todos os anos ao Brasil, várias vezes por ano. Nós, PROAD, CETAD e CORDATO, o trazíamos. Mas havia outras pessoas, que o trouxeram antes da gente. Eu estava na residência, de saco cheio de psiquiatria, pensando em largar... Eu não gostava daquela coisa manicomial, horrorosa – e aquele era o grosso da psiquiatria na época. Eu achava, por outro lado, que a saída seria a psicanálise, mas eu achava que os psicanalistas estavam viajando demais pro meu gosto. Eu estava muito perdido e muito desanimado. Daí um professor meu, falecido há uns dez anos... Ele não era da área de drogas, mas era um professor da UNIFESP de quem eu gostava muito... Ele dizia que eu precisava ler os livros do Olievenstein. Aí eu li "Os drogados não são felizes" e "A droga". Foram esses os dois primeiros que eu li. (Interlocutor 7)

Olievenstein, já disse isto, abalou profundamente o campo que vinha se construindo, no Brasil, em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, oferecendo respostas às angústias sentidas por alguns de meus interlocutores em seus inícios de carreira, frente a um cenário dominado por práticas e ideias que em nada os satisfaziam:

> Quando eu li "Os drogados não são felizes", eu me encontrei. Alguma coisa mudou. Vi que tinha luz no fim do túnel, e era uma luz forte! Não era uma luzinha! Aquilo ali era fantástico. Mas pra mim, era um cara na França, lá longe, não tinha nada a ver comigo, e eu aqui num país de terceiro mundo... Não pensei nada. Até que um dia eu estava preso no trânsito, ouvindo rádio, um daqueles programas horrorosos, e tinha alguém falando que o Rotary estava dando bolsas para França, para pessoas interessadas em trabalhar com drogas. E eu preso no trânsito... Liguei para o Rotary, eles atenderam, e eu ganhei a bolsa! (Interlocutor 7)

> Eu acrescento então à minha história esta experiência de contato com Olievenstein. Ele veio à Bahia em 1984, e nos contaminou a todos, com sua frase famosa: "A toxicomania é o encontro de um sujeito com uma droga em um dado momento sociocultural". Isto foi em 1984, quando ele retoma este discurso, já que em 1982 ou 81, ele tinha vindo a Minas Gerais, a convite de Maria José Ulhoa. Aliás, eu devo dizer, a bem da verdade, que o professor Elias Murad traz Olievenstein em 81/82. Eu vou vê-lo em 83, e ele volta à Bahia em 84, mas inclui São Paulo, Salvador e Brasília. É aí que o CORDATO vai conhecer Olievenstein, que o PROAD vai conhecer Olivevenstein, e que eu vou viver com ele, aqui, as coisas durante dois anos, entre 83 e 85. (Interlocutor 1)

> E aí, quando eu vejo esse anúncio no hospital, eu decidi ir naquele debate. Mas como é que eu vou, se eu não sei nada sobre esse assunto? Aí, quando eu volto pra casa, eu passo em frente à Fundação Getúlio Vargas. Tem uma livraria, eu desço e pergunto: "Tem algum livro sobre drogas?". "Tem. É o do Claude Olievenstein, 'Os drogados não são felizes'". Então eu vou pra casa, e naquela noite eu dou uma de bode Orelhana, do Henfil: eu leio aquele livro inteiro, e no dia seguinte eu chego às 9 horas para esse debate, sabendo de tudo! (Interlocutora 17)

O interlocutor 7 é um psiquiatra que havia saído de uma intensa experiência junto à uma grande unidade de emergência hospitalar, com o desejo de construir algum tipo de trabalho junto a pessoas que usavam drogas ilícitas; o interlocutor 1, também psiquiatra, havia tido seus primeiros contatos com o tema durante sua passagem por um manicômio judiciário; a interlocutora 17 fez sua formação em enfermagem na França, durante o exílio, e buscava informar-se sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. Agentes muitos diferentes, com trajetórias distintas, todos tocados por um acontecimento que multiplicou rupturas e descontinuidades: Claude Olievenstein.

Já foi dito nesta tese que Claude Olievenstein tinha reservas com relação a algumas técnicas de RD, como a terapia de substituição com utilização de Metadona®, à qual considerava um "[...] método perigoso, alienante e tremendamente tentador para aqueles que não se preocupam muito com o desenvolvimento psicológico dos indivíduos" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 302). Nas obras que pesquisei, não encontrei nenhuma referência direta, mas alguns de meus interlocutores confirmaram que o psiquiatra radicado na França tinha críticas semelhantes aos programas de troca de seringas:

> Marmottan não apoiava as políticas de trocas de seringas. Porque os objetivos da RD consistiam em aumentar a amplitude para melhorar o acesso. E os objetivos de Marmottan eram outros. É que esta perspectiva mais ampliada da RD assimila mais pacientes para outras coisas que não o tratamento da dependência, no sentido, como dizíamos na época, de capacitar o sujeito para achar um meio. Então esse já era um deslocamento... (Interlocutora 14)

> Quando eu viajei pela primeira vez à Europa, para alguns países que estavam na passagem das medidas substitutivas para os dependentes de heroína, com aquelas dificuldades todas, com dependência física, primeiro com a Metadona®, e depois, quando eu cheguei lá, já estavam fazendo a administração da própria heroína, o uso controlado da heroína, inclusive com um interesse muito bom, no sentido do destino destas pessoas. Elas ficavam trabalhando, seja em CT, seja em praças, jardins... Havia uma boa adesão da população. Era interessante; havia lugares que aceitavam. Eu sei que o Olievenstein protestou: "Isso aí é uma camisa de força química! Nós não podemos aceitar essa subjugação às drogas, que é como colocar uma camisa de força!". Eu não entendia assim, e discordava. (Interlocutor 18)

Em minhas pesquisas, não me deparei com esta referência à terapia de substituição como uma "camisa de força química", mas encontrei um momento em que Olievenstein cita Thomas Szasz, afirmando que os usuários deste tipo de programa tornar-se-iam "inválidos da medicina legal" (OLIEVENSTEIN, 1977, p. 301). Chama atenção, portanto, que seus seguidores brasileiros tenham se tornado não só entusiastas, como referências na construção da experiência brasileira com RD:

> Eu comprei, de certa forma, o discurso da RD. Porque ela ampliava a extensão e oferecia recursos para dar conta dos drogados que a gente acessava. Por isto a gente faz um vínculo com o pessoal da RD. Talvez isto tenha provocado inclusive uma crise existencial, porque Olievenstein não era favorável à distribuição de seringas. O capitulo 7 da minha dissertação teria sido totalmente diferente se eu não tivesse conhecido a RD. Eu nunca consegui falar disto com Olievenstein. Quando eu fui deixar uma cópia em Marmottan, eu deixei em cima da mesa dele. Eu não sabia como ele ia receber isto. Mas eu acho que foi muito bonita, a solução que encontrei. (Interlocutora 14)

> Eu acho que a RD cumpre um papel aglutinador. Quando ocorre a formação de 1994, em Florianópolis, aglutina um monte de gente que tinha, que queria uma outra possibilidade, mesmo na época... Eu lembro de ter questionado a coisa das seringas, e eles começam a mostrar... Foi bárbaro! Aí eu emplaquei de vez. O PROAD tem uma participação importante, no apoio à RD, nesta época. Eu acho que o PROAD já era uma referência em saúde mental, e deu todo apoio à experiência de Santos. Quando perguntados, eles também achavam que era por aí. O pessoal da Bahia também. Eram as pessoas que tinham chegado, pelo menos até mim, via Olievenstein. Você tem a história do Olievenstein vindo, e trazendo coisas novas. Este movimento do Olievenstein também traz uma outra leitura sobre o tema. (Interlocutora 9)

Segundo a interlocutora 9, a RD cumpriria um papel aglutinador, aproximando os seguidores de Olievenstein ao movimento de construção da resposta brasileira à epidemia de Aids. Em um artigo publicado em 2014, defendo a tese de que a RD brasileira nunca se restringiu à troca de seringas, constituindo, isto sim, ações de promoção de saúde e cidadania junto a pessoas que usam drogas (PETUCO, 2014, p. 142). Mas, até que ponto o *acontecimento Olievenstein* teria sido determinante para que o Brasil ensejasse o que chamo, no mesmo artigo (Idem, p. 136), de "terceiro nascimento da RD"?

> Ele preparou sim [o terreno para um encontro diferenciado com a RD]. Embora ele não fosse oficialmente a favor. Eu lembro que uma vez eu estava na França... Fiquei lá por dois anos: 86 e 87. E depois que eu já estava a vontade lá, já estava me sentindo em casa em Marmottan, bem próximo do Olievenstein, eu conheci um pessoal da Aids, que era do *Médicin du Monde*. E eu gostei muito deles. E esse pessoal era da RD, fazia troca de seringas, e eu comecei a me envolver com eles. E eu lembro que eles tinham várias restrições ao Olievenstein, porque ele dizia que não se podia ficar dando seringa pra drogado. Não que ele fosse contra a prevenção de Aids, mas como papel simbólico de dar uma seringa pra alguém que é dependente de heroína. Eu entendia o discurso do Olievenstein, mas também estava muito fascinado pelo pessoal da *Médicin du Monde*. E aí eu falei pro Olievenstein que eu ia trabalhar com esse pessoal, e ele me dizia pra eu aprender a separar as coisas. (Interlocutor 7)

Uma estratégia inicialmente focada na prevenção da epidemia de Aids entre pessoas que compartilhavam seringas, passa a influenciar a reflexão sobre o cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, modificando o olhar e as práticas. Ideias nascidas em outro cenário, rompem barreiras e interpelam agentes de um outro campo, fazendo-se ouvir e pensar. Não se trata do desenvolvimento de ideias oriundas da própria tradição do campo, mas uma espécie de *contrabando*, na acepção de Bourdieu (2006b, p. 36). Um acontecimento, enfim:

> Foi esta discussão da RD que me mudou com relação ao usuário de álcool e drogas. De como me aproximar e entender o usuário de drogas. Eu não consigo mais pensar, hoje em dia já não é mais uma técnica, nem uma estratégia, é um jeito de ver. É completamente diferente. E não é só com relação à droga, é com relação à quase tudo na vida. (Interlocutora 10)

> Uma outra coisa que acho importante na RD, como eu te falei... Quando eu comecei, era muito assim: eu vou fazer isto aqui, e isto ali. Eu faço troca de seringas aqui, e trato o DQ ali. Tanto que nem aparece aí nesse seminário. Hoje em dia, a minha prática é RD 100%. A minha clínica da DQ é uma clínica de RD, o tempo todo. Não que eu exclua a possibilidade de abstinência. Ela é parte. Isso eu acho muito rico, ter integrado a RD à clínica. (Interlocutor 7)

Dissonâncias irrompem em meio a uma harmonia relativamente monótona e monocórdica. Retomo a metáfora musical já utilizada quando da discussão sobre o conceito de acontecimento. É como se músicos integrantes da orquestra¸ insatisfeitos com os arranjos dominantes, abrissem as janelas para que novas sonoridades adentrassem a sala de concertos. Engendrado por fora do campo constituído em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, o *acontecimento RD* introduz ruídos que desorganizam e reorganizam o próprio campo:

> Nós entendemos que várias das controvérsias eram artefatos, factoides, falsas controvérsias. Por exemplo: RD é uma estratégia válida como parte de um conjunto de medidas de Saúde Pública que lá pelas horas tantas, mediante fracasso de alternativas mais reparadoras, abdica do esforço do resultado pleno em favor de um resultado parcial. Agora: RD como único objetivo terapêutico, que chega ao extremo de pensar que é possível ensinar um jovem de 15 anos a beber, com isso a ABEAD não pode nunca estar de acordo. E na medida em que nós não estamos de acordo com essa coisa da RD, e outras... Mas eu acho que a gota d'água é a RD, quando foi publicada uma cartilha que ensinava menores de idade a beber. Aí a ABEAD pegou pesado com a cartilha, e este foi o rompimento desse assunto. (Interlocutor 2)

A analogia com as dissonâncias no tecido musical permite um olhar para o impacto do *acontecimento RD*. Aos ouvidos acostumados com determinadas estruturas musicais, as dissonâncias emergentes em um novo movimento costumam soar desafinadas e barulhentas. Debussy, por exemplo, foi recebido assim no final do século XIX; superadas as resistências iniciais, entretanto, o compositor francês tornou-se uma das mais importantes referências do século XX, influenciando músicos tão distintos entre si como Arnold Schoenberg, Pierre Boulez e Tom Jobim. Não seria análogo ao que fez a RD, ao influenciar lacanianos, fenomenologistas, esquizoanalistas, e mesmo alguns behavioristas?

A RD impacta e reorganiza o campo. Qual um ruído expulso da harmonia, ao menos em um primeiro momento, a RD retorna e acaba por compor em um campo constituído "[...] por diversas harmonias possíveis sem juízo final"[30]. Composição que não chega a se tornar consensual, como não são consensuais ainda hoje os acordes dissonantes da Bossa Nova; não obstante, adentra a ordem do discurso. A oposição que enfrenta por parte dos agentes e grupos de agentes que constroem, sustentam e habitam o campo, é a mesma que a legitima. Nas palavras de Foucault (2005a, p. 6), um acontecimento *multiplica as rupturas* e *perturba continuidades*. Para a interlocutora 4, um movimento de difícil aceitação, mas que logrou obrigar o campo a ver "[...] coisas para as quais não se poderia mais fechar os olhos":

> Pra mim, o que me fez ver diferente, na minha vivência, o que mais provocou essa pluralidade, e coisas para as quais a gente não poderia mais fechar os olhos, foi RD. Pra mim, fez toda a diferença. É De Lei, sabe? Essas pequenas políticas, de grupos, que foram importantíssimos para HIV/Aids, e que o país teve que encampar na marra, eu acho que esses eram coisa diferente. Eles trouxeram a visão. Conseguiram dar tabefe na cara de um monte de gente, entende? Afirmando: "Ó! É isso aí que nós vamos viver agora! Pense diferente! Não pense mais que o cara tem que ficar abstinente! Pense que ele tem que viver! E se viver com qualidade usando drogas, dane-se! Que seja isso! Ele tem que viver e saber lidar com isso!". Eu acho que esse movimento, que ainda é de difícil aceitação, mas ele não pode mais ser simplesmente descartado. (Interlocutora 4)

Será mesmo? A julgar pela fala do interlocutor 2, esta aceitação seria no mínimo questionável. Até certo ponto, como estratégia de enfrentamento à epidemia de Aids, a RD seria necessária, até mesmo fundamental; a partir daí, entretanto, "[...] como único objetivo terapêutico", seria algo com o que "[...] a ABEAD não poderia nunca estar de acordo". Para o interlocutor 6, já foi dito, não se poderia jamais abdicar da abstinência como objetivo final do cuidado. Até que ponto, então, o entusiasmo da interlocutora 4 se sustenta?

> Começa a ter uma mudança na visão de mundo, porque aparece uma outra proposta de tratamento, que não a abstinência. Aparece o que eles chamam de RD. E aí, se divide em dois grupos. Eu acho que tinham algumas coisas, especialmente do grupo de drogas, que tinham uma visão mais flexível com relação ao tema. Tinha uma certa - hoje eu preciso fazer um *mea culpa* aí – arrogância do pessoal da ABEAD, do pessoal... Nós olhávamos para esses caras com certo desdém. (Interlocutor 11)

[30] Trecho da canção "Fora da Ordem", de Caetano Veloso (1991).

Ao descrever o modo como esta "[...] mudança na visão de mundo" foi recebida, o interlocutor 11 – avesso às práticas de RD - sustenta o discurso incisivo expresso no excerto anterior pela interlocutora 4. Revela ter havido no campo certo desprezo (a palavra utilizada é *desdém*) para com os agentes "[...] que tinham uma visão mais flexível com relação ao tema". E o mais importante: afirma que a partir do *acontecimento RD*, o campo constituído em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, *se divide em dois*.

Em um excerto anterior, a interlocutora 9 enaltece o caráter aglutinador da RD. É a mesma palavra empregada pela interlocutora 4, no excerto a seguir. No entanto, o interlocutor 11 fala que ela, a RD, divide o campo em dois. Será preciso optar por uma dessas afirmações? Haveria aí uma contradição a ser dirimida?

Penso que não, e diria antes o contrário: como em outros momentos da análise que fiz das entrevistas que me foram gentilmente concedidas, o que encontro nas narrativas de meus interlocutores, mesmo aqueles que pensam de modo absolutamente oposto, é o reforço da tese de que a RD, em seu encontro com a saúde mental, de fato, reorganizou o campo. Resta então, a pergunta: como poderia aglutinar e dividir a um só tempo? É que tal como a espada trazida por Jesus Cristo, a RD separa pai e filho, ao mesmo tempo em que reúne comunidades que partilham afinidades eletivas:

> A RD ajuda a aglutinar pessoas que querem mudanças, e apesar de ainda não ter desabrochado no seu todo, nós estamos aí. Eu acho que RD foi algo que teve que ser discutido. E era tão ousada, e tão efetiva, que não teve jeito. O pessoal teve que parar pra discutir isso. Teve que pensar que existia. A gente teve chance de agrupar os diferentes para discutir isso, e confrontar aqueles que não queriam. E que hoje, podem não aplicar, mas aceitam. Pode não fazer, não importa. Mas não tem mais jeito de voltar atrás. É uma coisa que não volta mais atrás. Então, eu acho que RD fez a diferença pra gente mudar, pra gente estar hoje nessa... Claro que tiveram outros movimentos, sem dúvida. Claro que sim. Mas eu acho que era o mais o oposto do que se pregava, que era a abstinência. Aí chega a RD, dizendo: "Ó! O cara tem que viver! Tem que ter qualidade de vida! Ele não tem que ter HIV, não tem que morrer, não tem fazer isso, não tem que se arrebentar! Se depois ele vai usar droga ou não, é o segundo pedaço; nesse momento, o que a gente quer é isso. Então, vamos ensinar o cara, pra ele viver. Vamos dar instrumentos pra ele, salas pra ele, para ele poder viver como ele escolheu. Se der certo depois, e a partir dali ele se sentir mais forte pra cair fora, que bom; mas se ele conseguir viver, ele vai viver com qualidade com o que ele escolheu". Pô! Eu achei demais um negócio desses, não é? (Interlocutora 4)

CAPÍTULO 5

À GUISA DE CONCLUSÃO

5.1 A ESPADA QUE SEPARA PAI E FILHO

Gostaria muito de reencontrar Anna Simões, a psiquiatra pernambucana que colocou pulgas atrás de minhas orelhas ao dizer que não gostava quando via pessoas ligadas à RD se colocarem nos espaços públicos como se tudo o que há de mais interessante e inovador no campo dos cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas houvesse nascido de seus esforços. Gostaria de lhe dizer que ela estava certa, e que eu realmente pensava deste modo.

Muitas vezes, as perguntas que conduzem uma pesquisa de mestrado ou doutorado já têm suas respostas, antes mesmo da investigação iniciar. Nestes casos, o esforço consiste em construir um itinerário teórico-metodológico que possa preencher as lacunas que separam o senso comum do saber cientificamente sustentável. Nada contra: eu mesmo construí minha dissertação desta maneira. Mas desta vez, foi diferente: eu realmente não sabia o que ia encontrar quando tudo começou. Neste sentido, minhas escolhas teóricas e metodológicas não tiveram o objetivo de emprestar coerência às minhas suspeitas, mas sim de construir caminhos que permitissem responder, mesmo que precariamente, minhas perguntas.

Creio que é necessário rememorar que perguntas foram estas. A primeira e mais importante, da qual todas as demais derivaram, transformava em questionamento a afirmação de Anna Simões: foi com a RD que se instaurou um cenário de lutas e controvérsias em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil? Para responder esta pergunta, entendi que seria necessário um duplo método: por um lado, percorrer os escritos sobre brasileiros sobre o assunto; por outro, conversar com pessoas que atuam nesta área, desde antes da chegada da RD no Brasil.

A arqueologia foi precária, pouco rigorosa, até mesmo indigna do nome. Os vazios proliferam mais que as presenças. Ainda assim, foi possível encontrar controvérsias anteriores a 1989, ano mítico para a RD brasileira, que marca a tentativa frustrada de implementação de um programa de troca de seringas na cidade de Santos. Na superfície do discurso, encontrei algumas lutas dignas de registro. A primeira diz respeito ao embate entre Décio Parreiras e Ernani Lopes, em torno das causas do alcoolismo: para o primeiro, haveria bases biológicas que explicariam porque algumas pessoas se tornam alcoolistas, enquanto a maioria consegue beber equilibradamente, sem maiores problemas, e por isto não faria nenhum sentido qualquer iniciativa de

proibição do álcool; para o segundo, o próprio uso do álcool determinaria o etilismo, e proibi-lo seria o caminho para profilaxia de um dos principais fatores de degenerescência da raça brasileira. No transcorrer do debate, Ernani Lopes, que representava toda a tradição discursiva da Liga Brasileira de Higiene Mental, com cinco décadas de atuação ininterrupta na organização das semanas antialcoólicas, dá-se por vencido, e termina por aceitar a tese da determinação biológica do alcoolismo. Num último e desesperado gesto, entretanto, ainda articula a seguinte proposta: se a maioria das pessoas não tem nenhum problema com o uso de álcool, caberia a elas, portanto, abrigar a ideia da abstinência em solidariedade aos seus concidadãos menos afortunados (LOPES, 1955, p. 28).

Também valeria mencionar as lutas que dividiram Câmara de Deputados e Senado Federal no início do século XX, objeto de estudo de Thamires Sarti em sua dissertação. O pomo da discórdia, ali, foi a divergência quanto ao local mais adequado à internação de pessoas com problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas: enquanto os senadores consideravam o uso de instituições penitenciárias, os deputados da nação preferiam o hospital psiquiátrico, por entenderem que tais pessoas demandavam, não punição, mas cuidado em saúde (SARTI, 2015).

Entre as décadas de 1930 e 1940, algumas questões acerca de eventuais problemas relacionados com o uso de maconha também dividiram os pesquisadores brasileiros. De um lado, encontrei José Lucena (1958b) e Heitor Péres (1958), que discordavam da tese de que o uso de maconha poderia desencadear surtos psicóticos e quadros esquizofrênicos, enquanto Luiz Ciulla (1958) e Pedro Rosado (1958a) sustentavam o nexo causal objetivo entre o consumo da planta e tais intercorrências psiquiátricas.

Valeria ainda mencionar os embates indiretos, pois que seus protagonistas, ao que parecem, não chegaram a debater diretamente o assunto, entre Décio Parreiras (1958) e Neves-Manta (1986), com respeito às ligações entre maconha e violência. Para Parreiras, seria mesmo possível falar em um “homicídio cannabico”, decorrente de uma “ação criminógena” da planta; já Inaldo Neves-Manta, articulando conceitos da psicanálise, vai refutar por completo esta tese, e chega mesmo a afirmar, em 1945, que não se deveria tratar os fumadores como criminosos, reservando a ação policial apenas à repressão do tráfico.

Outra luta encontrada na superfície do tecido discursivo foi travada entre a contracultura e a psiquiatria tecnicista e anticomunista que sustentava o discurso antidrogas durante a ditadura civil-militar. Até fins da década de 1950, o sujeito do discurso sanitário sobre álcool e outras drogas era, por um lado, o degenerado (mormente negro ou caboclo nordestino); por outro, os frequentadores da boemia, como o jovem doidivanas de boa família, a melindrosa da *Belle Époque* carioca, a prostituta. Já nos anos de chumbo, o sujeito passa a ser o jovem universitário vinculado à esquerda marxista tradicional, e também à contracultura, ambos pretensamente capturados no seio de um maquiavélico plano do comunismo internacional. A esquerda tradicional, a seu modo, reproduzia esta paranoia antidrogas, invertendo o polo de responsabilização: não seria a China, mas o imperialismo que estaria despejando drogas sobre a juventude, desvirtuando seu espírito revolucionário (DELMANTO, 2013). Enquanto isto, a dita *esquerda desbundada* produzia e sustentava novos discursos a respeito das drogas e seus usos, criando as condições de emergência de movimentos alternativos, como o antiproibicionismo e a própria RD (DIAS, 2013).

Encontrei, por fim, dois livros com a transcrição das apresentações e debates realizados em eventos, ambos realizados na cidade de São Paulo, que discutiram o cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas. Em ambos, o registro de discussões muito diferenciadas, de novas vozes dizendo novas palavras, novos enunciados na superfície do discurso. No Simpósio Internacional sobre Farmacodependência, realizado em 1977, emerge a crítica ao modelo proibicionista, a proposição de redes comunitárias alternativas ao manicômio e ao cárcere, e a defesa de um cuidado ampliado que incluísse educação e assistência social, para além da simples internação em hospital psiquiátrico. Já no Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas, em 1988, é possível encontrar três abordagens claramente definidas e bastante diferentes entre si, no que diz respeito à compreensão do fenômeno droga e dos eventuais problemas associados aos seus usos: a psicanálise, o behaviorismo, e uma nascente escola associada ao pensamento de Claude Olievenstein.

Haveria ainda os debates em fins dos anos 80, com respeito à possibilidade de que alcoolistas pudessem voltar a beber moderadamente, ou não, relatados pelo interlocutor 2, e num artigo e Jandira Masur (1990). Queda refutada, portanto, a hipótese de que a RD teria inaugurado as controvérsias no campo constituído em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil.

Já nas entrevistas, foi possível dimensionar a importância de Olievenstein na constituição de um cenário de lutas em torno das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Colocado diante de um tipo de problema absolutamente novo e insatisfeito com as respostas prontas que encontrava, o psiquiatra alemão radicado na França terminou por inventar formas absolutamente novas de pensar e intervir. “Os drogados não são felizes”, seu primeiro livro lançado no Brasil, um conjunto de raros enunciados inscrito em uma superfície discursiva marcada pelo marasmo preventivista, foi citado como obra fundamental por sete de meus interlocutores, encorajando-me a considerar Olievenstein não apenas uma referência, mas um *acontecimento*.

Tais achados, me parece, justificam a indignação de Anna Simões frente à tese de que discursos alternativos ao paradigma abstencionista teriam surgido, no Brasil, apenas a partir da RD. A primeira pergunta de pesquisa, portanto, estaria respondida, mas a resposta enseja duas hipóteses: a primeira, de que a RD teria sido apenas mais uma dentre outras inovações técnicas e éticas no campo e nos discursos constituídos em torno do cuidado dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil; a segunda, de que a RD seria um acontecimento diferenciado, que teria reorganizado o campo e o discurso, reconfigurando lutas e reposicionando agentes.

A análise das entrevistas cedidas por meus interlocutores permite corroborar a segunda hipótese, e sustentar a ideia do *acontecimento RD*. Não obstante, também foi possível perceber que a RD, quando de sua chegada ao Brasil, como parte da resposta brasileira à epidemia de Aids, não encontrou maiores resistências por parte de agentes vinculados ao campo da saúde. A oposição, extremamente dura, partiu de setores de judiciário e da segurança pública, alinhados à proposta estadunidense de tolerância zero para com o uso de drogas. Entidades médicas chagaram mesmo a manifestar-se publicamente em defesa das trocas de seringas, dizendo que as autoridades sanitárias teriam não apenas o direito de implementar tais programas, mas o dever, atualizando elementos presentes já no juramento de Hipócrates.

Esta foi outra surpresa, outro achado inesperado que emergiu da pesquisa. Agente informado e implicado do campo, eu sempre imaginei que o movimento contrário à oferta de seringas esterilizadas para pessoas que usam drogas injetáveis tivesse articulado não apenas setores do judiciário e da segurança pública, como também da saúde. Mas alguns de meus interlocutores, sobretudo aqueles mais

diretamente envolvidos com os debates da época, afirmaram que não. Atualmente, entretanto, há muitos profissionais e pesquisadores da área da saúde que se colocam na oposição à RD. Sendo assim, surgia uma nova pergunta, em meio à pesquisa: a partir de que momento e por quais razões a RD teria se tornado o pomo da discórdia entre agentes e grupos de agentes envolvidos na construção de técnicas e políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil?

Um dos momentos mais importantes desta pesquisa deu-se quando eu formulava uma pergunta a um de meus interlocutores, uma das maiores referências brasileiras na área dos cuidados dirigidos a pessoas que usam álcool e outras drogas. Retomava a história da RD, lembrando sua chegada ao Brasil como parte da resposta à epidemia de Aids, quando fui interrompido: "Até aí eu assino embaixo!". Segundo meu interlocutor, a RD só teria se tornado o pomo da discórdia a partir de seu encontro com o movimento brasileiro em defesa da reforma psiquiátrica, quando ela se torna uma ética e uma diretriz do cuidado, orientando práticas para além da prevenção, inspirando políticas públicas o atendimento em serviços especializados.

Foi neste momento que entendi que as reflexões de Spinoza a respeito do *encontro* poderiam ajudar a compreender a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Em 2004, o Governo Federal lança a política do Ministério da Saúde para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004). Este documento é uma espécie de registro do encontro entre saúde mental e RD, que é posicionada para além de qualquer estratégia de cunho preventivo, como diretriz ética do cuidado oferecido a esta população na rede SUS. O bom encontro, segundo Espinosa, enseja o surgimento de paixões alegres, que aumentam a potência de agir no mundo naqueles que dele participam. Já o mau encontro alimenta paixões tristes, que diminuem a potência de ação nas partes. Para saber se um encontro foi bom ou mau, portanto, não adianta olhar para os afetos em circulação (transcendência), mas para os efeitos do encontro na vida cotidiana (imanência).

É possível afirmar que o encontro entre RD e reforma psiquiátrica ampliou a potência de agir no mundo em ambas as partes, mesmo quando esta "ação no mundo" é criticada por diversos agentes e grupos de agentes reconhecidos no campo. Para muitos, este encontro teria feito toda a diferença, e já estaria de alguma maneira presente desde as primeiras experiências brasileiras com RD; se não na tentativa de Santos, ao menos

nas práticas cotidianamente sustentadas pelos agentes e grupos de agentes simpáticos à Olievenstein e à psicanálise. Independente da posição, o fato é que o encontro possibilitou, tanto à RD quanto à reforma psiquiátrica, a ampliação de suas interfaces de contato com a vida. É justamente este encontro que irá conferir à RD as características de um *acontecimento* que reconfigura não só o discurso, mas também o campo, dividindo-o, segundo um de meus interlocutores, em dois.

Num último esforço de síntese, eu diria que a pesquisa permite afirmar que a RD não inaugura um cenário de lutas e controvérsias sobre as técnicas de cuidado e as políticas públicas dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Não obstante, seria possível falar do encontro estre RD e saúde mental como um *acontecimento* que reconfigurou o campo e o dividiu em dois. A RD não seria, portanto, o pomo da discórdia que inaugurou as lutas; seria, isto sim, a espada que separou pai e filho, posicionando agentes e grupos de agentes em lados opostos.

• • •

No dia 13 de abril, estive em Brasília para uma reunião de trabalho proposta pela SENAD. A atividade aconteceu poucos dias antes da votação da admissibilidade do processo de impeachment contra a presidenta Dilma Rousseff. Em um dado momento, pude observar um muro posicionado em frente ao Congresso Nacional, dividindo um gigantesco gramado em duas áreas separadas, com o objetivo de evitar confrontos entre defensores e opositores da proposta que seria votada no domingo seguinte.

A visão daquele "muro de vergonha" pôs-me a refletir. Parecia-me uma triste metáfora de nossa cultura política, em que os adversários são vistos como inimigos pessoais. Nossa já referida cordialidade faz com que as disputas sejam atravessadas pela emoção, em detrimento da razão. "Cordial", etimologicamente, diz respeito ao que é relativo ao coração, e é uma palavra normalmente associada à amorosidade, ao carinho. Mas o coração abriga também o ódio, a raiva, o rancor. A divergência é posicionada como defeito, e a contrariedade é deslocada da ideia para pessoa. Desdobramento contemporâneo disto é o curioso fenômeno coletivo de exclusão das listas de contatos do Facebook, em face de divergências políticas. Só há possibilidade de diálogo com quem pensa igual. No que tange à política, qual seria a função de tal diálogo?

Recentemente, a cidade de Porto Alegre realizou algo inédito: uma partida de futebol entre Grêmio e Internacional, na qual os torcedores dos dois times, que dividem o estado do Rio Grande do Sul em dois lados, em duas cores, poderiam ocupar a mesma área do estádio. O espanto com que a iniciativa foi recebida e noticiada em todo o país fala muito sobre nós, brasileiros. Diante da divergência, tendemos ao silêncio, ou aos dedos apontados na forma de um ódio fratricida. Daí os muros que separam os divergentes, para evitar derramamento de sangue.

Pólemos e *agón*. Já nos últimos meses der minha pesquisa, deparei-me com a discussão que Nietzsche faz em torno destes dois conceitos. Com *pólemos*, temos a guerra como esforço de aniquilamento da diferença, a utopia de uma batalha que porá fim a todas as batalhas. Um monótono paraíso pós Juízo Final, do qual toda a divergência foi eliminada. Por outro lado, *agón* fala da luta como jogo, como brincadeira. Ou o esporte escolástico de que fala Bourdieu (2007b, p. 24) em "Meditações pascalianas". Em *agón*, não há o desejo de eliminar a diferença, de calar ou outro ou de evitar ouvi-lo, mas e esforço de sustentação de um campo de lutas em que o embate pode ocorrer.

Alguns de meus interlocutores trouxeram sua insatisfação com este quadro em que a diferença radical é excluída do campo dialógico, no que tange ao debate sobre as técnicas e as políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil. Sei que tal nível de posicionamento em uma tese de doutorado talvez cause estranhamento, mas não posso me furtar à declaração, absolutamente pessoal, de que a divisão entre ABRAMD e ABEAD, se pode ser explicada e compreendida, não deixa de ser triste. Não pretendo posicionar-me a respeito de quem tem razão neste caso, mas entendo que o campo perde com isto – e por consequência, as próprias pessoas que usam álcool e outras drogas. Há toda uma nova geração de pesquisadores convocada a se posicionar desde muito cedo, escolhendo de que debates irão participar, e de quais estarão ausentes. Toda uma geração de estudantes obrigados a decidir que pesquisadores irão ouvir, e quais devem ser evitados.

Definitivamente, isto não é bom para a produção de conhecimento, para o desenvolvimento das políticas públicas e técnicas de cuidado, e muito menos para o aperfeiçoamento de nossa cultura política.

• • •

No final desta jornada, penso nas novas perguntas que surgiram ao longo do processo. Reforço a convicção de que a história das técnicas e das políticas públicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, no Brasil, ainda precisa ser contada. Minha risível arqueologia, ainda que precária, produziu certas dúvidas e alimentou alguns desejos.

A passagem entre as décadas de 1950 e 1960, por exemplo, deixou-me curioso. O silêncio que encontrei, o vazio de obras, pode dizer da falta de um método mais rigoroso de pesquisa, ou de um momento em que os discursos decadentes da Liga Brasileira de Higiene Mental ainda não tinham dado lugar ao que viria mais tarde, com uma psiquiatria reacionária alinhada à ditadura civil-militar. Gostaria muito de voltar à este período, com mais fôlego.

A voz das pessoas submetidas a tratamento especializado para o uso de álcool e outras drogas também me interpela, e mereceria um esforço específico. Certamente, há muito mais a ser escavado. No início, tentei desenvolver uma pesquisa que me permitisse ouvir pessoas que fugiram de espaços fechados de tratamento, mas acabei desistindo diante da dificuldade de encontrar tais sujeitos.

Há também este capítulo da história das políticas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas, que se inicia em 1989, na cidade de Santos. Para além do olhar retrospectivo, quais os caminhos que a RD seguiu entre nós, brasileiros? Que antropofagias cometemos? Como comemos a RD, e principalmente, como a defecamos? De que formas retiramos a RD de seu lugar? Que invenções, que outros encontros? Observar, não mais a origem, mas este fenômeno de dispersão. Se existir é diferir, que existências outras a RD brasileira construiu? Que sujeitos envolveu? Que saberes articulou? Que experiências materializou?

Como disse em algum momento, esta tese se apresenta, não como um produto pronto e acabo, mas como a abertura de uma senda inesgotável. Há nela uma agenda capaz de informar anos de pesquisa. Quiçá uma vida.

6. REFERÊNCIAS

ADIALA, Julio Cesar. **Drogas, medicina e civilização na primeira república**. Tese (Doutorado em História das Ciências da Saúde) – Casa de Osvaldo Cruz, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011.

AGAMBEN, Giorgio. **O que é o contemporâneo?** e outros ensaios. Chapecó, SC: Argos, 2009.

ALBUQUERQUE, José Francisco *et all*. Um processo de busca (experiência do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana com Usuários de Drogas). In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 13-26.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **Alcoólicos Anônimos**: a história de como milhares de homens e mulheres se recuperaram do alcoolismo. São Paulo: JUNAAB, 1994.

_____. **Os doze passos e as doze tradições**. São Paulo: JUNAAB, 1995.

ALTHUSSER, Luis. **Aparelhos ideológicos do Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

ALVES FILHO, Antonio Nery *et all*. A experiência da Bahia – 1985/1988 Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas – CETAD. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 39-64.

ANDRADE, Oswald Moraes. Aspectos médico-sociais das dependências tóxicas. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972a. p. 31-65.

_____. Aspectos psicopatológicos das drogas alucinógenas e psicoestimulantes. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972b. p. 81-98.

AQUINO, Mara Thereza Costa. NEPAD: Uma proposta de Atendimento ao Usuário de Drogas. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 77-98.

ARAÚJO, Júlio Eduardo da Silva. **Toxicomania**. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1920.

ARAÚJO, Tarso. **Almanaque das drogas**: um guia informal para o debate racional. São Paulo: Leya, 2012.

ARAÚJO, Tarso & ERICHSEN, Raphael. **Ilegal** [filme]. Brasil: Superinteressante, 2014.

ARCAND, Denys. **As invasões bárbaras** [filme]. Canadá/França: Cinémaginaire Pyramide Productions, 2003.

ARTAUD, Antonin. **Os escritos de Antonin Artaud**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1986.

ASSUMPÇÃO JÚNIOR, Francisco Baptista. A ideologia na obra de Antonio Carlos Pacheco e Silva. In.: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: vol. 4, dez. 2003. p. 39-53.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA JÚNIOR, Carlos Everaldo Álvares. **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. p. 91-108.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. In.: **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, set-dez 2004. p. 16-29.

BABOR, Thomas. Controvérsias sociais, científicas e médicas na definição de dependência do álcool e das drogas. . In.: EDWARDS, Griffith & LADER, Malcolm. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 35-60.

BAPTISTA, Luis Antonio. **A fábrica de interiores**: a formação *psi* em questão. Niterói, RJ: EdUFF, 2000.

BARLETTA, Haydée. Aspectos terapêuticos experiências práticas. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 180-187.

BARRETO, Lima. **Diário do hospício**; O cemitério dos vivos. São Paulo: Cosac & Naify, 2010.

BASAGLIA, Franco. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BASTOS, Francisco Inácio. Por uma economia simbólica das trocas... de seringas. In.: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando. **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998. p. 91-100.

BASTOS, Francisco Inácio & BERTONI, Neilane. **Pesquisa nacional sobre o uso de Crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares no Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de Sangue. In.: **Revista Brasileira de Ciências Criminais**. São Paulo, Ed. Revista dos Tribunais, ano 5, n.º 20, outubro-dezembro de 1997. p. 129-146.

BECKER, Howard. **Outsiders**: estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2008.

BERRIDGE, Virginia. Dependência: história dos conceitos e teorias. In.: EDWARDS, Griffith & LADER, Malcolm. **A natureza da dependência de drogas**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. p. 13-34.

BEY, Hakim. **Zona Autônoma Temporária**. s.l. Coletivo Sabotagem, s.d.

BIRMAN, Joel. **Mal-estar na atualidade**: a psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

BLANCHOT, Maurice. **A conversa infinita – 1**: A palavra plural (palavra de escrita). São Paulo: Escuta, 2010.

BODANSKY, Laís. **Bicho de sete cabeças** [filme]. Brasil/Itália: Columbia Tristar/Rio Filme, 2001.

BOITO JÚNIOR, Armando. O estado capitalista no centro: crítica ao conceito de poder em Michel Foucault. In.: BOITO JÚNIOR, Armando. **Estado, política e classes sociais**: ensaios teóricos e históricos. São Paulo: UNESP, 2007. p. 17-37.

BORGES, Moema da Silva & SILVA, Hellén Cristina Pereira. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. In.: **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010, vol.63, n.5. p. 823-829.

BORGES, Jorge Luis. **Obras completas de Jorge Luis Borges**, volume 1. São Paulo: Globo, 2001.

BOTELHO, Adauto. Os perigos do álcool. In.: **Archivos Brasileiros de Hygiene Mental**. Ano 18, N.1, 1947. p. 83-84.

BOTELHO, Adauto & PERNAMBUCO FILHO, Pedro. Vício da diamba. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 25-28.

BAUDELAIRE, Charles Pierre. **Paraísos Artificiais**. Porto Alegre: L&PM, 2005.

BOURDIEU, Pierre. **A distinção**: crítica social do julgamento. Porto Alegre: Zouk, 2007a.

_____. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

_____. **A economia das trocas simbólicas**. São Paulo: Perspectiva, 2004a.

_____. **A produção da crença**: contribuição para uma economia dos bens simbólicos. Porto Alegre: Zouk, 2006a.

_____. **Meditações pascalianas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007b.

_____. **O campo econômico**: a dimensão simbólica da dominação. Campinas, SP: Papirus, 2000.

_____. **O Poder Simbólico**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006b.

_____. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Editor UNESP, 2004b.

_____. **Razões práticas**: sobre a teoria da ação. Campinas, SP: Papirus, 2005.

_____. **Sobre a televisão**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

BOURDIEU, Pierre; PASSERON, Jean-Claude. **A reprodução**: elementos para uma teoria do sistema de ensino. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

BOUTANG, Pierre-André. **L'Abécéderie Gilles Deleuze** (avec Claire Parnet) [filme]. Paris: Vidéo Editions Montparnasse, 1996.

BRASIL. **Das providências brasileiras no combate ao uso de tóxicos**. Brasília: Governo Federal, 1973.

_____. **Decreto nº 54.216, de 27 de agosto de 1964**. Promulga a Convenção Única sôbre Entorpecentes. Brasília: Diário Oficial de 27 de agosto. 1964.

_____. Ministério da Saúde. **I Conferência Nacional de Saúde Mental**: relatório final. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **III Conferência Nacional de Saúde Mental**: caderno informativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Saúde Mental. **Relatório final da 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental** – Intersetorial, 27 de junho a 1º de julho de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BUCHER, Richard. O CORDATO – Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos em Brasília: concepção geral e funcionamento. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 99-120.

BUENO, Austragésilo Carrano. **Canto dos malditos**: uma história verídica que inspirou o filme Bicho de sete cabeças. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

BUENO, Regina. Estratégias de Redução de Danos em Santos, SP. In.: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio & MARQUES, Luis Fernando. **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998. p. 163-169.

BUKOWSKI, Charles. **Notas de um velho safado**. Porto Alegre: L&PM, 1991.

BULFINCH, Thomas. **O livro de ouro da mitologia**: histórias de deuses e heróis. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

BURROUGHS, William. **Junky**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

BUSNELLO, Ellis D'Arrigo. Aspectos psiquiátricos, aspectos jurídicos e suas confluências. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 36-53.

CAGLIOTTI, Carlos Norberto. Aspectos terapêuticos experiências práticas. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 159-179.

CÂMARA, Aluísio Leopoldo Pereira & AZEVEDO, Floriano Peixoto. Alegação de toxicomania (maconha) por indivíduo processado como vendedor dessa substância entorpecente; conclusão negativa da perícia psiquiátrica respectiva. O examinado é, entretanto, oligofrênico do grupo dos débeis mentais. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 373-373.

CAMPANA, Ângelo *et all*. Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus – Relatório. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 1-16.

CAMPOS, Florianita Coelho Braga & HENRIQUES, Cláudio Maierovitch Pessanha (orgs.). **Contra a maré à beira-mar:** a experiência do SUS em Santos. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, Severino de. **O vinho de uva na economia nacional e na profilaxia do alcoolismo**. São Paulo: Livraria Editora Record, 1937.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARDOSO, Eleyson. Convênio Interestadual da Maconha. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958a. p. 165-174.

_____. Diambismo ou maconhismo, vício assassino. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958b. p. 181-186.

CARLOS, Erasmo. Maria Joana [música]. In.: CARLOS, Erasmo. **Erasmo Carlos** [LP]. Brasil: Phillips, 1971.

CARNEIRO, Henrique. **Filtros, mezinhas e triacas**: as drogas no mundo moderno. São Paulo: Editora Xamã, 1994.

CARTWRIGTH, Samuel Adolphus. Report on the diseases and physical peculiarities of the negro race. In.: **The New Orleans Medical and Surgical Journal**. (May) 1851. p. 691-715.

CARVALHO, Ilona Szabó & PELEGRINO, Ana Paula. **Políticas de drogas no Brasil**: a mudança já começou. Rio de Janeiro: Instituto Igarapé, 2015.

CARVALHO, Salo de. **A política criminal de drogas no Brasil** (estudo criminológico e dogmático). Rio de Janeiro: Editora Lumens Juris, 2007.

CASTANEDA, Carlos. **A erva do diabo**: os ensinamentos de dom Juan. Rio de Janeiro: Nova Era, 1982.

CASTEL, Saulo; BETTARELLO, Sérgio Vieira & ANDRADE, Arthur Guerra. Estruturação do atendimento de farmacodependentes no GREA: Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da FMUSP. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 137-148.

CHRYSANTHÉME. **Enervadas**. Rio de Janeiro: Livraria Leite Ribeiro, 1922.

CLEGG, Bill. **Retrato de um viciado quando jovem**. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

COIMBRA, Cecília Maria Bouças. **Guardiães da ordem**: uma viagem pelas práticas *psi* no Brasil do "milagre". Rio de Janeiro: Oficina do Autor, 1995.

CONRAD, Chris; NORRIS, Mikki; RESNER, Virginia. **Human rights and the US drug war**. California: Creative Xpressions, 2001.

CORNISH, Jillian; McNICHOLAS, Laura & O'BRIEN, Charles. Treatment of substance-related disorders. In: SCHATZBERG, Alan & NEMEROFF, Charles (Orgs.). **Essentials of clinical psychopharmacology**. Washington: American Psychiatric Publishing, 2001. p. 519-538.

COSTA, Jurandir Freire. **História da psiquiatria no Brasil**: um corte ideológico. Rio de Janeiro: Editora Documentário, 1976.

COSTA E SILVA, Jorge Alberto. Aspectos antropológico-culturais das dependências tóxicas na juventude atual. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972. p. 113-128.

COSTALLAT, Benjamin. O segredo dos sanatórios. In.: RESENDE, Beatriz. **Cocaína:** literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006. p. 115-123.

COUTINHO, Carlos Nelson. A democracia como valor universal. In.: SILVEIRA, Ênio *et al*. **Encontros com a civilização brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979.

CUELI, José. Aspectos profiláticos experiências práticas. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 227-236.

DANIEL, Herbert. Anotações à margem do viver com Aids. In.: LANCETTI, Antonio (org.). **Saúdeloucura**. n 3. São Paulo: Editora Hucitec, 1991. p. 3-20.

DE LEON, George. **A comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 2008.

_____. **Foucault**. São Paulo: Editora Brasiliense, 2005.

_____. Que és un dispositivo?. In: BALBIER, Etiene; DELEUZE, Gilles; DREYFUS, Hubert Lederer *et all* (Orgs.). **Michel Foucault Filósofo**. Madrid: Editora Gedisa, 1990. p. 155-163.

_____. **O mistério de Ariana**. Lisboa: Vega, 1996.

_____. **Espinoza**: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.

DELMANTO, Júlio. **Camaradas e caretas**: drogas e esquerda no Brasil após 1961. Dissertação (Mestrado em História Social). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, USP, São Paulo, 2013.

DEODATO, Alberto. **Cannaviaes**. Rio de Janeiro: Annuário do Brasil, 1922

DE QUINCEY, Thomas. **Confissões de um comedor de ópio**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2005.

DIAS, Rafael Mendonça. **Experimentação e cuidado**: um campo problemático das drogas e a emergência da Redução de Danos no Brasil. Tese (Doutorado em Psicologia). Programa de Pós-graduação de Psicologia, UFF, Niterói (RJ), 2013.

DOMANICO, Andrea. **Craqueiros e Cracados: Bem Vindo ao Mundo dos Nóias!** – Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese (Doutorado em Ciências Sociais). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, UFBA, Salvador, 2006.

DÓRIA, Rodrigues. Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício – Memória apresentada ao Segundo Congresso Científico Pan-Americano, reunido em Washington DC, a 27 de dezembro de 1915. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 1-14.

DREYFUS, Hubert Lederer & RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: más allá del estructuralismo y la hermenéutica. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión, 2001.

DUBET, François. **La galère**: jeunes en survie. Paris: Fayard, 1987.

_____. **Sociologia da experiência**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

DURKHEIM, Émile. **As regras do método sociológico**. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

EDWARDS, Griffith. **O tratamento do alcoolismo**: um guia para profissionais de saúde. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ELIAS, Norbert & SCOTSON, John. **Estabelecidos e *Outsiders:*** sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2000.

ESCOHOTADO, Antonio. **Historia general de las drogas**. Madrid: Editorial Espasa Calpe, 2008.

_____. **O livro das drogas**: usos e abusos, preconceitos e desafios. São Paulo: Dynamis Editorial, 1997.

FARIAS, Roberval Cordeiro de. As toxicomanias de após-guerra. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 147-153.

FIORE, Maurício. **Uso de "drogas"**: controvérsias médicas e debate público. Campinas, SP: Mercado das Letras, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005a.

_____. **A coragem da verdade**: O governo de si e dos outros II: curso no Collège de France (1983-1984). São Paulo: Martins Fontes, 2011a.

_____. A loucura, a ausência da obra. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos I**: problematização do sujeito: psiquiatria, psicologia e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002c. p.210-219.

_____. A loucura só existe em uma sociedade. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos I**: problematização do sujeito: psiquiatria, psicologia e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002d. p.162-164.

_____. **A ordem do discurso**: aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola, 2005b.

_____. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.

_____. A vida dos homens infames. In.: **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003d, p. 203-222.

_____. Conversa com Michel Foucault. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos VI**: Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c. p.289-347.

_____. Da arqueologia à dinástica. In.: **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003e, p. 48-60.

_____. **Em defesa da sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2004b.

_____. **História da sexualidade I**: A vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2005c.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 2006c.

_____. Inquirição sobre as prisões: quebremos a barreira do silêncio. In.: **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003f, p. 6-12.

_____. Introdução (*in* Rousseau). In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos I**: problematização do sujeito: psiquiatria, psicologia e psicanálise. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002e. p.165-184.

_____. Metodologia para o conhecimento do mundo: como se desembaraçar do marxismo. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos VI**: Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010f. p.186-210.

_____. Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade. In.: **VERVE**: Revista Semestral do NU-SOL – Núcleo de Sociabilidade Libertária . Nº 05 (maio 2004). São Paulo: Programa de Estudos Pós-Graduados em Ciências Sociais, PUC-SP, 2004a. p. 260-278.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011b.

_____. **Nascimento da biopolítica**: curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **O governo de si e dos outros**: curso no Collège de France (1982-1983). São Paulo: Martins Fontes, 2010d.

_____. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a.

_____. O olho do poder. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos VI**: Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a. p.107-125.

_____. **O poder psiquiátrico**: curso dado no Collège de France (1973-1974). São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. O poder, uma besta magnífica. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos VI**: Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b. p.155-169.

_____. **Os anormais**: Curso dado no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos V**: Ética, política, sexualidade. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c. p.198-199.

_____. Poder e saber. In.: **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003c, p. 223-240.

_____. Poderes e estratégias. In. FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003a, p. 241-252.

_____. Precisões sobre o poder. Respostas a certas críticas. In.: **Ditos e Escritos IV**: Estratégia, poder-saber. Forense Universitária, 2003b, p. 270-280.

_____. Prefácio (De la prision à la revolte). In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos VI**: Repensar a política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010e. p.74-79.

_____. **Segurança, território, população**: Curso dado no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. Sobre a arqueologia das ciências. Resposta ao Círculo de Epistemologia. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos e Escritos II**: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013a. p.85-123.

_____. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 2004d.

FRANCO, Túlio Batista & GALAVOTE, Heletícia Scabelo. Em busca da clínica dos afetos. In: FRANCO, Túlio Batista & RAMOS, Valéria do Carmo (Orgs.). **Semiótica, afecção e cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p.176-99.

GARCIA, José Alves. Origem e desenvolvimento das dependências tóxicas. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972a. p.11-30.

GARCIA, José Alves. Os tóxicos no contexto da patologia social. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972b. p. 143-168.

GAROTOS DA RUA. Levaram ele [música]. In.: **ROCK GARAGEM** [LP]. Porto Alegre: Acit, 1984.

GAUTIER, Théophile. **O Clube dos Haxixins**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1983.

GINSBERG, Allen. **O Uivo, Kaddish e outros poemas**. Porto Alegre: L&PM Editores, 1984.

GINZBURG, Carlo. **O queijo e os vermes**: o cotidiano e as ideias de um moleiro perseguido pela Inquisição. São Paulo: Companhia das Letras, 2006.

GOETHE, Johann Wolfgang. **As Afinidades Eletivas**. São Paulo: Nova Alexandria, 1998.

GOFFMAN, Erving. **A representação do eu na vida cotidiana**. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1988.

GOLDIM, José Roberto. **Princípio da não-maleficência**. Disponível em: http://www.bioetica.ufrgs.br/naomalef.htm. sd.

GOMES, Geraldo. Aspectos psiquiátricos, aspectos jurídicos e suas confluências. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 23-36.

GOMES, Papeu. O mal é o que sai da boca do homem [música]. In.: GOMES, Pepeu. **Ao vivo em Montreux** [LP]. Brasil: Elektra, 1980.

GOMES, Susana dos Santos *et all*. A ética do cuidado no exercício da enfermagem: um olhar sobre os pacientes oncológicos. In.: **Horizonte**. Belo Horizonte, v. 8, n. 18, jul./set. 2010. p.145-169.

GRECO FILHO, Vicente. **Tóxicos**: prevenção e repressão. São Paulo: Saraiva, 1995.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Editora Brasiliense, 1981.

HALL, Stuart. **A identidade cultural na pós-modernidade**. Rio de Janeiro: DP&A, 2006.

HARAWAY, Donna. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. Campinas: **Cadernos Pagu** (5) 1995. p.07-41.

_____. Manifesto ciborgue: ciência, tecnologia e feminismo-socialista no final do século XX. In.: SILVA, Tomaz Tadeu (org). **Antropologia do ciborgue**: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2000. p. 37-129.

HARRAELL, Rafael Ruiz. Aspectos psiquiátricos, aspectos jurídicos e suas confluências. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978a. p. 54-61.

_____. Considerações gerais sobre farmacodependência. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978b. p. 86-90.

HEMINGWAY, Ernest. **As ilhas da corrente**. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

HERMANN, Kai & RIECK, Horst. **Eu, Christiane F., treze anos, drogada, prostituída**. São Paulo: Círculo do Livro, 1987.

HIPÓCRATES. Da doença sagrada. In.: CAIRUS, Henrique Fortuna & RIBEIRO JÚNIOR, Wilson Alves. **Textos hipocráticos**: O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005b. p. 61-90.

_____. Da natureza do homem. In.: CAIRUS, Henrique Fortuna & RIBEIRO JÚNIOR, Wilson Alves. **Textos hipocráticos**: O doente, o médico e a doença. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005a. p. 42-59.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil**. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

HUIZINGA, Joan. ***Homo ludens***: o jogo como elemento da cultura. São Paulo: Perspectiva, 1993.

IGLÉSIAS, Francisco de Assis. Sobre o vício da diamba**.** In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 15-23.

IULIANELLI, Jorge Atílio Silva. Maconha que se planta no Norte, Nordeste e Centro Oeste: breve análise do conjunto de notícias sobre plantio de maconha no Brasil, veiculadas pelo boletim virtual Drogas e violência no Campo entre abril de 2005 e maio de 2007. In.: **Boletim virtual Drogas e Violência no Campo**. Ano 3, N. 7, 2007. Disponível em: http://www.koinonia.org.br/bdv/detalhes.asp?cod_artigo=174. Acessado em: 24/09/2013.

JELSMA, Martin. Las políticas de drogas de Naciones Unidas: una visión crítica. In.: TOUZÉ, Graciela Dora (Org.). **Visiones y actores del debate:** III y IV Conferencia Nacional de Políticas de Drogas. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil, 2008. p. 267-282.

JONES, Maxwell. **A comunidade terapêutica**. Petrópolis: Vozes, 1972.

KANNER, Richard. Introdução. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 11-12.

KOEN, Vincent. **Public expenditure reform**: the Health Care sector in the United Kingdom. London: OECD, 2000.

KUHN, Thomas. **A estrutura das revoluções científicas**. São Paulo: Perspectiva, 2003.

LABIGALINI JÚNIOR, Eliseu. O uso de cannabis por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos. In.: MESQUITA, Fábio & SEIBEL, Sérgio (orgs.). **Consumo de drogas**: desafios e perspectivas. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 173-184.

LANDES, David. **A riqueza e a pobreza das nações**: por que algumas são tão ricas e outras são tão pobres. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.

LARANJEIRA, Ronaldo. Legalização de drogas e a saúde pública. In.: **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro , v. 15, n. 3, 2010. p. 621-631 .

LATOUR, Bruno. **Reflexão sobre o culto moderno dos deuses fe(i)tiches**. Bauru, SP: EDUSC, 2002.

_____. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do Ator-Rede. Salvador: Edufba, 2012.

LENNON, John. John Sinclair [música]. In.: LENNON, John. **Some Time in New York City** [LP]. EUA: Apple/EMI, 1972.

LINDON, Mathieu. **O que amar quer dizer**. São Paulo: Cosac & Naify, 2014.

LOPES, Caho. **Ala fechada**. Porto Alegre: Editora Sulina, 1997.

LOPES, Ernani. **A poesia, a arte e o bom senso contra o alcoolismo**. Rio de Janeiro: Edição do autor, 1955.

_____. Contra o alcoolismo: em favor da higidez mental. In.: **Archivos Brasileiros de Hygene Mental**. Ano I, N.2, 1925. p. 85-89.

_____. Liga de Hygiene Mental não é synonimo de Liga Anti-Alcoolica [editorial]. In.: **Archivos Brasileiros de Hygene Mental**. Ano VI, N.3, 1933. p. 193-194.

_____. Trabalhos de anti-alcoolismo. In.: **Archivos Brasileiros de Hygene Mental**. Ano III, N.4, 1930. p. 132-134.

LÖWY, Michael. **Ideologias e ciência social**: elementos para uma análise marxista. São Paulo: Cortez, 2006.

LUCENA, José. Alguns novos dados sobre os fumadores de maconha. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958b. p. 79-84.

_____. Maconhismo e alucinações. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958c. p. 91-97.

_____. Os fumadores de maconha em Pernambuco. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958a. p. 207-238.

LURIE, Peter. Quando a ciência e a política colidem: a resposta do governo federal dos EUA aos programa de troca de seringas. In.: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio & MARQUES, Luis Fernando. **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde / Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998. p. 73-90.

MANN, Ron. **Grass** [filme]. Canadá: Unapix Home Entertainment, 1999.

MACRAE, Edward. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias. Salvador: Edufba; UFBA/CETAD, 2004.

MARQUES, Ana Cecilia Petta Roseli & ZALESKI, Marcos. Redução de danos: é possível utilizar essa estratégia terapêutica no Brasil? In.: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz & LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011. p. 340-345.

MÁRQUEZ, Gabriel García. **Doze contos peregrinos**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1992.

MARX, Karl & ENGELS, Friederich. **A ideologia alemã**. São Paulo: Expressão Popular, 2009.

MASUR, Jandira. A atual polêmica no tratamento do alcoolismo: beber controlado ou abstinência? In.: **Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria**. v. 2, nº 1, 1980. p. 73-78.

MASUR, Jandira & GALDURÓZ, José Carlos. A história não-oficial do uso de drogas. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 27-38.

MAUSS, Marcel. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac Naify, 2003.

MEDEIROS, Maurício. Maconha e seus efeitos. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 383-384.

MELLO, Aline; ANDRADE, Tarcísio. Redução de danos: princípios e práticas. In: PINHEIRO Raquel; SILVEIRA, Carla; GUERRA, Eliane (orgs). **Drogas e Aids**: prevenção e tratamento. Belo Horizonte: FHEMIG/Centro mineiro de Toxicomania; 2001. p. 37-53.

MENDONÇA, João. Os perigos sociais da maconha. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 99-103.

MERHY, Emerson Elias. Cuidado com o cuidado em saúde: saber explorar seus paradoxos para um agir manicomial. In: MERHY, Emerson Elias & AMARAL, Heloisa. **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007b. p.25-37.

_____. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2007a.

_____. **Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas**: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. Revista Interface-Comunicação, Saúde, Educação. v.6. p.109-116, fev. 2000.

MIGLIANO, Flavio. **Reflexões de um dependente enquanto sóbrio**. São Paulo: Porto de Ideias, 2013.

MONTEIRO, Ana; COIMBRA, Cecília & MENDONÇA FILHO, Manoel. Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? In.: **Psicologia e Sociedade**; n. 18 (2); mai-ago 2006. p. 7-12.

MORAES, Talvane Marins. Os meios de comunicação de massa e a dependência tóxica. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972. p. 99-112.

MOREIRA, Mário Santos. Aspectos psicológicos da adolescência e sua propensão à delinquência e às dependências tóxicas. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972. p. 129-142.

MORENO, João Batista Perez Garcia. Aspectos do maconhismo em Sergipe. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 155-164.

MOURÃO, Carla. Enkrateia toxicon: o "combate às drogas" e a regulação dos prazeres. In.: **Estudos e pesquisas em psicologia**. Ano 2, N. 1. Rio de Janeiro: UERJ, 2002. p. 89-102.

MUNDIM, Walter Eduardo *et all*. Escuta e ato: Centro Mineiro de Toxicomanias. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 121-136.

MURAD, José Elias. **Maconha**: conceitos atuais e suas ações orgânicas, psíquicas e tóxicas. Belo Horizonte: edição do autor, 1982.

_____. **O que você deve saber sobre os psicotrópicos** – A viagem sem bilhete de volta. Belo Horizonte: Conselho Federal de Farmácia / Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais / Associação Mineira de Farmacêuticos, 1972.

MUTANTES. **Mutantes e seus cometas no país dos baurets** [LP]. Brasil: Polydor Records, 1972.

NEVES-MANTA, Inaldo de Lyra. **O homem e o tóxico**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1986.

NUNES FILHO, Eustachio Portella. Prefácio. In.: NEVES-MANTA, Inaldo de Lyra. **O homem e o tóxico**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1986. p. 7-10.

OLIEVENSTEIN, Claude. **A droga**: drogas e toxicômanos. São Paulo: Brasiliense, 1980.

_____. **Os drogados não são felizes**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1977.

OLIEVENSTEIN, Claude & PARADA, Carlos. **Como um anjo canibal**: droga, adolescentes e sociedade. Lisboa: Instituto Piaget, 2004.

ONU. **Declaración conjunta**: centros de detención y rehabilitación obligatorios relacionados con las drogas. Viena: ONU, 2012.

PACHECO E SILVA, Antônio Carlos. **Desajustes psico-sociais**. São Paulo: Gráfica e Editora Edigraf, sd.

_____. **Hippies, drogas, sexo, poluição**. São Paulo: Martins, 1973.

PARREIRAS, Décio. Canabismo ou maconhismo (estudos brasileiros). In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 243-281.

_____. **O álcool não é a causa do alcoolismo**. Rio de Janeiro: Editora Capitólio, 1953.

PEREIRA, Antônio de Leonardo. O cânhamo ou diamba e seu poder intoxicante. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958a. p. 45-66.

PEREIRA, Jayme Regallo. Contribuição para o estudo das plantas alucinatórias, particularmente da maconha. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958b. p. 116-146.

PÉRES, Heitor. Diambismo. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 67-73.

PERNAMBUCO FILHO, Pedro. Estudo dobre as conclusões aprovadas pelo "Convênio da Maconha", realizado na cidade de Salvador em dezembro de 1946. In.: BRASIL. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Educação Sanitária. **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. 175-180.

PERNAMBUCO FILHO, Pedro & BOTELHO, Adauto. **Vícios sociaes elegantes**: estudo clínico, médico-legal e prophylactico. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves, 1924.

PESSOA, Fernando. **Poesia completa de Álvaro de Campos**. São Paulo: Companhia de Bolso, 2006.

PESSOTTI, Isaias. **Os Nomes da Loucura**. São Paulo: Editora 34, 1999.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. "Álcool e outras drogas" na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial: reminiscências de uma observação muito participante. In.: MORAES, Maristela; CASTRO, Ricardo; PETUCO, Dênis Roberto da Silva. **Gênero e drogas**: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto Papai, 2010. p. 29-40.

_____. Redução de Danos: das técnicas à ética do cuidado. In.: RAMMINGER, Tatiana & SILVA, Martinho (Orgs.). **Mais substâncias para o trabalho em saúde com usuários de drogas**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 133-148.

_____. Drogas, saúde e a cidadania possível. In.: LEÃO, Márcia de Ávila Berni & DANTAS, Priscila. **Módulo saúde do jovem**: Projeto ouça, aprenda, viva: Ajudando no combate e prevenção às DST's/Aids. Rio de Janeiro: Federação dos Bandeirantes do Brasil, 2008. p. 104-116.

_____. **Entre imagens e palavras:** o discurso de uma campanha de prevenção ao crack. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Educação, UFPB, João Pessoa, 2011.

_____. Os discursos com estatuto de verdade e o dispositivo “droga”. In.: PASINI, Elisiane (Org.). **Educando para a diversidade**. Porto Alegre: nuances, 2007. p. 35-39.

POL-DROIT, Roger. **Foucault, Michel, Entrevistas**. São Paulo: Graal, 2006.

PUGGINA, Ana Cláudia Giesbrecht & SILVA, Maria Júlia Paes. Ética no cuidado e nas relações: premissas para um cuidar mais humano. In.: **Revista Mineira de Enfermagem**,13(4): 599-605, out./dez., 2009. p. 599-605.

RAGO, Margareth. **Do cabaré ao lar**: a utopia da cidade disciplinar. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

RAMOS, Arthur. **A criança problema**: a higiene mental da escola primária. Rio de Janeiro: Livraria-Editora da Casa do Estudante do Brasil, 1949.

REGHELIN, Elisângela Melo. **Redução de Danos**: prevenção ou estímulo ao uso indevido de drogas injetáveis? São Paulo: Revista dos Tribunais, 2002.

RESENDE, Beatriz. Construtores de paraísos particulares. In.: RESENDE, Beatriz. **Cocaína**: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006. p. 17-27.

RIBEIRO, Maurides **Drogas e Redução de Danos**: análise crítica no âmbito das ciências criminais. Tese (Doutorado em Direito) São Paulo: Faculdade de Direito / Universidade de São Paulo, 2012.

RIBEIRO, Tiago Magalhães. **Do você não quer ao você não pode**: uma história da prevenção às drogas na educação. Curitiba: Prismas, 2013.

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

RIO, João do. **A alma encantadora das ruas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2008.

ROBINSON, Rowan. **O grande livro da cannabis**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1999.

ROCHA, Irrabussú. Introdução à segunda edição. In.: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958. p. XIII.

ROSA, Pablo Ornelas. **Drogas e a governamentalidade neoliberal**: uma genealogia da redução de danos. Florianópolis: Insular, 2014.

ROSADO, Pedro Nicolau Gonçalves Santos. Estudo dos distúrbios nervosos produzidos pelo uso da maconha. In.: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958b. p. 307-370.

_____. O vício da liamba no estado do Pará – uma toxicose que ressurge entre nós. In.: **Maconha**: coletânea de trabalhos brasileiros. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1958a. p. 85-90.

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

SÁ, Dominichi Miranda. A voz do Brasil: Miguel Pereira e o discurso sobre o "imenso hospital". In.: **História, Ciências, Saúde-Manguinhos.** Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, Jul 2009. p. 333-348.

SACAL. Eles vão querer me internar [música]. In.: **Gangsta Jegue** [CD]. Brasil: Produção Independente, 2008.

SANT'ANNA, Nilson. Aspectos ético-sociais das dependências tóxicas. In.: GARCIA, José Alves (org.). **Poluição das drogas**. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1972. p. 67-80.

SANTOS, Fernando Sérgio Dumas dos. **Alcoolismo**: a invenção de uma doença. Dissertação (Mestrado) Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1995.

SARTI, Thamires Regina Ribeiro Moreira. **Maratonas e *rambles***: a emergência dos tóxicos como um problema social no início do século XX. Dissertação (Mestrado) Departamento de História, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 2015.

SERRA, Lia Novaes; SCARCELLI, Ianni Régia. Por um sangue bandeirante: Pacheco e Silva, um entusiasta da teoria eugenista em São Paulo. In.: **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**. São Paulo: vol. 17, mar. 2014. p. 85-99.

SCHMIDT, Ivan. **A ilusão das drogas**: um estudo sobre maconha, LSD e anfetaminas. Santo André, SP: Casa Publicadora Brasileira, 1979.

SILVA, Flávia Fernando Lima. **O que não cabe nas ruas de uma cidade?** entre narrativas maiores e resistências brincantes. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Psicologia, UFF, Niterói (RJ), 2014.

SILVEIRA, Dartiu Xavier. Centre de Prevenção e Tratamento de Dependentes de Drogas – Departamento de Psiquiatria – Escola Paulista de Medicina. In.: **Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas**. São Paulo: Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica / Departamento de Psicobiologia / Escola Paulista de Medicina, 1989. p. 65-76.

SINHÔ. A cocaína (tango-canção). In.: RESENDE, Beatriz. **Cocaína**: literatura e outros companheiros de ilusão. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2006. p. 86-87.

SIQUEIRA, Domiciano. O contexto e o conceito. In.: SIQUEIRA, Domiciano (org.). **Mal(dito) cidadão numa sociedade com drogas**. São Paulo: edição independente, 2006. p. 13-17.

SONENREICH, Carol. **Contribuição para o estudo da etiologia do alcoolismo**. São Paulo: edição do autor, 1971.

_____. **Maconha na clínica psiquiátrica**. São Paulo: Editora Manole, 1982.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. In.: **Sociologias**; Porto Alegre, ano 8, n. 16, jul-dez 2006. p. 20-45.

SOUZA, Herbert de. **Um programa de Aids para o Rio de janeiro**: três idéias centrais. Rio de Janeiro: Boletim da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, nº 17. Ago. 1992.

_____. Uma proposta mínima para um programa de AIDS no Brasil. In: PARKER, Richard *et al*. (Orgs.). **A AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994. p. 353-358.

SOUZA, Tadeu de Paula. **Redução de Danos no Brasil**: a clínica e a política em movimento. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Psicologia, UFF, Niterói, 2007.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2007.

_____. **Tratado teológico-político**. São Paulo: Perspectiva, 2014.

STOCHERO, Tathiane & AHMED, Marcelo. **Governo libera R$ 738 milhões sem conhecer 'epidemia' de crack**. In.: Portal G1, Brasil, 2 de janeiro de 2013.

SZASZ, Thomas. **Nuestro derecho a las drogas**. Barcelona: Editorial Anagrama, 2001.

TARDE, Gabriel. **Monadologia e sociologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

TERRA, Osmar. **Legalização das drogas não é caminho para diminuir violência**. In.: Portal UOL, Uol Notícias, Opinião, 18 de maio de 2014. Disponível em: http://noticias.uol.com.br/opiniao/coluna/2014/05/18/legalizacao-das-drogas-nao-e-caminho-para-diminuir-violencia.htm.

TSEMBERIS, Sam; GULCUR, Leyla & NAKAE, Maria. Housing First, consumer choice, and harm reduction for homeless individuals with a dual diagnosis. In.: **American Journal of Public Health**. 94 (4), 2004. p. 651–656.

THOMPSON, Hunter. **Medo e Delírio em Las Vegas**. Porto Alegre: L&PM Editores, 2010.

TONGUE, Archer. Considerações gerais sobre farmacodependência. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 73-85.

TOURAINE, Alain. **O retorno do actor**. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

UNITED KINGDOM. **The Rolleston Report, conclusions and recommendations**: The circumstances in which morphine and heroin may legitimately be administered to addicts. 1926.

UNODC. **Single Convention on Narcotic Drogs** (as amended by the 1972 Protocol amending the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961). Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf. Acessado em: 21/08/2010. 1961.

VACAFLOR, Ina Paulina. Aspectos profiláticos experiências práticas. In.: **Simpósio internacional sobre farmacodependência**. São Paulo: Grupo de Estudos sobre Farmacodependência, 1978. p. 213-226.

VARGAS, Eduardo Viana. Drogas: armas ou ferramentas? In.: MINAYO, Maria Cecília de Souza & COIMBRA Jr, Carlos Everaldo Alvares. (orgs.). **Críticas e atuantes**: ciências sociais e humanas em saúde na América Latina. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 587-608.

_____. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In.: LABATE, Beatriz Caiuby *et al* (orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-63.

VAZ, Rodrigo de Oliveira Feitosa. **Redução de danos, política do comum e invenções do cuidado de si**: uma cartografia do Centro de Convivência É De Lei. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC/SP, São Paulo, 2015.

VELOSO, Caetano. Fora da ordem. In.: VELOSO, Caetano. **Circuladô** [CD]. Rio de Janeiro/New York: Phonogram/Phillips, 1992.

VERSTER, Annette. Os programas de troca de seringas em Amsterdã. In.: BASTOS, Francisco Inácio; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando. **Troca de seringas**: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Coordenação Nacional de DST e Aids, 1998. p. 115-124.

VIEIRA, André Luiz. **Meteorango Kid** [filme]. Brasil, 1969.

VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. Os pronomes cosmológicos e o perspectivismo ameríndio. In.: **Mana**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, out. 1996. p. 115-144.

WACQUANT, Loïc. **As prisões da miséria**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

_____. **Punir os pobres**: a nova gestão da miséria nos Estados Unidos [A onda punitiva]. Rio de Janeiro: Revan, 2003.

WEBER, Max. **Economia e sociedade**: fundamentos da sociologia compreensiva. Brasília, DF: Editora Universidade de Brasília; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 1999.

_____. **A ética protestante e o "espírito" do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil. **Uso de drogas e sistema penal**: entre o proibicionismo e a Redução de Danos. Rio de Janeiro: Editora Lumens Juris, 2010.

WISNIK, José Miguel. **O som e o sentido**: uma outra história das músicas. São Paulo, Companhia das Letras, 1999.

ZIMMER, Lynn & MORGAN, John P. **Maconha**: mitos e fatos – uma revisão das provas científicas. Rio de Janeiro: Psicotropicus, 2010.

ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavoni. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. In.: **Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, 2004, vol.38, n.1. p. 21-27.