



Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas: uma análise guiada por narrativas

Comprehensive Care Policy for users of alcohol and other drugs:
a narrative-guided analysis (abstract: p. 14)

Política de Atención Integral a los usuarios de alcohol y otras drogas:
un análisis guiado por narrativas (resumen: p. 14)

Maria Alice Bastos Silva^(a)
<malicebs81@gmail.com> 

Ana Lúcia Abrahão^(b)
<abrahaoana@gmail.com> 

^(a) Pós-graduanda do Programa Ciência do Cuidado em Saúde (Doutorado), Escola de Enfermagem (EE), Universidade Federal Fluminense (UFF). Rua Dr. Celestino, 74, Centro. Niterói, RJ, Brasil. 24020-091.

^(b) Programa de Pós-Graduação Ciência do Cuidado na Saúde. EE, UFF. Niterói, RJ, Brasil.

O problema do uso abusivo de drogas e as formas de atenção ao usuário movimentam diversos setores da sociedade em torno de discursos de proibição e de redução de danos (RD). Este trabalho teve por objetivo analisar os mecanismos de enunciação dos gestores do Ministério da Saúde, à época da construção da Política para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Trata-se de narrativas que foram analisadas na perspectiva genealógica inspirada em Michael Foucault. Destacamos fragmentos nos mecanismos de enunciação que fortalecem o território criminalizador e de exclusão.

Palavras-chave: Exclusão social. Drogadição. Políticas públicas. Proibicionismo.

Introdução

A questão do uso de drogas é entendida por diferentes matrizes teóricas que terminam por estruturar o diálogo social, o manejo e o cuidado com os usuários. Em nosso meio, é comum o tema das drogas estar associado à doença mental e à população em situação de rua ou vulnerável como um único conjunto e que recebe o mesmo tratamento: a exclusão do convívio em sociedade.

Na construção de alternativas e estratégias para atender a esta questão voltada ao uso de drogas, há um apelo mundial para que o campo especializado se desenvolva e se fortaleça com o objetivo de promover mudanças na forma e no modo como ela é trabalhada. Entre várias ofertas, as evidências científicas buscam contribuir para uma visão global sobre as drogas com a formulação de orientações, diretrizes e estratégias políticas para o tratamento, reabilitação e prevenção do consumo, tendo como pano de fundo demandas ligadas à segurança por meio de mecanismos de controle. Para isso, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conta com os países aliados na elaboração de estratégias de controle do uso de drogas que possam ser adotados pelas diferentes estruturas sociais.

O relatório de 2017 das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC)¹ indica que “[...] 250 milhões de pessoas usavam drogas. [...] 0,6% da população adulta global apresentou transtornos relacionados ao consumo de drogas, incluindo a dependência”¹. O Brasil como signatário da OMS vem ao longo dos últimos vinte anos dando prosseguimento a esta agenda com ações políticas, sociais e econômicas e no campo da produção de conhecimento sobre o tema das drogas. No decorrer desse processo, ampliou-se o campo de discussão, na arena nacional, de proposições de novas estratégias, e novos atores entraram em cena.

Atores que promoveram distintas ações com base em diferentes saberes e discursos sobre a produção do cuidado. Em sua maioria, são atores envolvidos com o campo da medicina/psiquiatria, da psicologia, do serviço social da enfermagem, agentes sociais, entidade civil, entre outros. A perspectiva foi implementar um conjunto de novas tecnologias que reforçassem o discurso e a formação especializada, demandando constante atualização do conhecimento no campo da saúde produzindo tensionamento com atores guiados por regimes de verdades conservadores, na sua maioria do campo religioso, da justiça e da segurança, representando, enfim, diferentes mecanismos que compõem a cena nacional da política sobre drogas.

Nesse processo, é possível construir as seguintes questões que norteiam este estudo: Quais valores respaldam os discursos que se confrontam e que disputam os diferentes espaços de controle do campo de álcool e outras drogas? O que estava em jogo, à época, na implementação das políticas no campo do cuidado aos usuários de álcool e outras drogas? Em que medida tais políticas podem promover mudanças na exclusão social dessa clientela?

Este trabalho teve por objetivo analisar os mecanismos de enunciação a partir do discurso dos gestores do Ministério da Saúde (MS), à época da construção e implementação da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas (PAIUAD), em 2004, no campo da Saúde Pública do Sistema Único de Saúde (SUS). O desenho privilegia o campo da Política da Saúde Mental para usuários de álcool e outras drogas (Política AD), explorando os feitos e marcos que foram ora causa, ora efeito e que orientaram a ação profissional do pesquisador na construção deste estudo.

Metodologia

Trata-se de um estudo no campo da pesquisa qualitativa constituído por narrativas, guiado pela genealogia segundo Michael Foucault. As narrativas são utilizadas como mediações entre experiência e linguagem, estrutura e eventos, sujeitos e coletivos, memória e ação política². Em relação à genealogia, Foucault sugere empregá-la para “[...] dar conta da constituição do sujeito na trama da história [...] dos saberes, dos discursos, dos domínios”³ (p. 43).

Essa construção iniciou-se acessando estudos (relatórios, teses, normativas e manuais) publicados no campo da Política AD, no qual se buscou identificar outras fontes e valores que constituem o discurso e os mecanismos de enunciação. Segundo Foucault, “O discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque e, pelo que se luta, e o poder pelo qual se quer apoderar”⁴ (p. 10).

Como efeito dessa revisão, optou-se por reconfigurar alguns episódios da história já conhecida; identificando mecanismos de enunciação compartilhando da ideia de Foucault de que “[...] os mecanismos de poder são parte intrínseca de todas essas relações, são circularmente o efeito e a causa delas”⁵ (p. 4). Os pesquisadores se experimentando enquanto genealogistas na produção do conhecimento na experiência e acontecimentos, fazendo emergir pontos sutis para produção de marcos, singularidades que se entrecruzaram, na construção de redes de difíceis manejos e nas tramas que constituíram o campo da política sobre drogas.

Com rigor, na configuração deste estudo, incorpora-se mais um conceito foucaultiano: a noção da proveniência, também entendida como a procedência, e não necessariamente a origem da história da política sobre drogas. O estudo sobre a proveniência “[...] não funda, muito pelo contrário, ela agita o que permanecia imóvel, ela fragmenta o que se pensava unida, ela mostra a heterogeneidade do que se imaginava em conformidade consigo mesmo”³ (p. 64). Não fundar favoreceu constituir o campo de investigação como rizoma, pois não se teve a intenção de criar uma raiz. Dessa forma, foi se constituindo a narrativa, ora com sua magnitude, momentos de furor, ora com seu abatimento, o que propiciou a experiência do corpo do devir, da análise da proveniência, “[...] no ponto de articulação do corpo com a história. Ela [mostrou] o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo”³ (p. 65).

Para construção das narrativas, tomamos por fonte as conversas com os gestores presentes na época da formulação da política, no formato de entrevista semidirigida, com duração de aproximadamente duas horas. Foram escolhidos dois gestores participantes ativos da Reforma Psiquiátrica, médicos psiquiatras que atuaram como gestores do MS por um período de aproximadamente dez anos na formulação e implementação da política ora analisada. As falas dos gestores foram codificadas, o que permitiu a garantia do sigilo dos participantes, seguindo as recomendações do Comitê de Ética e Pesquisa. Com a contribuição desses atores, buscaram-se narrativas para contar histórias. Segundo Walter Benjamin⁶, isso é conseguido ao “[...] não focar em transmitir o ‘puro em si’ [...] Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele. Assim se imprime na narrativa a marca do narrador”⁶ (p. 205).

Assim, nessa experiência como genealogistas, construíram-se cenários, ora ouvindo muitas histórias, ora se deslocando para a função de narrar. Outras narrativas foram

construídas por meio de documentos, no exercício da micropolítica, recolheram-se pistas, fatos do cotidiano em que os gestores envolvidos fizeram parte do jogo e nos quais se deram os interstícios, os acordos e as disputas na relação saber-poder, emoldurados pelo campo do biopoder. Peter Pál Pelbart⁷ atribui à noção do biopoder o poder que se destina a “[...] produzir forças e as fazer crescer e ordená-las [...] Gerir a vida, mais do que exigir a morte. E quando exige a morte, é em nome da defesa da vida que ele se encarregou de administrar”⁷ (p. 56).

As narrativas construídas a partir das entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas tendo por base a análise crítica e genealógica do discurso em Michael Foucault⁴. O autor indica, para a análise do discurso, que se alie a análise crítica à análise genealógica e que estas se apoiem e se alternem. A análise crítica conecta-se aos sistemas de recobrimento do discurso e ao clareamento das superfícies nebulosas, na perspectiva de detectar os princípios de exclusão e de rarefação do discurso. A análise genealógica se propõe em estudar as seguintes questões: Como os discursos se formaram; por meio de quais forças e valores? Quais os sistemas de coerção? Esses sistemas são pautados em que normas? Como se deram seus surgimentos? Quais são suas variações?

Os analisadores micropolíticos ocupam-se de fenômenos tais como o controle de poder entre indivíduos, grupos e organizações, que emergiram a partir da importância que cada entrevistado deu aos fatos, aos acontecimentos, ou seja, o confronto entre forças que constituem o jogo de relações, no materialismo do incorporal. Como aponta Foucault⁴, os analisadores do discurso surgem do “[...] discurso como séries regulares e distintas dos acontecimentos, [...] engrenagem que permite introduzir na raiz mesma do pensamento, o acaso”⁴ (p. 56). Apoiado no referencial teórico, trabalhou-se com a exteriorização, ora de afirmações, ora de indagações, das condições de invenção de estratégias para lidar com os problemas, as tensões, os valores e preconceitos naturalizados e reafirmados no processo de gestão do cuidado. Empenhados nessa proposta aos entrevistados, fez-se a seguinte proposição, que visa ajudar a identificar fontes: Como se deu a dinâmica entre as forças, ou seja, os mecanismos de enunciação para formulação e implementação e os efeitos da Política AD, como proposta de Saúde Pública do SUS?

O estudo está vinculado à pesquisa desenvolvida pelo “Observatório Microvetorial de Políticas Públicas em Saúde e Educação em Saúde”, localizado na Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense, Niterói, estado do Rio de Janeiro. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal Fluminense do Hospital Universitário Antônio Pedro, parecer nº 2.279.010, e refere-se à pesquisa de doutorado, da pós-graduação do Programa Ciência do Cuidado em Saúde, de título “Análise Microvetorial da Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas do município de Niterói”. A pesquisa não recebeu financiamento, assim como os autores não receberam bolsa de agências de fomento à pesquisa; teve início em 2016; e está em fase de conclusão.

Resultados e discussão

A análise das narrativas ocorreu a partir do delicado manejo dos pesquisadores/genealogistas sobre o estudo da proveniência, desvelando marcas, sutilezas e singularidades. Ao mesmo tempo, denunciaram-se desvios, falhas, elementos que propiciaram a formação de diagramas, mapas complexos, inter-relações de forças na produção de tensão e disputas. Forças que constituem dinâmicas instáveis, movediças e escorregadias, por meio dos enunciados políticos que sustentam um complexo de normatização de condutas. Enunciados que por meio das narrativas reafirmam estratégias políticas que, em um primeiro plano, são entendidas como potentes para o campo. Mudanças na dinâmica das forças instituídas, mas que também produzem conflitos, discordâncias de interesses, disputas entre especialidades e que constituem a micropolítica da Política AD.

Diante de muitas histórias e memórias, optou-se por apresentar a análise do material em duas narrativas. A primeira narrativa recolheu indícios das leis e dos mapas dos acontecimentos que estruturaram os enunciados sobre a Política de AD junto com as narrativas dos gestores. Esse interstício de acordos e disputas fez emergir o analisador saber/poder pelo qual guiamos a Análise da Narrativa “Tensões e Disputa”.

A segunda narrativa tecida sobre o rizoma da experiência de desvelar os acontecimentos inscritos nos mecanismos de enunciação dos gestores deixou em destaque os pontos sutis da construção da política em que os atores denunciam ambiguidades e desvelam o segundo analisador “dinheiro/financiamento”. Esse analisador emerge na narrativa dos entrevistados ao ser apontado como o que está em jogo em um plano mais denso e que também produz tensão e processos de disputas e resistências. Análise da Narrativa: Produzindo política/ambiguidades/resistência.

Análise da narrativa: tensões e disputas

Diferentes valores são responsáveis pela emergência do SUS, proveniente das forças proibicionistas e de mecanismos de exclusão social em uma tensão permanente com as forças de redemocratização, predominantes do campo de RD/direitos humanos, na direção da solidariedade e da equidade social. São valores que promovem constante tensionamento e foram delineando a produção desta genealogia, com marcas provenientes do campo da saúde e da segurança pública.

Narrativas das estratégias políticas em que a antiga disputa das especialidades médico-psiquiátrica se fez presente na maior parte do tempo. Aparentemente demonstraram ir na mesma direção, mas por caminhos diferentes na saúde, na RD e direitos humanos. Levando isso em conta, o que fez o diferencial para a emergência do analisador saber/poder foi perceber elementos nas narrativas dos gestores, denominados na investigação como E1 e E2, que reforçaram o poder por meio do especialismo, do domínio na micropolítica e das regras do jogo. Como E2 afirma, por exemplo: “[...] na saúde mental, o coordenador era o neurologista [...] eu por ser psiquiatra a coisa fluía mais [...] o SUS é universal, mas não recebia financiamento. Logo também foi estratégico criar as especialidades [...]”.

São esses elementos das narrativas que, como o jogo das relações, os interstícios, o entre, promovem articulações entre diferentes atores e produzem a força hegemônica, o proibicionismo, o aparato repressivo-militar para “combater” o problema drogas

no confronto com atores periféricos; e que criam mecanismos provenientes de forças/redemocratização/RD/direitos humanos e possibilidades para força/resistência.

Nessa dinâmica, feitos como a Política AD ganham espaço para discussão até se tornarem uma das agendas de governo do presidente da República. Porém, tais feitos também produzem muita tensão e disputas, como E1 afirmou: "[...] o ministro da Saúde me dizia sempre que havia um conflito colocado dentro do governo sobre esta questão do Ministério da Saúde querer lidar com as questões das drogas [...]".

Isso produziu tensionamento principalmente com Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e ganha destaque com eventos sem articulação com a saúde pública, produzindo conflitos, pois as duas políticas não falavam entre si. O não diálogo desses atores importantes no campo da produção de políticas públicas promove ausências, pouca ou nenhuma articulação e lacunas entre projetos, o que acarretou muitos "burburinhos", ruídos e conflitos de interesse, como afirma E1: "[...] com muito empenho da Saúde Mental e o MS, realizou-se a III Conferência de Saúde Mental em Brasília. [...] na mesma época, aconteceu o I Fórum Nacional de Álcool e Drogas promovido pela SENAD".

Percebe-se um conflito de competências entre a SENAD e o MS que se arrastou por muitos anos. Segundo E1, ela não se debruçava sobre esta questão álcool, no entanto, criava obstáculos através de mecanismos com leis e portarias pautadas no discurso repressivo e conservador, apesar de ter criado uma câmara técnica sobre o assunto. Ao MS, representado pelo gestor entrevistado, atribui-se a coordenação do grupo de trabalho interministerial (GTI)⁸ para propor e discutir a política do Governo Federal para a atenção a usuários de álcool; e harmonizar e aperfeiçoar a legislação que envolvia o consumo e a propaganda de bebidas alcoólicas em território nacional.

Em relação aos tratados internacionais, encontrou-se um campo fértil de fontes proibicionistas alimentadas por atores como os Estados Unidos da América, que utilizaram o discurso de combate ao narcotráfico. O Brasil, como um dos seus aliados, contribuiu para tratados internacionais proibicionistas como fonte no combate ao narcotráfico, ao materializar atos normativos como a Lei nº 6.368/76, que consentiu que muitos atores utilizassem ideias criminalizadoras a fim de fortalecer o campo repressivo, produzindo e reproduzindo o conjunto de relações e práticas sociais no país. Essa lei vigorou de 1976 a 2006 e, somada à Lei nº 10.409/02, resistiram à abertura política do país; aos movimentos da Reforma Sanitária (RS) e da Reforma Psiquiátrica (RP); e à luta pelos direitos humanos (DH). Isso não sem lutas, avanços e retrocessos de expressivos grupos de atores que se articulavam na perspectiva da produção de linhas de fuga para que nos acontecimentos se produzissem expressões da força de resistência.

O MS⁸, na visão dos gestores, possibilitou este movimento de novas configurações ao propor espaços de discussão do tema drogas, como saúde pública, em eventos internacionais, como E1 afirma: "[...] à participação decisiva da delegação brasileira [na UNODC] coordenada pelo MS, aprovou-se, pela primeira vez, a entrada do termo 'redução de danos'".

Feito ocorrido em 2006, na Commission on Narcotic Drugs, órgão da [Organização das Nações Unidas] (ONU) responsável por discutir diretrizes relacionadas ao uso de drogas no mundo e aprovado por consenso entre os países-membros. No âmbito nacional, houve o primeiro encontro dos Centros de Atenção

Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSad), em Santo André/SP, 2004, e também o I Encontro Nacional de Redução de Danos em Serviços de Saúde, em Santo André/SP, em 2006.

Em relação à existência de lacunas como marca das disputas, o narrador E1 desconsiderou o que foi feito até então e destituiu outros saberes, que constituíam o campo do cuidado em álcool e outras drogas como política pública, pois o discurso não passava pelos enunciados do MS. E1 afirmou: “[...] o que se tinha era a SENAD, que emanava vagas orientações sobre prevenção [...] aparentemente era o mesmo governo, mas a SENAD era dirigida pelo general, era a questão do comando [...]”.

Identificam-se um tensionamento e disputas ao se produzir lacunas, ao se contar a história por meio de falas como “[...] não existia um serviço específico, os primeiros foram os serviços CAPSad [...]” (E1). Ele desconsiderou um conjunto de iniciativas fora do campo da Política AD, mas por iniciativa do MS que, a partir de 1994, assumiu a RD como importante estratégia de saúde para prevenção das doenças sexualmente transmissíveis/síndrome da imunodeficiência adquirida (DST/aids) e hepatites, dando visibilidade aos usuários de drogas por meio de intervenções de troca e distribuição de agulhas e seringas; e da organização de profissionais e usuários que influenciaram de forma decisiva na revisão de leis e compartilhamento de saberes técnicos e populares.

Análise da narrativa: produzindo políticas ambíguas e possibilidades de resistência

O trabalho dos pesquisadores/genealogistas sobre a proveniência possibilitou o transitar pelo diagrama composto pelo jogo entre as forças redemocratização *versus* RD e proibicionistas. As narrativas colocaram como problema a ambiguidade que emerge no conteúdo do discurso e nas estratégias dos diferentes grupos submetidos à relação das duas forças, que produzem interferência com valores morais, sociais e econômicos, ambiguidade que, ao longo do estudo, também fez emergir o analisador “dinheiro/financiamento”.

O analisador dinheiro/financiamento emergiu no campo das disputas, entre discursos ambíguos e nebulosos como os da SENAD, que se aliou a atores como a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), a Associação Médica Brasileira (AMB), o Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional de Médicos (FENAM), entre outras instituições nacionais e internacionais. Esses atores produziram mecanismos discursivos, com afirma E1: “[...] a SENAD que tinha que servir a Deus e em outro momento ao diabo [...]. Tinha que acender uma vela para o United Nations Office on Drugs and Crime [...]”.

O analisador dinheiro/financiamento, empregado como um agitador natural pela Análise Institucional pela sua capacidade de produzir novas visibilidades no contexto das instituições, emergiu ao se identificar as alianças políticas, como retrata E2: “[...] O programa financiava reuniões dos secretários no âmbito nacional, pesquisas da saúde mental convocando a presença da Psiquiatria. Foi importante financiar bem os projetos da saúde mental [...]”.

A partir dessas estratégias, verificou-se a interferência no encaminhamento das políticas, nas possibilidades de produção de novos atores, na emergência de linhas de fuga e na produção de resistências. E2 coloca: “[...] no Brasil aconteceram

financiamentos relevantes vindos das cooperações da OPAS [...] mas sofreram cortes importantes caso não firmassem a abstinência e não a redução de danos [...]”.

Porém, outras estratégias foram criadas, como projetos assistenciais que eram encaminhados se dizendo servir para o acolhimento, sem tocar no assunto de RD.

Chamou atenção que as ambiguidades na implementação das políticas produziram fissuras e lacunas que eram utilizadas como atos de resistência. Como o entrevistado E1 e autores como Savio⁹ e Santos et al¹⁰ apontaram, a implementação da PAIUAD¹¹ de 2004, entre outros atos normativos de relevância, possibilitou o emergir do tensionamento nas disputas entre a proposta do MS e os demais atores que não coadunam com a forma como ele cuida das questões de álcool e outras drogas no Brasil.

Sávio⁹ aponta que, em relação à multiplicidade do campo de álcool e outras drogas, o MS tem se aliado a diferentes atores sociais com o propósito de implementar novas tecnologias de cuidado para o campo de álcool e outras drogas no âmbito SUS. Ele instituiu novas possibilidades a partir do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários pela portaria PT GM nº 816/2002¹². Essa portaria, articulada com a PT GM nº 336/2002¹³, respaldou o MS para a elaboração e implementação da PAIUAD, no ano de 2004¹¹, com ênfase na reabilitação e reinserção social por meio de enunciados discursivos predominantes do campo da saúde e dos direitos humanos. Tais enunciados se manifestaram de diferentes formas no jogo das relações de poder e disputas entre os atores, e buscou-se afirmar o discurso da redemocratização e a ampliação do SUS.

No campo das disputas, a Política AD fez parte do conjunto de agendas prioritárias do Governo Federal a partir de 2003. Nesse contexto, ela incorporou pontos fundamentais para configuração de seus enunciados, como: o social, o combate à pobreza, a redução das desigualdades e a expansão de direitos para grupos específicos da população em situação de maior vulnerabilidade (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, negros, mulheres, entre outros) junto com o fortalecimento do debate democrático e da participação social e com objetivo de proporcionar um novo modelo de desenvolvimento político, social e econômico.

No campo da saúde, de forma mais ampla, verifica-se que a Política AD sofre efeitos da RS, da política do SUS e da Constituição Cidadã, como enuncia Feuerwerker: “[...] o direito à saúde no Brasil foi conquistado a partir de um amplo movimento social. [...], capaz de produzir vizinhança [...]. Produção de um comum a partir da diferença”¹⁴ (p. 73).

Estudos como de Feuerwerker¹⁴ e de Abrahão et al.¹⁵, considerados fontes para construção do artigo, destacam a multiplicidade, a heterogeneidade, o diálogo, a construção de acordos e a política como trama, que é construída em uma dinâmica de forças/valores que regem a dinâmica do jogo dos atores sociais.

As propostas de programas, diretrizes e novas práticas no campo da saúde [...] não nasceram como algo exclusivamente pensado pelo ou a partir do Ministério da Saúde, e sim como fruto de experimentações de profissionais e gestores, justamente na tentativa de construir oferta [...] cuidado que atendesse às necessidades dos usuários, na dinâmica micropolítica, de garantia de acesso, responsabilização e vínculo¹⁵. (p. 211)

Nicodemos e Elia¹⁶ acrescentam que, no início dos anos 2000, houve uma importante expansão do SUS em seus princípios éticos relativos ao acesso à saúde, à universalização, à equidade e a um cuidado singular. Contudo, nos últimos quatro anos fomos nos distanciando das propostas iniciais. “Verificamos hoje uma lógica regida pela protocolização [...] a privatização dos serviços [...] desmonte de uma proposta da Reforma Psiquiátrica”¹⁶ (p. 363).

Essas fontes contribuem para a compreensão do campo, de suas tensões e da forma como emergem forças de redemocratização no confronto com forças proibicionistas; e promovem outros enunciados como efeito no processo de implementação da Política AD. Desvela-se um conjunto de conexões potentes e instituintes que promovem coletivos e formulam recomendações, como as referentes às conferências de saúde e de saúde mental e à institucionalização de normativas e leis, como a Lei nº 10.216/2001¹⁷, que se coadunam com o processo de outros atos normativos do mesmo cenário: “[...] uma política que sustenta a Instituição SUS, em que o instituinte e o instituído encontram-se entrelaçados no movimento das forças micropolíticas”¹⁷ (p. 210).

Na esteira dos acontecimentos, Nicodemos e Elia¹⁶ chamam atenção que o MS, ao formular a PAIUAD de 2004¹¹ e ao dar ênfase à intersectorialidade na Atenção Psicossocial (AP), reafirmou a tensão no campo ao buscar a ampliação, a regulação e o controle por meio dos mecanismos de enunciação, submetidos ao saber médico-psiquiátrico. Isso ocorreu mesmo com a nova dinâmica trazida ao campo das disputas, utilizando como estratégia a experiência bem-sucedida do Programa Nacional da aids/DST com as estratégias da RD/reforma psiquiátrica/atenção psicossocial.

Nessa perspectiva o MS, com a RD¹⁸ implementa uma abordagem que se afirma como clínico-política, e deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social e avançar em grau de autonomia dos usuários e seus familiares, “[...] de modo a lidar com a heterogeneidade e, [...] usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida”¹⁸ (p. 11). Andrade¹⁹ acrescenta, “RD é uma subversão das normas sanitárias, onde culturalmente temos uma política de saúde vertical, [...] e também uma subversão das normas jurídicas”¹⁹ (p. 27). Abordagem estratégica para um campo que se constituiu até então, por valores moralistas, com marcas importantes do discurso proibicionista, que encontram atores dos diferentes campos, saúde, segurança, assistência social, religiões entre outros, trazendo para a superfície um importante analisador, saber/poder que foi visto anteriormente.

A proposta de RD concentra valores distintos da ideia de abstinência e do discurso proibicionista. Lados opostos do discurso entre o campo da saúde e da segurança que se renunciam, de diversas ordens, em relação ao usuário de drogas, que Goethe²⁰ – uma das mais importantes figuras da literatura alemã –, poderia tratar como afinidades eletivas. Ou seja, a despeito da aparente convergência de opostos, é legítimo perguntar se há, de fato, disputa e resistência no campo da saúde entre “RD X exigência de abstinência” e, no campo da segurança pública, “proibicionismo X antiproibicionismo”.

O modo como o MS imprimiu a lógica da transversalização à RD¹⁸, na tentativa de construção de novos olhares e novos dispositivos de intervenção, produziu muita tensão e conflitos no campo. O MS aponta aos atores da Política AD a necessidade de ruptura com os modos rígidos de lidar com a problemática, mas,

internamente, enfrentou muitas dificuldades. A expectativa era a de que os atores, parceiros ou não, implicassem-se na implementação de ações e enunciados do SUS. Assim como na saúde, todos de modo geral deveriam estar respaldados no discurso da redemocratização/RD/direitos humanos, como Souza²¹ afirma, lembrando que, nessa perspectiva, a “proposta de atenção valoriza várias dimensões da vida do sujeito e propicia condições de inserção social [...] novas redes”²¹ (p. 136), com parcerias potentes no território. O MS valoriza os pontos de atenção inclusive pela intersetorialidade na PAIUAD¹¹, incluindo a produção de conhecimento, informação e educação permanente, com diferentes funções, formulação de diretrizes, implementação de novas tecnologias de cuidado e dispositivos de formação de novos profissionais.

Funções intersetoriais da PIAUAD¹¹, como mecanismo discursivo potente que, como Foucault⁴, assinala o discurso transmitido por meio de doutrinas instituídas por documentos normativos, leis, portarias, dispositivos como as diretrizes e manuais no campo das políticas criam um campo propício para o reconhecimento do discurso especializado como a “Verdade”, seja ele da psiquiatria, da segurança, da justiça, da assistência social ou religiosa. Para o pesquisador/genealogista apoiado nesse referencial teórico, até o momento exposto e vivido na assistência ficou mais clara a importância da PIAUAD¹¹ como um dos mecanismos fundamentais para a implementação da Política AD. Uma doutrina do MS, na disputa do campo de álcool e outras drogas, campo do cuidado em diferentes planos, por meio do discurso e da formação do sujeito/pesquisador/profissional, sujeito/usuários e sujeito/familiar compondo diferentes atores e potencializando o ator MS.

A partir dos estudos, pode se reafirmar também que a saúde no Brasil é um campo de multiplicidades e de heterogeneidade; e que fez da análise a expressão de fontes importantes e que se misturaram com muitas histórias que produziram outras marcas no pesquisador/genealogista. Marcas e dificuldades nos diferentes planos de implantação da política, principalmente em relação às estratégias de RD. Como aponta Nicodemos e Elia¹⁶, diante dos avanços e recuos no campo da AP, a RD se restringe “[...] a ações de prevenção das consequências do uso de drogas sobre o corpo, uma espécie de ‘prevenção *light*’ dos agravos à saúde”¹⁶ (p. 365).

Disputa que produziu forças de resistência que Domenico Uhng Hur²², ao trabalhar com conceitos que Deleuze aponta como poder de resistir, afirma que “[...] é o potencial da singularidade enquanto não se deixa esgotar por uma relação de forças dada no diagrama”²² (p. 225), gerando movimentos fora do mesmo, linhas de fuga, picos de desejos e de desterritorialização. Linhas de fuga, fora do jogo do confronto das forças que compõem e operam as relações no campo de álcool e outras drogas. Um fora que não está submetido ao controle e aos dispositivos disciplinares. O que movimentou o pesquisador/genealogista atravessado por acontecimentos.

Hur²² traz de Deleuze a associação que o autor faz de resistência e vida. Dessa relação, o que se desdobra é a ideia de que o poder de resistir possibilita a criação de modos de vida e de novos arranjos no contexto em que o jogo de relação das forças almeja o controle sobre a vida no contexto do biopoder. Nesse caminho, Pelbart⁷ lida com a questão do poder nas sociedades de controle na pós-modernidade: dando maior visibilidade às novas configurações do poder, ele “[...] não é apenas repressivo,

restritivo, punitivo, mas ele se encarrega positivamente da produção e da reprodução da própria vida na sua totalidade”⁷ (p. 58).

Nesse contexto, há outros entendimentos sobre a biopolítica, que passa a ser positivada, em que não mais se limita a pensar que este seria o poder sobre a vida, mas, sim, a potência de vida. Conceito que muito nos interessa aprofundar, pois vem ao encontro do que desejamos na busca por novas estéticas. Dar forma com palavras sobre as linhas de fuga, resistência, das minorias, dos atores-redes, principalmente aqueles que circulam no campo dos direitos humanos. Pois, de acordo com os autores que desenvolvem a noção sobre biopotência (potência de vida), ela atua sobre o corpo-multidão, fonte para o capitalismo, mas também é uma forma de resistência.

Ao analisar o conjunto de narrativas até então produzidas no caminhar do pesquisador/genealogista, os problemas descritos pelos gestores e a emergência dos analisadores, saber/poder e dinheiro/financiamento, a Política AD foi configurando mais claramente como se dá a relação entre atores e as forças/valores, tensionamento e disputas. Compartilhamos com E1 a ideia de que o jogo acontece na participação de grupos como os ligados às comunidades terapêuticas, uma concepção extremamente reducionista da Medicina/Psiquiatria que considera a drogadição como dependência química e, por outro lado, atores implicados na proposta de implementação das políticas no âmbito da saúde pública, da assistência dos direitos humanos e cultura.

Conflito de competência – “estado de guerra”²³ – se fez cada vez mais presente nas narrativas, nas disputas no campo do saber e no financiamento que emerge como uma importante ferramenta. Está cada vez menos “nas mãos” do MS, com mudanças na política de investimento. E1 afirma: “a [...] SENAD tinha mais financiamento que o MS e a chegada da falsa epidemia do *crack*, [...] sobre o controle da SENAD”. Disputas que fazem interrogar se, nos espaços como as conferências de saúde e saúde mental, os usuários e familiares, os movimentos organizados em associações de usuários, familiares e profissionais, experimentaram o exercício democrático, um devir de resistir. Os autores apontaram dificuldades e retrocessos, talvez porque as ações foram em sua maioria em defesa de políticas sociais advindas da saúde/RD e dos direitos humanos?

Logo, ao analisar as narrativas enquanto um pesquisador/genealogista como caminho, houve a possibilidade de perceber deslocamentos, nos lançarmos para a escuta dessa história que, a princípio, parecia-nos conhecer bem, como agente propulsor do processo de implementação de uma política. Para a elucidação de alguns problemas que justificam o estudo, também fez perceber a dinâmica das forças/valores instituídas no pesquisador e outras questões surgem no caminho, ainda não concluído.

Considerações finais

Nas narrativas produzidas (documentos e entrevistas), verificou-se um conjunto de mecanismos de enunciação propostos por atores instituídos, como o MS e a SENAD, que propõe formas de atenção ao usuário com uso abusivo de álcool e outras drogas que movimentam diversos setores da sociedade em torno de discursos de proibição e de RD. Conjunto de mecanismos de enunciação que promoveram a implementação da Política AD, mecanismos institucionais considerados como estratégicos e até novos no campo do cuidado, no bojo do processo de redemocratização. Nessa disputa pelo

campo, o MS aposta na implementação da PAIUAD como possibilidade de ruptura, de linhas de fuga, da emergência de forças de resistência, que se fizeram presentes na dinâmica do campo da Política AD de forma potente no período analisado.

Os pesquisadores / genealogistas a partir da análise de documentos e entrevistas evidenciaram a reprodução de mecanismos de poder conservadores que os ditos novos dispositivos reproduzem como controle e disciplina dos corpos. Agora, talvez, com maior sofisticação, outras estéticas na disputa dos saberes, sustentando parcerias entre o discurso médico/jurídico para solução da exclusão social por meio de mecanismos de controle/garantia de direitos. Mecanismos que reforçam regimes de verdade, doutrinas que recobram as disputas entre o saber/poder e o poder/dinheiro/financiamento que se presentifica ao se afirmar que a política pública de atenção ao usuário de álcool e outras drogas teve início em novo governo, que este deve ser reconhecido como doente, em que o objetivo final é a abstinência.

Mecanismos discursivos pautados no conjunto de valores proibicionistas que retroalimentam o neoliberalismo e contribuem para o recrudescimento das políticas que revisitaram os mecanismos de exclusão dos usuários do campo das práticas sociais, possibilitando a permanência e o fortalecimento do proibicionismo como valor. Isso ocorre por meio dos atores com base no discurso médico/especialista, religioso e alinhados ao discurso jurídico moral, reatualizado por meio de mecanismos, enunciações, leis, decretos, diretrizes e recomendações de ordem conservadora e criminalizadores.

O trabalho com enunciados discursivos apresenta limites que reconhecemos como as mediações entre experiência e linguagem. Logo, um recorte sobre a conjuntura em que a dinâmica do jogo de relações entre os mais diferentes atores produtores de enunciados discursivos se coloca. Portanto, há um limite que está inscrito no desenho metodológico e nas marcas nos pesquisadores genealogistas, mas que permite e possibilita recriar histórias que favorecem outras estéticas, éticas e políticas para o cuidado, que se inspira na redução de danos e nos direitos humanos. A redução de danos que ora é “vazada” por mecanismos e enunciações que reatualizam o discurso criminalizador, preconceituoso, fascista em relação aos usuários em situação de vulnerabilidade, como o usuário de drogas no campo dos direitos humanos.

Contribuições dos autores

Todas as autoras participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Referências

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2017 [Internet]. Vienna: UNODC; 2017 [citado 10 Jun 2018]. Disponível em: <https://www.unodc.org/wdr2017/>
2. Campos RTO, Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saude Publica*. 2008; 42(6):1090-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>.
3. Foucault M. *Microfísica do poder*. 28a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2014.
4. Foucault M. *A ordem do discurso: aula inaugural no Collège de France (1926-1984) pronunciada em 2 de dezembro de 1970*. 24a ed. São Paulo: Loyola; 2014.
5. Foucault M. *Segurança, território, população curso dado no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes; 2008.
6. Benjamin W. *Obras escolhidas: magia e técnicas, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura*. 3a ed. São Paulo: Brasiliense; 1987.
7. Pelbart PP. *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras; 2003.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007.
9. Sávio D. Prefácio. In: Souza AC, Souza LF, Souza EO, Abrahão AL. *Entre pedras e fissuras*. São Paulo: Hucitec; 2016.
10. Santos CE, Silvio Y. Muito além do Caps AD: o cuidado no território e na vida. In: Souza AC, Souza LF, Souza EO, Abrahão AL. *Entre pedras e fissuras*. São Paulo: Hucitec; 2016.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS, nº 2.197, de 04 de Outubro de 2004. *Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 816, de 30 de Abril de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 336, de 19 de Fevereiro de 2002. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002.
14. Feuerwerker LCM. A produção do SUS como política: os modos de fazer política marcando a produção do SUS. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp JH, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016. p.73-6.
15. Abrahão ALM, Gomes MPC, Chagas MS, Costa MA, Santos NLP, Freire MAM, et al. O pesquisador, o objeto e a experimentação: a produção do conhecimento in-mundo. In: Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Merhy EE, organizadores. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro: Hexis; 2016.
16. Nicodemos JCO, Elia L. Análise crítica das políticas públicas brasileiras de saúde mental em uma perspectiva histórica. In: Souza AC, Souza LF, Souza EO, Abrahão AL. *Entre pedras e fissuras*. São Paulo: Hucitec; 2016.
17. Brasil. Presidência da República. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União*. 6 Abr 2001.

18. Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
19. Andrade TM. Panorama atual da política de drogas no Brasil: a redução de danos. In: Souza AC, Souza LF, Souza EO, Abrahão AL. Entre pedras e fissuras. São Paulo: Hucitec; 2016.
20. Goethe JWV. As afinidades eletivas. São Paulo: Penguin-companhia; 2014.
21. Souza ÂC. Estratégias de inclusão da saúde mental na atenção básica: um movimento das marés. São Paulo: Hucitec; 2015.
22. Hur DU. Poder e potência em Deleuze: forças e resistência. *Mnemosine*. 2016; 12(1):210-32.
23. Teixeira MB, Marise LR, Elyne E, José MR. Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. *Cienc Saude Colet*. 2007; 22(5):1455-66. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017225.32772016>.

The drug abuse issue and formats of care of addicts gather different sectors of the society around discourses related to banning and damage mitigation. This article aims to analyze the enunciation mechanisms of the Brazilian Ministry of Health's managers when the Comprehensive Care Policy for Users of Alcohol and other Drugs was created. The narratives were analyzed under the genealogical perspective inspired by Michel Foucault. We highlighted fragments in the enunciation mechanisms that backs up a criminalizing and excluding territory.

Keywords: Social exclusion. Drug addiction. Public policies. Prohibitionism.

El problema del uso abusivo de drogas y las formas de atención al usuario mueven a diversos sectores de la sociedad alrededor de discursos de prohibición y de reducción de daños. El objetivo de este artículo es analizar los mecanismos de enunciación de los gestores del Ministerio de la Salud en la época de la construcción de la Política para Atención Integral a los Usuarios de Alcohol y otras Drogas. Se trata de narrativas analizadas desde la perspectiva genealógica inspirada en Michael Foucault. Subrayamos fragmentos en los mecanismos de enunciación que fortalecen el territorio criminalizador y de exclusión.

Palabras clave: Exclusión social. Drogadicción. Políticas públicas. Prohibicionismo.

Submetido em 10/02/19.
Aprovado em 28/06/19.