

FILIPPE DE MELLO LOPES

AS NOVAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS E AS VELHAS POLÍTICAS SOBRE
DROGAS NO BRASIL: um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”

São João Del Rei

PPGPSI – UFSJ

Julho de 2015

FILIPPE DE MELLO LOPES

As novas comunidades terapêuticas e as velhas políticas sobre “drogas” no Brasil:
um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de concentração: Psicologia

Linha de Pesquisa: Processos psicossociais e sócio-educativos

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

São João Del Rei

PPGPSI-UFSJ

Julho de 2015

FILIPPE DE MELLO LOPES

As novas comunidades terapêuticas e as velhas políticas sobre “drogas” no Brasil: um estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de São João Del Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia

PPGPSI/Universidade Federal de São João Del Rei (Presidente)

Prof. Dr. Walter Melo

Universidade Federal de São João Del Rei – UFSJ

Prof. Dr. Maurício Fiore

Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP)

Aprovada em:

Local da Defesa: Sala 2.48 (Salão de Peteca) - UFSJ

À minha mãe, pelo esforço de uma vida em me proporcionar a leitura.

Agradecimentos

Neste momento tão interessante e feliz não poderia deixar de agradecer imensamente a algumas pessoas que são parte da minha vida e que me auxiliaram e auxiliam de maneiras diversas.

Ao meu orientador, Marcelo Dalla Vecchia, pelo indiscutível esforço e paciência em me ensinar a escrever, a aceitar as regras do mundo acadêmico e a construir bons e belos trabalhos juntos.

Ao Walter Melo, que permanece e permanecerá, sempre, como uma pessoa da maior importância.

Ao meu amado amigo Arthur Venuto, por ser tão importante e ter estado intensamente ao meu lado durante essa trajetória, que não foi fácil, mas nem por isso deixou de ter belos momentos.

Ao meu amigo Felipe Lattanzio, que é uma referência de amizade, carinho e irmandade.

À Joana Panzera, simplesmente, a melhor esposa que alguém pode ter, nos dias de sol ou de chuva.

Aos meus pais Cláudia e Sérgio, aos meus irmãos, Victor e Tiene e aos meus amados sobrinhos Maori e Rudá.

Às queridas pessoas que estão comigo cotidianamente e que tornam meus dias mais alegres: Josiane, Jane, Vovó Joana, Bruna, Gabriel e minha querida amiga Andréa Martins.

Aos participantes da pesquisa, que auxiliaram de modo único e enriquecedor, na elaboração deste trabalho.

Ao Maurício Fiore por viajar de São Paulo até São João Del Rei para colaborar na construção e aprimoramento deste trabalho.

À UFSJ, pela concessão da bolsa-auxílio para realização da pesquisa.

Resumo

Este trabalho tem por objetivo elucidar de que forma a ação governamental “Aliança pela Vida”, do Estado de Minas Gerais, foi implantada e como sua criação refletiu na composição das políticas sobre drogas neste estado e na realidade nacional, produzindo interferências contextuais na criação dessa ação tanto em nível estadual quanto nacional. Para a realização desse estudo, nos utilizamos do método de estudo de caso através da pesquisa de documentos e legislações e a realização de entrevistas com representantes de diferentes segmentos envolvidos na criação e implantação da ação no Estado. Para a análise das entrevistas realizadas, foi utilizado o método de análise de discurso foucaultiana, que nos permitiu compreender a formação do discurso dos entrevistados e, ao mesmo tempo, identificar o contexto que permitiu a elaboração e criação desses discursos. Pudemos observar que a produção dos discursos dos entrevistados corresponde ao contexto de elaboração dos mesmos, possibilitando perceber então, que a criação da ação trouxe consigo consequências de ordem legal e social. Nesse sentido, a criação e implantação da ação governamental se mostraram congruentes com o momento histórico, político e social no qual há discussões e choque entre questões conflitantes como: a minimização da participação do Estado nas políticas sociais, a utilização das Parcerias Público-Privado como estratégia estatal, a regulamentação do uso da cannabis, e o retorno das internações como recurso de tratamento.

Palavras-chave: Aliança pela Vida; Drogas; Políticas Públicas; Parcerias Público-Privadas.

Abstract

This paper aims to illustrate how government action "Alliance for Life", the State of Minas Gerais was deployed and how its creation reflected in the composition of drug policies in that State and national reality, producing contextual interference in creating this action in both areas, state and national. To carry out this study, we use the case study method through the document search and legislation and conducting interviews with representatives of different segments involved in the creation and implementation of action in the state. For the analysis of the interviews, we used Foucault's discourse analysis method, which allowed us to understand the formation of the speech of respondents and at the same time, identify the context that allowed the preparation and creation of these speeches in state, local aspects and sites. We could observe that the production of the interviews corresponds to the elaboration of context thereof, possibilitando realize then that the creation of the action brought consequences of legal and social order. In this sense, the creation and implementation of government action proved congruent to historical, political and social moment in which the Brazilian and mining companies are in a period of discussion and clash between conflicting issues such as minimizing state participation in sectors social; the use of public-private partnerships as a State strategy; the legalization of marijuana and the return of admissions to treatment strategy.

Keywords: Alliance for Life; Drugs; Public Policies; Public-Private Partnerships.

SUMÁRIO

1. As “drogas”: seus usos e as respostas governamentais.....	12
1.1– Do surgimento ao estado atual das questões sobre “drogas” no Brasil.....	22
2– Políticas sobre drogas.....	25
2.1– As velhas políticas sobre drogas no mundo.....	25
2.2– As novas políticas sobre drogas no Brasil – cenário atual.....	27
2.3– Os fracassos que ensejam em guerra.....	30
3– Os modelos de atenção à saúde do usuário de álcool e outras “drogas”.....	36
3.1- A Redução de danos como estratégia: os usuários de drogas injetáveis e o <i>crack</i>	36
3.1.1– O aparecimento do <i>crack</i>	39
3.2- As velhas Comunidades Terapêuticas.....	41
3.2.1 – Histórico no Brasil: o verso e o reverso.....	43
3.3– As novas Comunidades Terapêuticas.....	45
4 – A realidade em Minas Gerais: a Aliança pela Vida.....	50
5– Método.....	53
5.1 – Etapa Exploratória.....	53
5.2 - O estudo de Caso e a Análise de Contexto – nossos meios de acesso.....	54
5.3 – A justificativa – por que essas ruas?.....	54
5.4 – Discussão – qual o destino da viagem?.....	56
5.5 – As entrevistas –a análise de contexto como ferramenta do estudo de caso.....	58
6 – Análise das Entrevistas.....	61
6.1 – Segmento Estadual.....	62
6.1.1 – Entrevista 1.....	62
6.1.2 – Entrevista 2.....	71
6.2 – Segmento Municipal.....	89
6.2.1 – Entrevista 1.....	89
6.2.2 – Entrevista 2.....	100
6.3 – Segmento Local.....	110

6.3.1 – Entrevista 1.....	110
6.3.2 – Entrevista 2.....	116
7 – Considerações Finais.....	131
8 – Referências.....	135
9 – Anexos.....	142
9.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	142
9.2 – Carta de Aprovação da CEPES.....	144

Lista de abreviaturas

AIDS – Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
AMICTIA – Associação Mineira das Comunidades Terapêuticas e Instituições Afins
ANC – Assembleia Nacional Constituinte
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAT – Casas de Acolhimento Transitório
CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas
CEPES – Comissão de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CFP – Conselho Federal de Psicologia
COMAD – Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas
CONAD – Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONEAD – Conselho Estadual de Políticas sobre Drogas
CNFE – Conselho Nacional de Fiscalização de Entorpecente
CPPII – Centro Psiquiátrico Pedro II
CREPOP – Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRM – Conselho Regional de Medicina
CT – Comunidades Terapêuticas
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA – Estados Unidos da América
FEBRACT – Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FMDDH – Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos
FNDDH – Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICMS – Imposto sobre operações relativas à Circulação de mercadorias e sobre prestações de Serviços de transporte interestadual, intermunicipal e de comunicação
LBHM – Liga Brasileira de Higiene Mental
LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico
MG – Minas Gerais
MJ – Ministério da Justiça
MS – Ministério da Saúde
MTSM – Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental

NAPS - Núcleo de Atenção Psicossocial
OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OMID – Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas
ONU – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIUD – Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas
PBPD – Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas
PIEC – Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas
PL – Projeto de Lei
PND – Política Nacional de Drogas
PPP – Parceria Público-Privado
PRD – Política de Redução de Danos
PSF – Programa Saúde da Família
PT – Partido dos Trabalhadores
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RD – Redução de Danos
SEDS – Secretaria de Estado da Defesa Social
SEEJ – Secretaria de Estado de Esportes e Juventude
SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SISNAD – Sistema Nacional de Informações sobre Álcool e outras Drogas
SPA – Substâncias Psicoativas
STO – Seção de Terapêutica Ocupacional
SUPOD – Subsecretaria de Políticas sobre Drogas
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI – Usuário de Drogas Injetáveis
UNODC – Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime

Introdução

A fim de anunciar nosso roteiro de escrita e clarificar os caminhos pelos quais segue o texto, apresentaremos de forma constante a dicotomia entre o “velho” e o “novo”, que estão postos desde nosso título, no intuito de elucidarmos vieses dicotômicos entre a construção, elaboração e implantação das políticas sobre drogas no Brasil.

Abordaremos as questões relacionadas ao campo das “drogas”¹ seja no que chamamos de “as velhas políticas” ou “as novas políticas”, construindo uma direção que deságua no estudo de caso da ação governamental “Aliança pela Vida”, do estado de Minas Gerais. Partimos da discussão inicial do surgimento da questão das “drogas” como campo de problemas ao Estado Brasileiro até as novas questões do cenário em nosso país e, por conseguinte, num tangenciamento da realidade internacional, uma vez que o Brasil é signatário de alguns acordos internacionais. Tentaremos, em nosso primeiro item, então, apresentar o *estado da arte* das questões correlativas ao campo das “drogas” no país.

1. As “drogas”: seus usos e as respostas governamentais

Sabe-se que a questão das “drogas”, tanto no Brasil quanto no mundo, não é uma história recente nem desconhecida. Uma definição indica que

o termo droga tem origem na palavra *drogg*, proveniente do holandês antigo e cujo significado é folha seca. Esta denominação é devido ao fato de, antigamente, quase todos os medicamentos utilizarem vegetais em sua composição. Atualmente, porém, o termo droga, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde – OMS, abrange qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento (OBID, 2007 – em itálico no original).

De acordo com Toscano e Seibel (2001), a palavra *droga*, de *etimologia controversa*, poderia ter vindo do persa *droa*, que significa odor aromático, do hebraico *rakab*, perfume, ou do holandês *droog*, substância ou folha seca (p. 2).

Ao discutirmos sobre como se definem “substâncias psicoativas” (SPA), encontraremos que *drogas psicotrópicas, portanto, são aquelas que atuam sobre o*

¹ Utilizaremos o termo drogas entre aspas com o intuito de salientarmos a posição de que o termo “drogas” é, em si, apenas uma palavra e que sua objetivação e significação no campo social constituíram, como sinonímia, adjetivos de “ruim” ou “maléfico”. Nesse sentido, nos colocamos, semelhante a FIORE (2007), que diz que *uma das tarefas a que o trabalho se propõe é discutir o significado do termo* (p.19). Esse autor, em seu livro *Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público*, também se posiciona de modo a grafar: “drogas”. Vale ressaltar que faremos tal distinção quando o termo “drogas” for mencionado pelo autor do texto, uma vez que existirão momentos que não será possível a utilização das aspas, visto que se trata de citação ou menção a documentos legais.

cérebro, alterando de alguma forma o psiquismo. Por essa razão, são também conhecidas como substâncias psicoativas (OBID, 2007). Desse modo, observa-se uma confusão entre as definições, visto que as “drogas” são substâncias externas ao organismo e que alteram seu funcionamento e as SPA são substâncias que alteram o psiquismo humano.

Se seguirmos essa cadeia de pensamento, podemos distinguir as “drogas” não mais pela sua via de administração, mas pela sua capacidade de alteração dos estados da consciência, visto que o corpo humano produz uma série de substâncias que poderíamos nomear como ativadoras do sistema nervoso central.

Toscano e Seibel (2001) não distinguem precisamente “drogas” e as SPA. Entendemos que esta distinção é um importante fator que, historicamente, criou separação entre substâncias e usuários passíveis de serem criminalizados e substâncias vendidas nas farmácias ou drogarias. Segundo os autores

Em 1924, um farmacologista de Berlim, Lewin, propôs uma classificação das substâncias que agiam no psiquismo. Tal sistema conserva ainda suas grandes linhas, mas foi modificado após a descoberta dos grandes grupos de substâncias psicoativas de síntese, a partir dos anos 1950, com os neurolépticos e antidepressivos, e dos anos 1960, com os tranqüilizantes (p.4).

Desse modo, as “drogas” vendidas em farmácias são compostos químicos que contêm substâncias (psicoativas, quando se tratam de medicamentos com vistas a uma “melhora psíquica”) e as outras “drogas”, como maconha ou a cocaína (ilegais no Brasil) são substâncias com seu uso imputável e, conseqüentemente, com seu usuário estigmatizado. É de fundamental relevância que ressaltemos aqui que as relações entre crime e estigmatização do usuário de “drogas” não se tratam de algo tão simples e que merecem breve menção, pois ao entender o uso de “drogas” como um ato criminoso, antes de ser estigmatizado, o sujeito se torna condenável. Nesse sentido, existe paralelismo entre criminalização e estigmatização no que tange a não se saber, exatamente, qual vem primeiro na carreira do usuário, mas é de visceral importância pontuarmos que a criminalização do usuário e sua conseqüente privação de liberdade (encarceramento) constitui um aspecto que tem o potencial de levá-lo à estigmatização.

Dessa maneira, a distinção que não é feita por parte dos pesquisadores (já que “drogas” e SPA produzem a mesma classe de efeitos, a saber: alteração dos estados da consciência), é feita pelas sociedades, governos e demais interessados, como as indústrias farmacêuticas, visto que não é vantajoso equiparar as “drogas” vendidas nas farmácias e as “drogas” adquiridas nas “bocas de fumo”.

Outro fator que merece destaque diz respeito à diferenciação que tentaremos fazer entre “a questão das drogas” e “o fenômeno das drogas”. A questão das “drogas” está relacionada a relação que o homem estabeleceu e segue estabelecendo com as “drogas”, numa perspectiva multifacetada que pode ser identificada como busca de prazer, fuga das agruras do viver, contato com a transcendência, compulsão à repetição, enfim, uma característica política e social. Já o fenômeno das “drogas” está vinculado ao caráter cultural e antropológico da relação do homem com as SPA.

Nesse sentido, vale ressaltar que os marcos e amparos legais da “questão das drogas” e do “fenômeno das drogas” começam a ser explorados de modo global. Os marcos regulatórios mais conhecidos da distinção entre as “drogas” são as convenções da Organização das Nações Unidas (ONU), que são três: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (UNODC, 2014).

Tais convenções surgem para dar resposta ao excessivo consumo de “drogas” e para fazer contorno a essa questão em âmbito mundial. Isso pode ser evidenciado através das Conferências sobre “drogas” realizadas em todo o mundo, sendo a primeira delas a “Conferência de Shangai”, em 1909; e a “Primeira Conferência Internacional do Ópio” (Haia), em 1911.

No decorrer dos anos, vários países do mundo foram construindo e, ao mesmo tempo, sendo financiados em suas conferências, colaborando para a edificação do debate sobre as “drogas” no plano macro-estrutural ou mundial. Um dos países financiadores dessas conferências foram os Estados Unidos da América (EUA), que, de acordo com Rodrigues (2002)

ao defender medidas severas de controle no plano internacional, o governo estadunidense não estava defendendo uma internacionalização de sua lei nacional. Pelo contrário, não havia no ordenamento interno norte-americano lei semelhante ao Tratado de Haia; o que de fato ocorreu foi a utilização pelo governo norte-americano de uma tática depois recorrente que consistiu em usar normas acordadas internacionalmente como instrumento para pressionar reformas legais internas (p. 103).

Podemos observar que tais conferências e convenções surgem para dar resposta à questão dos danos causados pelas “drogas” no campo político e não no campo subjetivo. Desse modo, se mostra a nós o caráter cultural da “droga”, visto que o financiamento das conferências pelo governo norte-americano não acontecia por uma benesse, mas por interesses econômicos, como indica Rodrigues (2002)

A Conferência de Xangai, em 1909, não chega a elaborar determinações impositivas aos países signatários (países que contavam com fortes indústrias farmacêuticas e com monopólios comerciais na Ásia, Inglaterra e Alemanha), mas constrange essas mesmas potências internacionais que, ao contrário dos EUA, interessavam-se pelo lucrativo mercado de uso hedonista do ópio e seus derivados (p. 103)

Dois pontos merecem destaque neste momento: um que aponta a longevidade das indústrias farmacêuticas e o segundo que demonstra como sempre as “drogas” estiveram atreladas a essas indústrias enquanto matérias-primas. Temos então, as “drogas” ou SPA como produtos culturais, ou seja, é oportuno às indústrias farmacêuticas manterem a distinção de nomenclatura das substâncias a fim de assegurar sua classe de clientes mesmo que o princípio ativo do medicamento seja proveniente de uma “droga”. Isto é, trata-se da própria “droga” industrializada, encaixotada e mercantilizada.

Freud (1930/2006) afirma que, para a saída do mal-estar humano, o sujeito se vê frente a três possibilidades: a droga, a religião ou a atividade científica. Nesse sentido, torna-se mais claro como a humanidade recorre às “drogas”, uma vez que se tornou insuportável conviver com o mal-estar sem uma saída que aliene o sujeito de alguma maneira, seja no campo religioso, da ciência ou das propriedades inebriantes, euforizantes ou narcotizantes das “drogas”. Nessa direção, Queiroz (2001) afirma:

para ele, a mais grosseira, embora também a mais eficaz destas medidas é a intoxicação, pois torna o homem insensível a sua desgraça. Esse método de evitar o sofrimento leva o organismo a buscar satisfação em processos psíquicos internos, com o propósito de tornar-se independente do mundo externo e, além disso, proporciona sensações prazerosas. Daí inferimos a importância que o uso de drogas tem em nossa sociedade. (p.10).

Desse modo, não é diferente em nosso país o fenômeno das “drogas”, visto que se trata de algo que perpassa o viver na cultura. Para ilustrarmos tal dado, nos utilizamos do recente documento de Referência Técnica para a Atuação de Psicólogos (as) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras drogas, criado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) (2013), que diz que

Tal como a alcunha de “cachaceiro” a desqualificação social e moral imputada à condição de “maconheiro” antecipa e antecede, em mais de meio século, àquela caracterização que viria ser mais recentemente conhecida, derivada do sucesso que esta droga viria angariar no âmbito da juventude de classe média, nos anos 60, ligada aos protestos políticos e comportamentais referidos na contracultura. É nesse período contracultural que a categoria de acusação “drogado” ganha relevo no contexto da ditadura civil-militar, sendo equivalente a “doente mental” (p. 23).

Ao percorrermos a história do uso de “drogas” no Brasil e a história do preconceito étnico em relação aos negros e à sua cultura, observamos também como se justificam as

ações de coerção (conhecidas até os dias atuais) e a não aproximação ou assunção da cultura africana (por exemplo) como constitutiva de um país miscigenado como o nosso.

Ao citarmos a questão do álcool e da maconha no Brasil, podemos nos remeter, por exemplo, ao uso de cocaína injetável no país entre as décadas entre 1980 e 1990, quando se inicia uma grande campanha a fim de reduzir danos a então “epidemia de AIDS”. Epidemia, pelo fato de que houve um crescimento vertiginoso de casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) cujo meio de infecção dentre outros, se dá por meio do uso de seringas compartilhadas pelos usuários de drogas injetáveis (UDI).

Para se ter uma idéia da dimensão de tal epidemia, Chiaravalloti Neto et al (2000) apontam que *no país, entre 1984 e 1986, a transmissão de AIDS devida ao uso de “drogas” injetáveis correspondia a 2,9% do total de casos e, em 1992, tinha aumentado para 25,1% (p.162).*

Desse modo, a estratégia financiada pelo governo, naquele momento, diante de tal epidemia, foi reduzir os danos² causados pelo uso de “drogas” injetáveis. Dentre as ações foram realizadas trocas de seringas, higienização das mesmas e conscientização dos usuários sobre os riscos aos quais se expunham. Já no campo econômico, havia uma forte tendência a diminuição da oferta de cocaína em pó e um aumento da facilidade de se encontrar o *crack*.

O uso de *crack* no país não é tão recente quanto a veiculação de uma epidemia de seu uso. Nesse sentido, podemos observar, a partir do exposto acima, uma redução do uso de cocaína injetável e um aumento do uso de sua pasta base. A utilização do codinome *crack* para essa pasta base se dá pelo fato de que ao ser queimada, essa emite estalidos com o som de “*crack*”.

De acordo com Labigalini Junior (2000)

isto nos faz pensar que os traficantes estavam forçando a entrada do *crack* nestas cidades. Tal estratégia parece ter dado o resultado esperado por estes indivíduos, já que a procura de tratamento por dependentes de *crack* observada nos últimos anos tem sido maior que por dependentes de cocaína inalada e são muitos os relatos de tais indivíduos sobre esse desaparecimento da cocaína em pó (p. 175).

Mesquita, Bueno, Lopes, Piconez, Haddad e Araujo (2000) afirmam que:

Alguns consensos merecem atenção especial: há um extraordinário crescimento do consumo de *crack*; há sensível diminuição proporcional de uso injetável; as drogas disponíveis são pela ordem: álcool, *crack*, cocaína aspirada, cocaína injetável, outras. As drogas são baratas e de fácil acesso; as drogas são

² A temática da Redução de Danos (RD) e sua implicação na vida dos UDI no Brasil nas décadas de 1980 e 1990 será melhor discutida no próximo item do texto.

bastante impuras; há prostituição (sobretudo feminina) associada a droga; há envolvimento de autoridades policiais com abastecimento, tráfico, violência e extorsão (embora não se possa generalizar tal fato) (p. 157)³.

O que se pode observar, então, é que a Política de Redução de Danos (PRD), que abordaremos em nosso terceiro capítulo, conquistou seus objetivos, neste caso, na Baixada Santista na década de 1990, na medida em que possibilitou uma redução do uso e compartilhamento de seringas e favoreceu, conseqüentemente, a redução de casos de pessoas infectadas com o vírus da AIDS.

Outro ponto que pode ser observado, referente aos dados dos trabalhos mencionados de RD realizados na década de 1990, o álcool já ocupava os primeiros lugares nas escalas de consumo, seja pela sua pulverização na sociedade brasileira seja pelo caráter econômico, social e cultural dessa “droga”, seja pela característica de ser uma “droga” legalizada no país. De acordo com Mesquita et al (2000), *as drogas disponíveis são pela ordem: álcool, crack, cocaína aspirada, cocaína injetável, outras. As drogas são baratas e de fácil acesso* (p. 157).

Diferentemente, a cocaína injetada é uma “droga” mais cara e que carrega o mal-estar de sua utilização intravenal, seja pelos riscos aos quais o sujeito se expõe, seja pela condição de constrangimento ao qual o UDI está exposto, de ir à farmácias comprar seringas. Nesse sentido, Mesquita et al (2000) afirmam que

no grupo de usuários de droga injetável, os relatos confirmam que tem diminuído sensivelmente o compartilhamento de seringas ligado diretamente à prevenção da infecção pelo HIV, demonstrando a conscientização dessa população, embora isso não se confirme em relação ao uso de preservativo (p. 157).

Tudo isso, além de dificultar o uso menos prejudicial ao UDI, acarretou que o uso da “droga” fosse feito em lugares normalmente ermos, sombrios e escondidos, colocando esse usuário em situações estreitamente ligadas à criminalidade e a vulnerabilidades diversas. Pode-se dizer que, hoje, quem ocupa esses lugares são os usuários de *crack*.

Pode-se observar, também, que a questão do uso de “drogas” e a vulnerabilidade a qual os usuários estão expostos é alvo de preocupação de pesquisadores e trabalhadores da saúde e tem se mostrado, mais uma vez, algo que merece ser observado, principalmente nos dias atuais em função da gentrificação⁴ a qual os espaços urbanos ocupados pelos

³ Vale ressaltar que esses dados pertencem a pesquisas realizadas no Brasil na década de 1990. Em outro momento do texto, serão trazidos dados mais recentes com relação ao uso de *crack* pela população brasileira, que demonstram que esse quadro é persistente.

⁴ O termo gentrificação (do inglês *gentrification*, de *gentry*, pequena nobreza) traduz-se como: processo de valorização imobiliária de uma zona urbana, geralmente acompanhada da deslocação dos residentes com

usuários de “drogas” estão sujeitos.

De acordo com Alves (2011), especificamente sobre o centro da cidade de São Paulo, mas que pode ser observado em outras grandes metrópoles brasileiras,

O centro da cidade de São Paulo passa, desde final da década de 1980, por um processo de transformação espacial a fim de requalificá-lo e dotá-lo de elementos modernizantes que possibilitam sua manutenção na rede de cidades mundiais, ou seja, espaços que controlam e comandam o processo de reprodução capitalista. Entretanto, essas transformações implicam mudanças na vida dos moradores que residem nesse espaço. As estratégias dos agentes (Estado e iniciativa privada principalmente) envolvidos no processo de renovação urbana tendem ao reforço da diferenciação socioespacial, com uma tentativa de mudança do perfil populacional aí existente, podendo seguir a tendência mundial de gentrificação das áreas centrais (p. 1).

Dessa forma, esse processo de gentrificação ou esse esquadramento do espaço urbano e seu conseqüente esvaziamento, não criam laços e sim afastamentos perante um problema social como é o uso de “drogas”. Essa gentrificação acaba colocando o usuário de “drogas” numa berlinda, uma vez que o trata como responsável pela degradação do ambiente, seja pelo aumento da violência, seja pela denominação estética de “feio” ou “feiúra” dos centros urbanos.

Nesse sentido, um quadro crônico se estabelece, já que os usuários estão expostos a altos níveis de violência urbana, social e subjetiva, além dos riscos que se colocam ao usarem “drogas” com altos potenciais de vulnerabilidade, como é o caso do *crack*. De acordo com a pesquisa “Perfil dos usuários de *crack* e/ou similares no Brasil”, realizada pelos pesquisadores Francisco Inácio Bastos e Neilane Bertoni, da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

mais de um terço dos usuários entrevistados admitiu não fazer uso de preservativo nas relações sexuais e mais da metade (53,9%) nunca havia feito um teste de HIV. De acordo com a pesquisa, a contaminação pelo vírus HIV entre os usuários de *crack* é oito vezes maior do que na população em geral (5% contra 0,6%) (2013, p. 22).

Desse modo, se apresenta como de extrema importância a observação e a criação de estratégias que visem a redução de danos causados pelo uso de “drogas” ilícitas, como o *crack*, e a conseqüente exposição à vulnerabilidades as quais seus usuários se vêm ou são colocados.

Os dados elencados acima são de pesquisa realizada no ano de 2013. Se fizermos uma comparação com os dados evidenciados cerca de quinze anos antes por Chiaravalloti

menor poder econômico para outro local e da entrada de residentes com maior poder econômico. Recuperado de <http://www.priberam.pt/dlpo/gentrifica%C3%A7%C3%A3o>.

Neto et al (2000), podemos observar que essa questão já se mostrava digna de atenção do poder público, visto que

Tem-se verificado no estado de São Paulo, a partir de 1990, aumento no uso de *crack* em várias cidades. Estas informações trazem preocupação, uma vez que estudos têm mostrado que os usuários de *crack* estão sujeitos a mais altos níveis de sexo sem proteção aumentando o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (p. 167).

Nesse aspecto, vale justificar que nosso interesse em trazer à baila o início dos trabalhos de RD no Brasil e a conseqüente relação entre epidemia de AIDS e uso de drogas injetáveis, se faz, dentre outros fatores, pelo fato de que é importante distinguir o que estava sendo chamada epidemia naquele momento e o que se chama atualmente. Nessa construção, podemos observar, através de Medina et al (2012) que

a perspectiva epidemiológica nasceu e se desenvolveu a partir da aliança ciência e repressão. Entretanto, como já discutimos, extrapolou os condicionantes do seu surgimento na medida em que os próprios estudos epidemiológicos revelaram contradições entre magnitude, determinantes, características e efeitos dos problemas relacionados com o consumo e estratégias e intervenções no âmbito das políticas nacionais e internacionais de combate às drogas (p. 529).

Isto é, ousamos compilar uma série de dados como as pesquisas realizadas na década de 1990 com a atuação dos Redutores de Danos e a pesquisa de Bastos e Bertoni (2013) para identificarmos uma mudança do que é significado e chamado como epidemia, entendendo que, como mencionado acima, a guerra às “drogas” assume estratégias e direções que, não necessariamente, respondem ao crivo epidemiológico.

Nesse sentido, podemos observar através dos dados do Portal do Governo Federal sobre as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>) que *de 1980 a junho de 2012, o Brasil tem 656.701 casos registrados de AIDS*. Comparados aos dados da pesquisa realizada por Bastos e Bertoni (2013), em que se observou um número aproximado de 370 mil usuários de *crack* nas capitais brasileiras, podemos inferir que, numericamente, existe uma diferença que justifica a citação de Medina et al (2012) sobre a relação entre “ciência e repressão”, isto é, a utilização do conceito de ‘epidemia’ para o uso de *crack* no Brasil parece apontar mais ao critério de repressão que de ciência.

Ainda sim, se compararmos os dados da pesquisa de Bastos e Bertoni (2013) sobre o uso de *crack* com os dados referentes ao uso problemático de álcool chegaremos a um quantitativo que indica 370 mil usuários nas capitais brasileiras versus 11,2 milhões de pessoas com problemas derivados do uso/abuso de álcool. Nesse sentido, talvez o uso/abuso de álcool poderia ser considerado, então, como cientificamente uma questão

epidêmica que, de acordo com Medina et al (2012) *os 3 maiores problemas de saúde pública relacionam-se ao uso de álcool, tabaco e consumo não apropriado de medicamentos* (p. 531).

O número supracitado (11,2 milhões) refere-se a pessoas que sofrem algum tipo de problema em decorrência do uso de risco do álcool (ou também nomeados de abuso ou dependência). Quando se trata do contingente de usuários “funcionais” de álcool, a escala numérica sobe para cerca de 96 milhões de pessoas, o que corresponde à, aproximadamente, metade da população brasileira (Dominguez et al, 2013).

Ao focalizarmos o problema do “álcool” no Brasil, ainda pouco se fala sobre essa questão em âmbito governamental, de modo que, cientificamente, o Governo Brasileiro deveria se ocupar de modo mais detido com a “epidemia” do álcool e não do *crack*, como exposto acima na pesquisa realizada pela FIOCRUZ.

Nesse sentido, Medina et al (2012) nos oferecem alguns dados que merecem menção, pois indicam que

com relação ao álcool, a proporção de óbitos por causas associadas ao uso dessa substância em todo o mundo é estimada em 3,2 % (5,6 % para homens e 0,6 % para mulheres). Muitas dessas mortes são resultado do uso de risco de álcool. Cerca de 50 % de todas as mortes causadas pelo álcool são relacionadas com agravos correlatos. Segundo a OMS, o problema dos agravos relacionados com o álcool é particularmente alarmante nos países de baixa e média rendas, onde o consumo de álcool está aumentando, as taxas de agravo são extremamente altas e políticas de saúde pública apropriadas não tem sido implementadas (WHO, 2008 apud Medina et al, 2012).

Desse modo, vai se tornando mais evidente a dificuldade do governo brasileiro em sustentar políticas que não condizem com a real situação dos usuários ou da realidade do país, uma vez que os estudos epidemiológicos indicam uma direção (ciência) e os interesses que escapam à ciência (repressão) apontam outro norte.

O que podemos supor, de modo radical e pouco condescendente, é que o Estado brasileiro se mantém, de certa maneira, permissivo em relação aos dados relativos ao uso, abuso e consequências do uso do álcool. Faz-se necessário ressaltar que isso se dá, dentre outros fatores, em função dos lucros de uma das empresas que faturam bilhões anualmente, comparando-se à Companhia Brasileira de Petróleo (PETROBRAS) ou a Mineradora Global VALE, qual seja, a Companhia de Bebidas das Américas (AMBEV) (http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/57080_AS+MARCAS+MAIS+VALIOSAS+D+O+BRASIL+EM+2011).

Esses dados demonstram, comparativamente, como as marcas de cervejas “Skol” e “Brahma” estão entre os dez maiores nomes dessa bebida do país, à frente de logomarcas

como as de alimentos, indicando uma prevalência do consumo de álcool maior que das marcas de alimentos vendidas, como exposto através do *ranking*, pelas marcas “Sadia” e “Perdigão”, por exemplo. A fim de construirmos dados comparativos que demonstrem essa prevalência, recorreremos novamente ao *ranking* das marcas mais consumidas no ano de 2014 e pudemos observar que as marcas de cerveja supracitadas seguem liderando o mercado de vendas de produtos no Brasil. Desse modo, podemos observar que a marca “Skol” segue em primeiro lugar, a frente, assim como em 2011, de empresas do gênero alimentício, por exemplo (<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/negocios/20150417/marcas-mais-valiosas-brasil-2015/252143.shtml>).

Em síntese, vale ressaltar as múltiplas determinações que fazem com que o governo brasileiro, com todas as reservas às conquistas realizadas e alcançadas com relação ao tabaco, por exemplo, mantenha uma posição ambivalente com relação às políticas sobre “drogas”, caracterizando o cenário controverso que buscamos apresentar acima. Sobre esse cenário, mais uma vez, se reitera a ambivalência do governo brasileiro: entre o fortalecimento das diretrizes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) pautada na Reforma Sanitária, Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial brasileiras e o financiamento público dos dispositivos chamados “comunidades terapêuticas”, que escapam aos princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde (SUS) e a posição do que a RAPS preconiza como tratamento ao usuário de “drogas” lícitas ou não.

Nesse sentido se desenham, daqui em diante, nossos objetivos e possíveis respostas para a compreensão de quais interesses governamentais estão presentes ao se privilegiar as Parcerias Público-Privado (PPP); a quem essas PPP e o conseqüente hiperfinanciamento das Comunidades Terapêuticas (CT) favorece e sobre quais bases legais esses fatores se tornam possíveis.

Neste ponto também é válido localizar e fazer menção à localização a qual o autor se posiciona, uma vez que o interesse em estudar as políticas sobre drogas remete a contradição acima mencionada, qual seja: como o governo brasileiro sustenta os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial e, ao mesmo tempo, através do Ministério da Justiça, faz alianças pelas vidas das comunidades terapêuticas?

Nessa direção, localizar de onde parte esses questionamentos possibilita que se localize e se identifique a forma e o conteúdo que o autor propõe ao leitor neste texto, uma vez que como se trata de uma temática que tem, imbricadas, militância e academia, esse

texto, em muitos momentos, incorrerá no entrelaçamento entre ambas, visto que o autor se localiza nos dois espaços.

1.1- Do surgimento ao estado atual das questões sobre “drogas” no Brasil

A questão das “drogas” no Brasil não data de hoje e podemos tentar pensá-la a partir de momentos históricos e sociais que conduziam o reconhecimento de seu uso ou seu caráter contraventor. Neste item abordaremos de maneira sucinta as leis que vigoraram no Brasil desde o ano 1783 até o ano de 2006, quando há a promulgação da Lei 11.343 de 2006, vigente até o presente momento.

De acordo com a historiadora Luísa Gonçalves Saad (2010), em 1783 fundou-se a Real Feitoria do Linho Cânhamo, no município de Canguçu (atual município de Pelotas, Rio Grande do Sul) e

o cultivo do cânhamo fazia parte de um projeto econômico promovido pelo Estado português que tinha o objetivo de fortalecer a agricultura de sua maior colônia, além de responder a uma necessidade modernizadora da metrópole, que vinha passando por dificuldades comerciais (s/n).

Ainda de acordo com Saad (2010), o primeiro documento oficial proibindo o uso da maconha no Brasil foi parte do Código de Posturas da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, em 1830, penalizando a venda e o uso do ‘pito de pango’, como era chamado, sendo o vendedor multado em 20\$000, e os escravos, e mais pessoas que dele usarem, em três dias de cadeia. Essa realidade só vai se modificar quando em 1932 a maconha passa a fazer parte da lista de substâncias proscritas. Seguiremos observando que, embora se altere a substância, as proibições continuam ocorrendo pelo país.

Entre os anos de 1920 e 1930, a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) traça algumas diretrizes, dentre elas, uma torna-se sua direção mais fiel: o ideal eugênico através do banimento ou impedimento da reprodução dos negros, em função de sua degeneração, justificada pelo uso que esses faziam do álcool. De acordo com Costa (1989), para eles [LBHM], a desestruturação da sociedade brasileira tinha verdadeiramente uma origem alcoólica. Essa posição é corroborada através do documento produzido pelo CREPOP (2013) que diz que

assistiremos a constituição de um tipo de alcoolismo tido e havido como “originário” e “endêmico” aos negros, naturalizado como uma característica étnica, fonte de desprezo, vergonha e humilhação que passará ao largo de qualquer medida de “limpeza social” que não seja a sua condenação eugênica, como a postulada pela Liga Brasileira de Higiene Mental, na segunda e terceira décadas do século passado (p. 21).

Seguindo os conclames de outros países, principalmente dos EUA, que já havia constituído sua “Lei Seca” (1920-1933), é criada no Brasil, em 1936, a Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecente (CNFE), que surge com o objetivo de centralizar todos os esforços da ‘guerra às drogas’ em uma só agência Federal (Saad, 2010, s/n).

Do mesmo modo surgia em 1938, proveniente da Constituição de 1937, o Decreto-Lei 891, de 25 de novembro de 1938, que aprova a Lei de fiscalização de entorpecentes, ressaltando em suas justificativas a “necessidade de dotar o país de uma legislação capaz de regular eficientemente a fiscalização de entorpecentes e que é igualmente necessário que a legislação brasileira esteja de acordo com as mais recentes convenções sobre a matéria” (p.1).

Ainda de acordo com Saad (2010)

em 1946 a CNFE promove o Convênio Interestadual da Maconha que contou com a participação de representantes dos estados da Bahia, Sergipe, Pernambuco e Alagoas. Nesse momento é lançada a Campanha Nacional de Repressão ao Uso e ao Comércio de Maconha, alinhada às políticas internacionais de combate às drogas e, conseqüentemente, às populações marginalizadas (s/n).

Desse modo, podemos observar como a trajetória e a história do combate às “drogas” em nosso país vem sustentado por um discurso pautado em ditames extranacionais e, ao mesmo tempo, com um cunho racista que não faz jus à sua realidade miscigenada desde sua origem e atenta contra o princípio da diversidade consignado na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Esses dados nos auxiliam a compreensão de certa permanência do que, mais tarde tocaremos em nosso texto, que é a segregação de certa parcela da sociedade que não somente é usuária de “drogas”, mas também negra, marginalizada e pobre. Costa (1989) aponta que “essa situação absolutamente abastarda e sórdida é a situação do brasileiro que teve a infelicidade de ser portador dos três pés: pobre, psicótico⁵ e preto” (p. 43).

Seguindo a roda do tempo, nesse momento, então década de 1960, temos a Convenção Única de Entorpecentes (1961) e o movimento de contracultura ou movimento *hippie*, que acabam se contrapondo entre o enrijecimento político do primeiro e a abertura cultural e social do segundo. Ao mesmo tempo, ocorre, em 1964, o golpe da ditadura civil-militar no país, que irá se perpetuar no Brasil por cerca de 20 anos. É durante esse período que, em 1976, é promulgada a Lei n. 6.368, que “dispõe sobre medidas de prevenção e

⁵ Esse ponto comum entre a loucura e a questão das “drogas” será melhor trabalhado em outro momento de nosso texto, mas, desde já, se acena a vinculação entre a Reforma Sanitária e Psiquiátrica Brasileiras e a questão das “drogas”.

repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências” (s/n).

Essa Lei entra em vigor 60 dias após sua promulgação, em 21 de outubro de 1976, e vigora por 26 anos, até o ano de 2002, quando temos o surgimento da Lei n. 10.409, de 11 de janeiro do mesmo ano, que “dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências” (s/n). Ambas as Leis serão revogadas pela Lei n. 11.343, de 23 de agosto de 2006, Lei esta que será melhor trabalhada em nosso capítulo seguinte.

2 – As políticas sobre “drogas”

Neste capítulo, buscaremos abordar algumas questões que consideramos de fundamental importância para a compreensão do que se chama de “políticas de drogas” no país e fora dele. Para tal, nos utilizaremos de uma hierarquia que busca elucidar as políticas sobre drogas no mundo, as políticas sobre drogas brasileiras, o “Aliança pela Vida”, nosso objeto de estudo, e os fracassos que as políticas geraram e que ensejaram na estrutura de “guerra às drogas”, que produziu e produz um pouco da realidade que se desenha na atualidade. Entre essas realidades, a brasileira e a mineira.

2.1 – As velhas políticas sobre “drogas” no mundo

Neste tópico discutiremos de modo sucinto algumas políticas sobre “drogas” dando um enfoque mais incisivo nas políticas surgidas no e durante o século XX, uma vez que nosso objeto de estudo, qual seja, o estudo de caso sobre a “Aliança pela Vida” se pauta, dentre outros aspectos, em um recente histórico de proibição (como marco legal) e abstinência (como critério de tratamento).

Desse modo, as “velhas” políticas sobre “drogas”, aqui, datam do início do século XX, especificamente nas já citadas Convenções de Shangai (1909) e Haia (1911) que visavam, sobretudo, dar contorno à questão do uso de “drogas” pelas populações. Vale ressaltar que, naquele momento, as questões que “saltavam aos olhos” daqueles que propunham as ditas Convenções não diziam respeito diretamente à saúde da população ou a aspectos preventivistas do uso nocivo ou do abuso de “drogas”, mas também dos aspectos econômicos e políticos que a discussão do uso/abuso das “drogas” trazia consigo, como aponta Salles (2013) dizendo que *a composição da delegação americana e Xangai - formada pelo bispo, um missionário cristão e um advogado – já deixava bem claro que a questão não era muito científica, propriamente* (p.14).

Salles (2013) aponta que *como muitos países ainda mantinham lucrativos comércios de ópio, cocaína e morfina, tais como Inglaterra, França, Portugal, Holanda, Rússia, Alemanha e Irã, não foi fácil proibir a produção e venda dessas substâncias* (p. 14).

Nessa direção, os EUA, não presente na listagem acima mencionada, *em 1920 editaram a Lei Seca, proibindo a venda de bebidas alcoólicas. Interessante notar que não havia, porém, uma criminalização do uso, sendo permitido inclusive fermentar e destilar*

sua própria bebida em casa (Salles, 2013, p. 14). Ainda de acordo com Salles (2013), *a lei contribuiu para a redução do uso de álcool, entretanto, ajudou a elevar enormemente a corrupção e criminalidade* (p. 15).

Seguindo a cronologia dos fatos, conforme o autor, *apenas em 1936, em Genebra, os países, enfim, concordaram em punir severamente, particularmente com prisão, a produção, a compra e a venda de substâncias citadas na Convenção* (Salles, 2013, p. 14). Nesse sentido, se torna mister observarmos que a constituição das “velhas” e das “novas” políticas sobre “drogas” se encontram intrincadas na medida em que são atravessadas pelos vieses do capitalismo enquanto valorizador do consumo em detrimento da saúde. Ao mesmo tempo, ao manter a classe jovem trabalhadora, uma vez que são os mesmos os garantidores da continuidade da produção e representam o maior número de consumidores, a ordem do capital acaba por criar, então, uma dicotomia entre liberar/legalizar o uso e controlar o abuso/ uso nocivo.

Um notável exemplo dessa dicotomia se observa no Brasil, visto que o álcool é a “droga” lícita mais utilizada e consumida no país e, ao mesmo tempo, a que mais causa conseqüências danosas aos seus usuários em médio e longo prazo. Contudo, como sua indústria é de extrema importância fiscal dentro e fora do país, essa “droga” é uma das que menos sofre sanções no campo legal e social. Como já demonstrado, o consumo de marcas de cervejas no país representou, em dados de 2014 (<http://www.istoedinheiro.com.br/noticias/negocios/20150417/marcas-mais-valiosas-brasil-2015/252143.shtml>), índices expressivos de consumo e, por conseguinte, de arrecadação de impostos, por exemplo, através do Imposto sobre Operações Relativas à Circulação de Mercadorias e sobre Prestações de Serviços de Transporte Interestadual (ICMS).

Ainda sobre a proibição do álcool nos EUA, Salles (2013) salienta

em apertada análise dos efeitos da proibição, ficou claro que o controle do uso pode contribuir para diminuí-lo e proteger a saúde pública. Todavia, por outro lado, controles excessivos podem ter efeitos indesejados tão grandes a ponto de não compensar a sua aplicação (p. 15).

Assim, o que se mostra evidente é que nos encontramos na dicotomia entre as “velhas” políticas proibicionistas das “drogas” e, ao mesmo tempo, a persistência de uma ideologia capitalista que visa, antes do sujeito, o lucro que esses oferecem ou podem vir a oferecer às indústrias. Assim, buscar compreender a oposição velho *versus* novo nos auxilia a vislumbrar possíveis saídas para o imbróglio que vivemos em nossa sociedade nos dias atuais. Salles (2013) aponta, com relação às “drogas” ilícitas no Brasil, que “a

legalização não é a cura para tudo, mas nos permite encarar os problemas criados pela proibição. É chegada a hora de uma política pragmática e eficaz sobre drogas” (p. 116).

2.2- As novas políticas sobre “drogas” no Brasil: cenário atual

Antes de iniciarmos nossa discussão sobre a Lei nº 10.409/02 e suas sucessoras, temos uma Lei que deve ser mencionada, uma vez que se trata daquela que, de certa maneira, regula a internação de usuários de serviços de saúde mental no Brasil e acaba por abarcar em seu bojo também os usuários de álcool e outras “drogas”. Trata-se da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

Essa Lei, promulgada doze anos após a apresentação de seu primeiro projeto (PL nº 3657/89), pelo então Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG), traça algumas direções sobre as internações e sobre a criação de serviços substitutivos aos manicômios mentais. Dentre as inúmeras direções da Lei, cabe mencionar aqui aquelas que dizem respeito às internações voluntárias, involuntárias e compulsórias, que diz que:

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;

II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e

III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Art. 9º A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários (Brasília, 2001).

Nosso interesse em mencionar a regulação das internações no Brasil se faz por uma dupla vinculação: a primeira diz respeito ao nosso objeto de estudo desse item, isto é, as políticas sobre “drogas” atuais e seus aspectos históricos, uma vez que, como dito anteriormente, a vinculação entre usuários de “drogas” e usuários de serviços de saúde mental é estreita, o que pode ser ilustrado através do documento do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) (2013)

Cronistas como Lima Barreto nos dão conta de que a internação manicomial nos estabelecimentos públicos, figurou, ainda que indistinta, como um tipo de resposta às condições em que o uso problemático do álcool era alçado à condição de um “problema de saúde” e “de grave descontrole pessoal”, entendido com o viés de uma patologia incluída no campo “dos nervos”, ainda que nunca desfeita completamente a sua inscrição no campo moral (p. 58).

Nesse sentido, mencionamos a Lei nº 10.216/01 antes de mencionar as Leis estritamente relativas ao campo das “drogas” pelo fato de que ambas legislações apontavam para um mesmo norte que se desfez no decorrer da história, mas que permanecerão, inegavelmente, atreladas em sua origem e estruturação no campo prático-assistencial até os dias atuais. Isso pode ser observado através da aprovação da Portaria Ministerial nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 (PM 336/ 02), que prevê a criação dos Centros de Atenção Psicossocial para usuário de álcool e outras drogas (CAPSad), modalidade II, como sendo um “serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes” (s/n).

Dessa maneira, evidenciamos o paralelismo entre as legislações sobre “drogas” e sobre “saúde mental”, quando podemos observar a criação dos CAPSad através da PM 336/ 02 que vem, justamente, criar e regular os serviços substitutivos indicados na Lei nº 10.216/01 do Deputado Paulo Delgado.

A Lei nº 10.409, criada em 11 de janeiro de 2002 foi a primeira Lei que se seguiu a de nº 6.368/76, criada no período da ditadura civil-militar no país. A referida Lei, chamada “Lei Antidrogas” trazia ainda em sua essência aspectos de controle e coerção ao uso de “drogas”, pois todos os seus vetos⁶ faziam referência à Lei 6.368, que vigorou no país por 26 anos.

No mesmo ano de 2002, como aponta o documento do CREPOP (2013)

⁶ Sobre os vetos mencionados, é possível encontrá-los através do link: <http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10409.htm>

o Ministério da Saúde passa a implementar o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (Brasil, 2003), reconhecendo o problema do uso prejudicial de substâncias como importante problema de saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção às pessoas que fazem uso de álcool ou outras drogas, situada no campo da saúde mental (p. 63).

Três anos após a implementação da Lei e criação do Programa (que está no interior da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas - PAIUD), em 27 de outubro de 2005, é criada pelo então Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), a Política Nacional sobre Drogas (PND), que traça diretrizes de atuação na atenção aos usuários de álcool e outras “drogas” em todo o território brasileiro. Essa política, embora criada por um conselho que se nomeia *antidrogas*, contempla algumas direções de atuação que vão ao encontro do que até então havia como prerrogativa e que, como já mencionado, apontava mais para uma reprodução estrangeira de uma “guerra às drogas” do que para, de fato, um enfrentamento da questão sobre as “drogas” no âmbito nacional.

Dentre as direções que consideramos vanguardistas em relação às políticas vigentes até o momento, podemos citar:

- 1 - Tratar de *forma igualitária, sem discriminação*, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas;
- 2 - Buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as *atividades e organizações criminosas* que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros;
- 3 - Garantir o direito de receber *tratamento adequado a toda pessoa* com problemas decorrentes do uso indevido de drogas;
- 4 - Priorizar a prevenção do uso indevido de drogas, por ser a intervenção mais eficaz e de *menor custo* para a sociedade;
- 5 - Não confundir as *estratégias de redução de danos* como incentivo ao uso indevido de drogas, pois se trata de uma estratégia de prevenção;
- 6- Intensificar, de forma ampla, a cooperação nacional e internacional, participando de fóruns sobre drogas, bem como estreitando as relações de colaboração multilateral, *respeitando a soberania nacional*⁷ (Brasília, 2005).

Desse modo, passamos à Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, que revoga as Leis nº 6.368/76 e 10.409/02. Essa Lei é a que vigora no país até o presente momento e que, de certa forma, atende a inúmeras finalidades de uma Lei (e sua aprovação), uma vez que ela

Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (s/n).

⁷ Todos os grifos em itálico são nossos e marcam algumas diferenças e contradições entre o que já mencionamos até o momento e as direções da Política, que apontam numa direção de respeito à dignidade do usuário e às ações direcionadas ao mesmo.

Nesse sentido, a criação de tal Lei acaba atendendo a uma série de convocações que vão desde o chamado da saúde pública até o chamado dos proprietários de grandes organizações privadas com vistas ao atendimento e internação do usuário de álcool e outras “drogas”. Esse, nos parece, é o fio divisor da elaboração das políticas nacionais, uma vez que é garantida a dupla participação (público e privado) na elaboração e implementação de serviços de saúde em todo território nacional. Desde a criação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/90), que diz em seu parágrafo segundo que *a iniciativa privada poderá participar do SUS, em caráter complementar (s/n)*, está garantida a possibilidade de participação dos interesses públicos e privados. Nota-se que esta lógica se reproduz nas políticas públicas sobre álcool e “drogas”.

De acordo o documento do CREPOP (2013),

Neste contexto é que pode falar, no Brasil, da constituição de um campo de cuidados sistemático ao uso abusivo de drogas, capitaneadas pelo álcool – para além das práticas dos grupos de autoajuda tais como os AA (Alcoólicos Anônimos) -, focado na prática da internação em hospitais psiquiátricos. Origina-se aí a disseminação da lucrativa prática da “internação para desintoxicação” que levou o alcoolismo à persistente condição, durante toda a década de setenta, de terceira causa principal de internação hipertrofiada rede manicomial privada, agora financiada com os recursos previdenciários (p. 59).

Vale ressaltar que, embora estejamos nos utilizando de uma citação que versa sobre a realidade na década de 1970, ainda assim a utilizamos pelo fato de que ela condiz tanto com a Lei que vigorava na época (nº 6.368/76) quanto pela criação do SUS (1990) e pela condição atual. Existe, de fato, uma diferença: ao invés de manicômios, existem outros dispositivos complementares à RAPS, mas que assumem o mesmo lugar dos manicômios em algumas medidas: na privatização da assistência à saúde, no afastamento do tratamento no território⁸ e na lógica da abstinência do uso.

2.3– Os fracassos que ensejam em guerra

Ao pensarmos sobre a “guerra às drogas”, necessitamos remontar brevemente à origem desse imperativo e seus condicionantes e determinantes para compreendermos a partir de onde surge e qual o status dessa “guerra” atualmente.

⁸ De acordo com a PM 336/02, o CAPSad deve realizar: sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; - visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social. Todos itens relacionados à vida do sujeito em seu território de referência e pertença – o contrário de isolá-lo em um ambiente de tratamento afastado de seus laços e vínculos.

A idéia da “droga” como algo passível de ser proibido é muito bem pontuada por Carneiro (2002)

O estatuto do proibicionismo separou a indústria farmacêutica, a indústria do tabaco, a indústria do álcool, entre outras, da indústria clandestina das drogas proibidas, num mecanismo que resultou na hipertrofia do lucro no ramo das substâncias interditas. No início do século, a experiência da Lei Seca, de 1920 a 1934, nos Estados Unidos, fez surgir as poderosas máfias e o imenso aparelho policial unidos na mesma exploração comum dos lucros aumentados de um comércio proibido, que fez nascerem muitas fortunas norte-americanas, como a da família Kennedy. O fenômeno da Lei Seca repete-se no final do século XX, numa escala global, com a dimensão gigantesca de um comércio de altos lucros, gerador de uma violência crescente. O consumo de drogas ilícitas cresce não apesar do proibicionismo crescente, mas exatamente devido ao mecanismo do proibicionismo, que cria a alta demanda de investimentos em busca de lucros (p. 116).

Nessa direção, dois eventos (que já foram mencionados anteriormente) merecem destaque como anunciadores da “onda proibicionista” no mundo, capitaneados pelos EUA, quais sejam: a Convenção Internacional do Ópio, em 1909 e a de Haia, em 1911⁹. A Conferência de Shanghai (1909) reuniu 13 países para tratar da questão do Ópio Indiano infiltrado na China não produzindo resultados práticos; em 1911, acontece a primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia e, em 1912, a primeira Convenção Internacional do Ópio que

Resultante da Conferência de 1911 e popularmente conhecida como a “Convenção do Ópio”, regulamentou a produção e comercialização da morfina, heroína e cocaína. Foi prejudicada em sua execução pela Primeira Guerra Mundial, entrando em vigor apenas em 1921 (<http://www.imesc.sp.gov.br/infodrogas/convenc.htm>).

Ambas Convenções repercutiram numa mudança de posição dos EUA diante o uso de “álcool” em seu país, contribuindo diretamente para a instauração da Lei Seca ou Lei Volstead, que de acordo com Toscano e Seibel (2001), *entrou em vigor em 1920 naquele país, embora a proibição às bebidas alcoólicas já vigorasse desde 1918* (p. 16).

Esse fato se mostra interessante na medida em que a proibição da comercialização e uso do álcool ensejou um aumento da curiosidade e interesse em se descobrir novas “drogas”, gerando crescimento no arcabouço científico sobre outras modalidades de substâncias psicoativas.

Por outro lado, a conseqüência inequívoca da proibição da venda de álcool nos EUA, assim como em muitos outros países, de acordo com Toscano e Seibel (2001) *foram as*

⁹ Mais tarde na história das “drogas” no mundo, haverá outras três convenções de grande relevância internacional, sendo elas: a Convenção Única sobre Entorpecentes, de 1961; a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971; e a Convenção contra o Tráfico ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas, de 1988 (<http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>).

repercussões desastrosas ao acabar favorecendo o crime organizado através da lucrativa venda clandestina de bebidas alcoólicas (p. 16).

Podemos observar que o resultado não é diferente (a consequência da proibição), mesmo que a justificativa dela seja ímpar em cada país, estado ou nação. Ao nos remontarmos à versão brasileira da proibição, podemos observar, de acordo com o CREPOP (2013) que

é possível compreender a condição de um verdadeiro “pânico moral” que se encontra estabelecido, no âmbito da sociedade brasileira, quando se trata do tema das drogas e que a recentíssima questão da presença do *crack* faz acentuar. O “crackeiro” seria apenas o sucessor, na linha evolutiva das substâncias vitimadoras, do “cachaceiro” e do “maconheiro” que lhe antecederam nessa história de violência e dominação, na qual a miséria econômica associada à marca de raça e de classe, antecipa o risco de desenvolvimento da miséria moral, condição de uma desqualificação plena daqueles indivíduos que não foram “fortes o bastante”, “resilientes” e “sucumbiram ao mal” (p. 24).

Essa citação nos indica que a proibição, seja do *crack*, do álcool, da maconha ou da cocaína sugere uma conformação histórica que tanto diz das questões macrossociais quanto das microssociais, como no caso de nosso país em que a proibição da maconha aponta para mais uma forma de estigmatização e manutenção do preconceito contra a cultura afrodescendente.

Diante dessa realidade, reiteramos nossas questões diante do quadro que se desenha atualmente: quem faz a guerra? A quem se dirige essa guerra? O que ela pretende?

Estamos diante de grandes contradições, seja no campo legal (política de Redução de Danos *versus Crack*, é possível vencer); no campo ideológico (“droga” faz mal *versus* “droga” não faz mal); no campo ético (o desejo de se tratar *versus* o direito de utilizar “drogas”); no campo econômico (financiar comunidades terapêuticas *versus* financiar serviços públicos – política pública); no campo social (isolar para tratar *versus* tratar em liberdade).

Nesse sentido, Salles (2013) afirma *que a principal atração política da retórica da guerra contra as drogas, e as políticas que se seguem, é que ela permite que o governo pareça forte e ativo em um problema que o público se preocupa* (p. 52) o que é contraposto com o fato de que *lugares como Holanda, Suíça, Portugal e Austrália não demonstraram uma explosão do uso e dependência de drogas, que é o grande medo que sustenta o discurso da guerra às “drogas”*.

Salles (2013) reafirma o impacto que um discurso que difere do vigente traria como resultado, salientando que

Uma série de proposições difíceis têm de ser vendidas para o público – que o sistema atual (que todos nós temos apoiado política e financeiramente) não está funcionando; que a melhor estratégia envolve a gestão dos mercados e uso de drogas, porque eles nunca serão completamente erradicados; e que essa abordagem envolve ser mais tolerante com produtores, distribuidores e usuários de drogas. O apoio para estas proposições requer que o público aceite e compreenda a complexidade da política, enquanto que sempre haverá outras vozes reiterando a simples mensagem de que “se reforçarmos o combate eventualmente venceremos” (p. 55).

Nessa direção, de acordo com o exposto acima, Salles (2013) nos auxilia na compreensão de que se trata de uma relutância e uma resistência dos próprios governos em reconhecer que a guerra que financiamos não tem apresentado sinais de eficácia ou sucesso. Desse modo, notamos que a “guerra” é feita pelos governos, sustentada também por esses e por suas vinculações econômicas com diferentes setores e estratos, como as indústrias farmacêuticas, por exemplo. Entretanto, nossa última questão aponta para a real problemática das políticas sobre “drogas” no Brasil: quem ou o quê ela pretende combater?

A guerra às “drogas” brasileira pretende combater ao usuário, representante de toda a responsabilidade pelo seu uso/abuso e sofrimentos decorrentes desta condição? Ela anseia, então, combater aos mantenedores do tráfico ‘no varejo’, que são também pessoas comuns, que pagam seus impostos, vão à supermercados e shoppings?

De acordo com Bucher (1992)

O célebre “combate às drogas” não passa de uma fantasia, quando pretende erradicar as substâncias psicoativas da vida social, como se elas fossem algo ocasional e supérfluo, um mal acrescentado por fora e não inerente à sociedade. Tratadas dessa forma, as drogas transformam-se em um mito carregando uma série de não-ditos – e todo mito tem uma função social, seja tão somente aquela de bode expiatório (p. 3).

A afirmação de Bucher nos indica, mais uma vez, o indiscutível insucesso dos governos em sustentarem e financiarem suas guerras às “drogas” e do caráter mítico que as “drogas” assumem nessa relação. Nesse sentido, desconsideram o usuário dessa substância, o contexto em que esse sujeito se insere e as condições que a nação oferece para que o uso dessa ou daquela “droga” se estabeleça de modo doentio ou não-saudável.

Ainda de acordo Bucher (1992), existem seis princípios que devem ser levados em consideração ao se elaborar uma política sobre “drogas”, quais sejam:

- 1 – A questão das drogas deve ser tratada fundamentalmente como um problema de saúde pública;
- 2 – A abordagem do problema deve ser ampla e totalizada, contemplando tanto as drogas lícitas quanto as ilícitas;

- 3 – As políticas em relação às drogas devem ser integradas às políticas sociais gerais;
- 4 – As ações para enfrentamento do problema devem respeitar as particularidades históricas, sociais e culturais do país e das suas regiões;
- 5 – A viabilização dos programas depende da participação de toda a sociedade;
- 6 – As políticas em relação às drogas devem ser baseadas no conhecimento científico sobre o tema. (pp. 4-5).

Partindo desses princípios, podemos observar que, embora o autor os tenha indicado em 1992, o país ainda não conseguiu se atentar a elas ainda de modo a conquistar grandes avanços, visto que as investidas no campo das “drogas” ainda apontam para direções contraditórias no campo da saúde, social, legal, histórico e ideológico.

Ficam dois campos que merecem destaque, se a velocidade da internet no mundo contemporâneo permite que a população tenha acesso a uma gama de informações de modo rápido, em que passo está a formação dessa mesma população para organizarem e compreenderem tudo o que lêem?

É fato que informar e formar são objetos distintos, porém, não se pode descartar a importância da facilidade de acesso a dados produzidos por entidades como o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID), o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) e tantas outras como as Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos (FNDDH), a Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH) e a recém criada Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas (PBPD).

Entretanto, do mesmo modo que podemos elencar inúmeros *sites* e endereços eletrônicos que publicam informações baseadas em evidências de pesquisas sobre o campo das “drogas”, também se pode ter acesso a *sites* que evidenciam o caráter capitalista de apropriação do sofrimento do usuário de álcool e outras “drogas” como fonte de renda, através das inúmeras propagandas de oferecimento de tratamento em clínicas particulares. Vale ressaltar que não nos cabe aqui avaliar a eficácia dos serviços destas “clínicas” mas, sobretudo, apresentar o caráter democrático com que as informações estão disponibilizadas à população.

Nesse sentido, o que se mostra questionável é o fato de que estamos tratando do país que ocupa o 8º lugar em analfabetismo (<http://tvuol.uol.com.br/video/brasil-e-o-8-pais-com-mais-analfabetos-04028C9B3666D0C14326/>) e, sendo assim, esses dados apontam um espectro não muito animador diante da condição da população em ter formação capaz de auxiliá-la na compreensão dos vieses e entrelinhas que algumas políticas, ações governamentais e propagandas de governo podem ocultar. É preciso ressaltar que nossa observação não se pretende preconceituosa àqueles/as que não

passaram pelo processo educacional regular brasileiro, sob hipótese alguma. Tentamos esclarecer como e por que ações como as que estamos acompanhando no país ainda têm se mostrado viáveis e bem aceitas.

Entre as notícias que podemos observar no *site* do programa governamental “*Crack, é possível vencer*” está a de que estão abertas mais de 4 mil vagas para usuários de *crack* em comunidades terapêuticas nos 183 convênios celebrados com as mesmas, onerando aos cofres públicos cerca de 51 milhões até o presente momento (<http://www2.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>). Aos olhos de alguns, essa notícia pode parecer bastante animadora.

De modo sucinto, podemos vislumbrar que a “guerra” se pretende contra o usuário, que deve ser afastado dos olhos da sociedade através de seu asilamento. Esse isolamento/asilamento, é realizado, preponderantemente, pelas CT, às quais o Governo Brasileiro tem privilegiado o financiamento, como mencionado acima. Assim, nos parece que quem propõe a “guerra” e se dispõe a ela é o Estado brasileiro, atualmente representando (nas políticas sobre “drogas”) pelo Ministério da Justiça (MJ) através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). Em nosso sexto capítulo, das entrevistas, poderemos observar como essas colocações tomam acento, através das falas dos entrevistados, e nos dão a entender que os beneficiários dessa “guerra” são os proprietários, arrendatários e envolvidos nessas CT que, como na ação governamental de Minas Gerais, “Aliança pela Vida”, são aqueles que recebem os benefícios financeiros.

3 – Os modelos de atenção à saúde do usuário de álcool e outras “drogas”

No terceiro capítulo de nosso texto, abordaremos os modelos de atenção aos usuários de álcool e outras “drogas” no Brasil e para tal iremos buscar referências tanto na Reforma Sanitária quanto na Reforma Psiquiátrica Brasileiras, que são pilares estruturais do SUS no campo ético, político e ideológico. Nessa direção, abordaremos a PRD, criada no bojo da abertura política do país e que representou (e representa) uma ruptura aos modelos vigentes até sua criação. Para ilustrar algumas ações de RD e a importância das mesmas, abordaremos o trabalho realizado na década de 1990 com UDI e o sucessivo surgimento do *crack* no Brasil, construindo a ligação entre ambos.

Seguindo nosso itinerário de escrita, abordaremos, ainda neste capítulo, um modelo de atenção centrado nas denominadas ‘comunidades terapêuticas’, fazendo um contraponto entre as “novas” e as “velhas”. Essa distinção não é tão somente circunstancial, mas revela uma posição que distingue o surgimento das chamadas comunidades terapêuticas em alguns países do mundo e no Brasil. Isso não implica nos colocarmos como favoráveis a essa ou aquela posição, mas como uma espécie de historiadores dessas instituições e, por conseguinte, construindo uma análise que nos permite vislumbrar o impacto das políticas atuais na realidade brasileira, criando condições para o estudo de caso da “Aliança pela Vida”.

3.1 – A Redução de Danos como estratégia: os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) e o *crack*

Hoje se sabe que o uso de “drogas” injetáveis no Brasil nas décadas de 1980 e 1990 foi alto e, juntamente com o alto número de UDI, também era alto o número de comorbidades advindas desse uso, como é o caso das DST. *A estimativa é que, na década de 1990, existiam mais de cinco milhões de UDI no mundo* (Carvalho, Bueno & Projeto Brasil, 2000). Esse número se justificava pelo fato de que as “drogas” injetáveis (cocaína e heroína) eram muito caras, mas sua injeção acabava por reduzir os custos da “droga”, visto que era necessária uma menor dosagem e, ao mesmo tempo, a via endovenosa causava efeitos mais rápidos que por inalação.

Vale ressaltar que a Lei que normatiza as políticas de “drogas” no país data de 2006 e, na década de 1990 (época do início do trabalho de RD no Brasil), a Lei então vigente era a Lei nº 6.368, de 1976, ou seja, uma Lei elaborada durante o período da ditadura civil-

militar no país (1964-1984). Isso aponta a forte resistência encontrada para a execução do trabalho dos RD que iam para as ruas ao encontro dos UDI a fim de oferecerem escuta, apoio, e se possível, a troca de seringas usadas por novas ou, ao menos, a limpeza da seringa com material antisséptico adequado.

Faz-se necessário ressaltar que a escolha de estudar e escrever sobre os UDI esbarra e está correlacionada diretamente com o tema da pesquisa desenvolvida, uma vez que o tratamento dos usuários de “drogas” era muito restrito às entidades privadas e, nesse sentido, poucas eram as famílias que tinham condição de internar seus entes em clínicas particulares, visto que, em 1990, o SUS estava ainda sendo aprovado.

De acordo com Delgado et al (2007), é apenas após a promulgação da Lei Paulo Delgado (Lei nº 10.216/01) que vemos um avanço na rede de atenção ao sujeito que sofre mentalmente ou devido ao abuso de “drogas”, ressaltando que

Neste mesmo período, o processo de desinstitucionalização de pessoas longamente internadas é impulsionado, com a criação do Programa “De Volta para Casa”. Uma política de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica é construída, e é traçada a política para a questão do álcool e de outras drogas, incorporando a estratégia de redução de danos (p. 42)

Esse dado já justifica, em parte, as mazelas de um contingente significativo de usuários de “drogas” que acabavam sendo internados em hospícios e manicômios mentais, como representam alguns filmes (brasileiros e internacionais) que reportam à temática das grandes internações psiquiátricas ou da drogadicção¹⁰. Desse modo, aqueles que habitavam (ou habitam) as ruas a fim de permanecerem no uso de suas “drogas” acabavam por estarem expostos a uma gama de vulnerabilidades, seja de contrair DST, seja da violência urbana, policial, entre pares e da própria violência que eram submetidos ao não ter um teto, um banheiro ou alguma forma de privacidade. Nesse sentido, o UDI, ainda por cima infectado com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), representava, na década de 1990, o que hoje identifica o usuário de *crack* mostrado pela mídia televisiva, ou seja, um sujeito des-humano, sem vida, que não demonstra volição, sem higiene, fétido, enfim, esse usuário é hoje o depositário de todo o escárnio que o capitalismo, perversamente, cria.

No entanto, existem algumas distinções entre momentos históricos e políticos que merecem destaque, como: no final da década de 1970 e início da década de 1980, o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira estava sendo iniciado através do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) de 1978 e a inauguração dos primeiros serviços de tratamentos abertos, como o CAPS Luís Cerqueira, em São Paulo,

¹⁰ Dentre esses filmes, podemos citar “Bicho de Sete Cabeças” (2000); “Réquiem para um Sonho” (2000); “Maria Cheia de Graça” (2004); e “Transpotting” (1996).

em 1987, e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), em Santos, em 1989 (Delgado et al, 2007, p. 40).

Da mesma forma, no campo legal, em 1989, o Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG) apresentava no Congresso Nacional seu Projeto de Lei (nº 3657/1989), que visava a extinção progressiva dos manicômios e a abertura de serviços substitutivos aos mesmos, caracterizando *o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo* (Delgado et al, 2007, p. 41).

Vale lembrar que, três anos antes, em 1986, ocorreu a VIII Conferência Nacional de Saúde (marco na Saúde Pública, pois ali se esboçava o SUS) e havia uma grande mobilização social, uma vez que se estava saindo de um período ditatorial que assombrou o país por 20 anos. Um ano depois, instala-se no país a Assembléia Nacional Constituinte (ANC), em 1987, que culminou na Constituição de 1988, também chamada “Constituição Cidadã”.

No campo da saúde, a abertura política e a criação do SUS, promulgado apenas em 1990, mas já garantido na Nova Constituição de 1988 (artigos 196 a 200), possibilitaram não apenas a ampliação de participação política, mas também assistencial. A Lei Orgânica da Saúde trouxe em seu bojo os preceitos da Reforma Sanitária como pontos fundamentais de sustentação de um sistema único de saúde *sob o poder de controle social, exercido através dos “Conselhos Comunitários de Saúde”* (Delgado et al, 2007, p. 41).

Com as devidas diferenças em relação a atualidade, em que o SUS completa 25 anos de vida, ainda podemos apontar seus entraves, mas também suas conquistas.

No que tange ao UDI contemporâneo, que por todo o exposto, pode ser equiparado ao usuário de *crack*, o que se mostra hesitante nas ações direcionadas aos usuários de drogas parece ser a vinculação que o trabalho desenvolvido por Mesquita et al (2000) demonstra e que nos indica que:

Em nosso caso, o uso de drogas injetáveis e suas conseqüências adversas à saúde estão vinculados a um contexto social, econômico, político, religioso e individual, que difere de local para local, cultura para cultura e que, além de tudo, mudam com o tempo (p. 125).

Nessa direção, trazemos a trajetória dos UDI no Brasil devido à sua vinculação ao trabalho de RD nesse país, visto que, uma das conseqüências dessa atuação foi a queda no uso de “drogas” injetáveis, com sua subsequente redução no compartilhamento de seringas e outros instrumentos, assim como a conseqüente redução da chamada “epidemia de AIDS” na década de 1990 e nos anos seguintes.

Pode-se observar que outra consequência advinda da redução da oferta da cocaína em pó e de seu uso injetável foi a entrada da oferta do crack, seja por ser uma droga mais barata, seja pelo fato de que seu uso dependia de estratégias menos danosas quando comparado ao uso injetável e apresentava um efeito mais impactante. Essas questões serão mais bem exploradas a seguir.

3.1.1 - O aparecimento do crack

De acordo com Labigalini Junior (2000), o *crack* é uma “droga” derivada da cocaína, que chegou ao Brasil no início de década de 1980. A entrada dessa nova “droga” se deu através de muitos fatores, dentre eles, podemos citar seu baixo custo; a não disponibilidade da cocaína em pó (para ser inalada/ injetada); e o alto poder de dependência criado pelo seu uso. No que se refere aos seus efeitos, *quando a cocaína é fumada na forma de crack, o vapor aspirado é rapidamente absorvido pelos pulmões, alcançando o cérebro em 6 a 8 segundos [...] e quando cheirada, demora de 3 a 5 minutos para atingir o mesmo efeito* (SENAD, 2013, p. 200).

Nesse sentido, o *crack* acabou por sanar uma questão que concernia muito aos traficantes, visto que o vazio de oferta de cocaína em pó nas “bocas de fumo” acabou por forçá-los a oferecerem outra “droga” capaz de responder à demanda da clientela de usuários. De acordo com Labigalini Junior (2000), *isto se deveu, em parte, ao fato de muitos dependentes de cocaína inalada [...] não terem conseguido encontrar cocaína em pó em muitas “bocas de tráfico” onde antes a encontravam sem dificuldade* (p. 175).

Outro fator relevante aos traficantes dizia respeito ao fato de que o preparo do *crack* era mais barato e mais rápido já que não era necessário o refino da pedra para ser transformada em pó. Entretanto, seu uso também se caracteriza como sendo mais nocivo, uma vez que contém em seu preparo *querosene, ácido sulfúrico, metanol, ácido benzóico, produtos oxidantes desses solventes. Além de alcalóides residuais da coca* (Labigalini Junior, 2000, p. 175).

Nessa direção pode-se observar que, diferentemente das informações veiculadas pela mídia brasileira, a questão do *crack* não é uma “epidemia” que assola o país atualmente, sendo um problema de saúde pública que já compõe o cotidiano dos serviços de saúde há cerca de 30 anos. Não se trata de demonizar essa ou aquela “droga”, já que, em relação ao *crack*, por exemplo, ela compõe o cenário de uso desde a década de 1980 no país.

Assim, ao criar a propaganda de “epidemia do *crack*” e sua conseqüente “guerra ao *crack*”, a mídia acabou por desconsiderar todos esses dados e a real história dessa droga em nosso país, construindo muito mais uma falsa-notícia do que uma compilação de informações pautada em estudos. De acordo com Bucher (1992):

Este modismo, no entanto, é profundamente contraproducente para uma abordagem pertinente da questão, visto que os sensacionalismos e dramatizações exageradas, ou ainda os apelos emocionais ou moralistas duvidosos, apresentam um panorama distorcido e até caricatural que não se coaduna com a realidade deste consumo na sociedade brasileira (p. 1).

Vale ressaltar que esse autor já citava a questão do “modismo” midiático em 1992, quando não fazia parte do cenário midiático mais amplo, ainda, a questão do *crack*. Desse modo, o que podemos observar é a criação de um alvo e a subsequente criação de políticas, que justificam, principalmente, seu financiamento. Sendo assim, ao estabelecer esse tipo de política, criam-se bodes-expiatórios aos quais se possam depositar todas as mazelas da sociedade brasileira e mascararmos aquilo que, de fato, devemos combater como a corrupção, por exemplo. O que o Governo não leva em consideração é que ser brasileiro já nos garante um modo bastante peculiar de ser e sofrer.

Foi, então, dessa forma que se construiu, no Brasil, o discurso de “guerra às drogas” e, mais recentemente, de “combate” ou “guerra” ao *crack*, visto que essa é a “droga da vez”.

Vale ressaltar, apenas como caráter ilustrativo, que a “droga” que já ocupou os noticiários brasileiros, em outro momento histórico, foi a maconha, como podemos observar no documento do CREPOP (2013)

deste modo é possível afirmar que o hábito do uso fumado da maconha era um componente étnico-cultural relevante que compôs o cenário da escravidão brasileira, mas que, com a abolição da escravatura, passa a se configurar como um elemento socialmente ameaçador pela sua difusão presente entre os grupos de jovens afro-descendentes que formavam as maltas de capoeiristas e animavam os maculelês e candomblés, ensejando as ações de combate aos mesmos pela força policial (p. 22).

O que se pretende na afirmação acima é elucidar como a questão das “drogas” no Brasil se mostra contraditória e constringedora ao estado, já que seu discurso de “epidemia do *crack*” não condiz com a realidade; seu discurso de que a maconha é maléfica não é baseada em estudos robustos.

Entretanto, se formos analisar os danos causados pelo álcool ou os gastos dos cofres públicos com doenças provenientes do abuso de tabaco, observaremos que sua guerra não faz sentido e não condiz com o que, de fato, se apresenta como um problema de saúde

pública. Desse modo, reiteramos as questões que contornam nosso trabalho: quem faz a guerra? A quem se dirige essa guerra? O que ela pretende?

3.2 – As velhas Comunidades Terapêuticas

O termo Comunidades Terapêuticas tem difícil localização no tempo, sendo citado pela primeira vez, de acordo com De Leon (2003) por *Fílon de Alexandria (25 a.C.-45 d.C.)*, quando este descreve um grupo que vivia em Alexandria, no Egito (p. 16).

De acordo com Melo (2013), o termo comunidade terapêutica foi utilizado pela primeira vez em 1946 por Thomas Main, tratando-se de um *dispositivo de reorganização e de manutenção do hospital psiquiátrico* (p.109).

Optamos por realizar uma distinção que aponta duas definições de CT: as CTs atuais (termo para nos referirmos às CT para tratamento de usuários de “drogas”) e originárias (termo para nos referirmos às CT psiquiátricas). Nosso esforço de distinção entre ambas se faz em função de que o uso de mesma nomenclatura para atuações e intervenções tão distintas nos parece problemático e, ao mesmo tempo, localiza nossa posição. Nesse sentido, então, as CT atuais se distanciam e se aproximam em diversos aspectos das CT chamadas por nós de originárias e buscaremos apresentá-los ao longo do texto.

Um dos aspectos que justificam nossa diferenciação diz respeito àqueles que sofrem a intervenção do ambiente, isto é, seus usuários e familiares, que acabam por acreditar que esses serviços serão comunitários (mesmo que entre os internos da instituição) e terapêuticos (o que não significa exigir abstinência como critério para manter-se em tratamento).

Desse modo, pretendemos ilustrar como a utilização de um mesmo nome para metodologias e ideologias distintas pode causar uma grave mudança numa realidade, neste caso, a realidade dos usuários de “drogas” brasileiros, hoje.

Para nortearmos a discussão sobre o surgimento do termo Comunidade Terapêutica nos utilizamos da definição de De Leon (2003) em seu livro “A Comunidade Terapêutica”, em que ele faz a distinção entre dois grandes segmentos de CT: um no campo da psiquiatria social e outro no campo da dependência química¹¹. Desse modo, o autor aponta

¹¹ Faz-se necessário ressaltar que o autor deste não se utilizará desse termo em seu texto, uma vez que o considera impertinente à questão do uso de “drogas”, visto que, a dependência química é algo inerente ao humano, quando se depende de proteínas, carboidratos etc. Todas essas são dependências químicas e não podem, nem devem, ser colocadas na mesma classe de definições.

quatro subdivisões da definição de CT, sendo elas: (1) aquela dedicada à saúde mental, (2) a denominada democrático-psicanalítica, (3) a baseada em conceitos e (4) a antipsiquiátrica.

A CT dedicada à saúde mental é considerada a primeira aplicação desse método de trabalho e, segundo De Leon (2003), *surgiu na Grã-Bretanha no curso dos anos 1940* (p.14). Vale ressaltar que entre a primeira e a segunda definição de De Leon, há pouca diferença, visto que, na obra consultada, não se evidenciam quais os predecessores da CT de Maxwell Jones (1952/1972). Essa CT obteve grande sucesso em sua implementação, pois salienta e põe em discussão a possibilidade de tratamento aos internos do Maudsley Hospital de modo distinto do que até então se prescrevia, estabelecendo uma relação entre a instituição e os pacientes de modo cooperativo e percebendo melhoras nos quadros diagnósticos dos internos como consequência do diálogo. Jones cunhou o termo *aprendizagem ao vivo* no intuito de demonstrar que, ao engajar os internos do hospital em atividades que diziam respeito às suas vidas cotidianas, esses apresentavam melhoras, na medida em que, ao invés de serem apenas “pacientes”, os sujeitos eram corresponsáveis tanto pela dinâmica e manutenção cotidiana do hospital quanto pelo seu tratamento (Jorge, 1997).

Desse modo, o terceiro segmento descrito por De Leon, as CT baseadas em conceitos, são as CT de tratamento de “dependência de substâncias” e se enquadram nas instituições em que esse próprio autor tem maior trânsito e reconhecimento.

O último segmento descrito por esse autor são as CT antipsiquiátricas, que têm como representantes Ronald Laing, David Cooper e Aaron Esterson, arautos da antipsiquiatria. A CT antipsiquiátrica mais reconhecida historicamente foi a coordenada pelo médico Ronald David Laing (1927-1989), chamada Kingsley Hall, em Londres. Essa comunidade, fundada em 1965, era uma casa aberta em que os usuários tinham o direito de ir e vir de acordo consigo mesmos, sem a figura de um líder ou um chefe que os ditasse ordens, uma vez que Laing acreditava que a causa do sofrimento psíquico era, muitas vezes, oriundo dos rígidos padrões familiares daquela época.

De acordo com o jornal britânico “The Guardian”, a eclosão de contestações, seja das estruturas hospitalares, dos tratamentos ou do que se chamava saúde ou doença mental, devia-se ao fato de que a grande movimentação da contracultura permitia e chancelava tais atitudes. A Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD), por exemplo, era permitido, e várias pessoas, entre eles o próprio Laing, o utilizou (<http://www.theguardian.com/books/2012/sep/02/rd-laing-mental-health-sanity>).

A Kingsley Hall durou de 1965 a 1970, quando começa pelo mundo uma série de repressões e investidas proibicionistas em relação às “drogas”. Vale ressaltar que esse não é o fator crucial ao fechamento de Kingsley Hall, mas sua decadência se dá em função de sua própria característica, isto é, de acordo com Sales (1977) *fechando as suas portas, num fracasso total de casa abandonada pela própria desorganização e incúria de administração que não possuía, entregue àqueles que não podiam dirigi-la* (p. 87).

Houve também uma CT em Buenos Aires, chamada Peña Carlos Gardel, dirigida por Alfredo Moffatt no interior do Hospital Nacional *Borda*. Essa CT também durou pouco tempo, sendo iniciada em 1971 e encerrada em 1973 pela direção do Hospital que a via como risco para a “melhora” de seus clientes, visto que havia assembleias, “mateadas”, danças e colaboração a partir da CT, o que não era bem-visto para um local que servia como depósito humano (Moffatt, 1980).

De acordo com Moffatt (1980), o manicômio é:

“lata de lixo psicológica” [...] e, além disso, não é plenamente eficiente, pois a loucura que se deposita imaginariamente num hospício não desaparece da sociedade, e negá-la nos impede de enfrentá-la e, quem sabe, de elaborá-la ou convertê-la em energia criadora (p.30).

Nesse sentido, as CT representaram uma abertura e uma ruptura com o modelo centrado na figura do médico e de seu suposto saber, para se tornarem uma construção e transformação conjunta e comunitária da realidade que se impunha tanto aos usuários quanto aos trabalhadores, visto que esses também se viam sob os ditames do saber médico.

Desse modo, a necessidade de distinguir e criar uma taxonomia para as CT se dá justamente pelo fato de que as CT originárias, pautadas no trabalho de Jones, de Laing ou Moffatt representaram a revolução e a transformação da lógica manicomial realizada por dentro do “monstro”.

Por esse motivo, não podemos deixar de trazer à tona esses trabalhos, reconhecê-los e, ao mesmo tempo, permitir que sejam colocados no mesmo bojo que as CT atuais, visto que se trata de métodos, modelos e práticas demasiadamente distintos.

3.2.1 - Histórico no Brasil – o verso e o reverso

Embora haja pouca referência sobre sua atuação e história, há registros de que a primeira CT brasileira (Comunidade Terapêutica da Clínica Pinel) tenha surgido em

meados da década de 1960 em Porto Alegre. Essa CT, dirigida por Marcelo Blaya se pautava nos princípios de uma CT como a de Jones.

No ano de 1967 é fundada a Comunidade Terapêutica da Seção Olavo Rocha dentro do Hospital Odilon Gallotti, que pertencia ao Centro Psiquiátrico Pedro II (CPPII), no Rio de Janeiro. Tal Seção vai funcionar nos moldes de uma CT, com projetos de trabalho e assembléias envolvendo toda a equipe da Seção, principalmente os internos do hospital, chamada pelos trabalhadores de *terapêutica do meio* (Santos, 1967).

Nesse mesmo ano acontece o VIII Congresso Brasileiro de Neurologia, Psiquiatria e Higiene Mental, em Porto Alegre/RS, onde Oswaldo dos Santos e Wilson Simplício (diretores da CT do Hospital Odilon Gallotti) apresentam seu projeto de trabalho à Marcelo Blaya, que dá seu aval de que aquele trabalho *possuía as características essenciais de uma comunidade terapêutica* (Melo, 2013, p. 108). A criação de tal Seção foi possível por diversos fatores, dentre eles a insatisfação com o modelo de tratamento preconizado nos hospitais da época. Além disso, a força e o reconhecimento que a Seção de Terapêutica Ocupacional (STO) dirigida por Dra. Nise da Silveira tinha, juntamente com a posição da direção do hospital, faziam com que tais intentos se mostrassem válidos, na medida em que os “pacientes” se mostravam mais adeptos ao tratamento, menos esquivados, além de mudar – completamente – o modo como as relações ali se pautavam, ou seja, agora elas se davam através do afeto¹².

Assim, a ideia básica da CT organizada no Odilon Gallotti indica que:

tanto a equipe como os pacientes estão conscientemente unidos para levar adiante o tratamento. Isto modifica a conduta habitual do paciente, uma vez que cooperando com a equipe como elemento ativo no seu próprio tratamento e no dos outros, ele intervém de forma direta nos diferentes aspectos operacionais da enfermaria (Santos, 1967. p. 284).

Desse modo, vale ressaltar que várias críticas foram feitas às CT pelo fato de que elas lidavam com sujeitos desorganizados psiquicamente e, por isso, teriam suas tarefas de ser controladas, pois colocavam os próprios sujeitos, além da equipe, em perigo – tratamento moral. Tal hipótese foi refutada diante do sucesso das CT, onde se pôde observar o contrário, isto é, na medida em que se deliberavam comunitariamente ações que o sujeito desejaria cumprir, sua organização psíquica e suas relações interpessoais tendiam a melhorar. Segundo Santos (1967):

¹² A Dra. Nise da Silveira cunha o termo “afeto catalisador” para demonstrar que pela via do afeto o tratamento acontecia de forma amena e sem a utilização de métodos invasivos aos pacientes, demonstrando que a psiquiatria clássica estava enganada com relação ao quadro de “embotamento afetivo” (Melo, 2001).

O estabelecimento da função ativa de um paciente e a transformação desta atividade em papel terapêutico é a base fundamental do procedimento comunitário. É evidente que as responsabilidades dadas aos pacientes são compatíveis com suas capacidades: mesmo em condições ótimas o doente não chega a receber todo o poder de decisão sobre os acontecimentos. A equipe de tratamento ou a sua autoridade fica, simplesmente, latente, podendo ser requerida a qualquer momento que se fizer necessária (p. 288).

A citação acima demonstra que a proposta de uma CT vai de encontro com a idéia de tratamento preconizada na lógica manicomial à época e, ao mesmo tempo, aponta o quão controversa é a manutenção do nome CT para o que se propõe como tratamento da drogadicção atualmente no Brasil. Nosso incômodo permeia justamente na manutenção do nome para práticas tão distintas que, na atualidade se resumem em segregar e alienar o usuário de álcool e outras “drogas” ao tratamento (quando faz-se a opção, por exemplo, pelas internações compulsórias e/ou involuntárias), ou seja, a mesma lógica manicomial. De acordo com Teixeira *apud* Melo (1993/2013):

O que queremos enfatizar é que elas [as comunidades terapêuticas] adquirem aqui um importante viés político, dentro de um contexto de questionamento global das estruturas sociais. Escapam à concepção essencialmente pragmática e funcionalista das experiências anglo-saxãs e norte-americanas. A comunidade terapêutica brasileira é pensada, na maioria das vezes, como um passo exemplar para uma transformação posterior que seria mais ampla (p.146).

Nesse sentido, o que podemos observar é o estabelecimento de um hiato ou de um fosso entre o que foi preconizado como comunidade terapêutica no passado e o que se estabelece como comunidade terapêutica atualmente, uma vez que se essas são as “velhas” comunidades, o que são as novas? O que tem sido nelas realizado? Quais são seus preceitos e objetivos?

3.3 – As novas Comunidades Terapêuticas

De acordo com o exposto até o momento, pode-se observar uma variação e, ao mesmo tempo, uma cisão entre o que se denominou e se produziu no que tange às comunidades terapêuticas e o que se produz e se denomina hoje. A fim de elencar alguns pontos que norteiam essa cisão, nos utilizaremos de dois quadros (Quadro 1 e Quadro 2) que distinguem, através de seus princípios, as diferenças entre ambas.

Quadro 1. Características da Comunidade Terapêutica Psiquiátrica.

Considera-se a organização como um todo responsável pelo resultado terapêutico.
A organização social é útil para criar um ambiente que maximize os efeitos terapêuticos, em vez de constituir mero apoio administrativo ao tratamento.
Um elemento nuclear é a democratização: o ambiente social proporciona oportunidades para que os pacientes participem ativamente dos assuntos da instituição.
Todos os relacionamentos são potencialmente terapêuticos.
A atmosfera qualitativa do ambiente social é terapêutica no sentido de estar fundada numa combinação equilibrada de aceitação, controle e tolerância com respeito a comportamentos disruptivos.
Atribui-se um alto valor à comunicação.
O grupo se orienta para o trabalho produtivo e para o rápido retorno à sociedade.
Usam-se técnicas educativas e a pressão do grupo para propósitos construtivos.
A autoridade se difunde entre os funcionários e responsáveis e os pacientes.

Fonte: Kennard (1983) apud De Leon (2003).

Quadro 2. Características da Comunidade Terapêutica para “Dependentes de Substâncias”.

Definições essenciais da CT	Definições funcionais ou metodológicas	Definições em termos de propósitos	Definições normativas	Definições históricas	Definições estruturais
A CT é um grupo de pessoas que, seguindo certos princípios interpessoais salientes, venceu em larga medida o sofrimento, produzidos pelo isolamento; pessoas que têm grande capacidade e desejo de ajudar outras pessoas antes alienadas a alcançar um claro sentido	A CT proporciona limites e expectativas morais e éticas de desenvolvimento pessoal; emprega o banimento potencial, o reforço positivo, a vergonha, a punição, o sentimento de culpa, o exemplo e o modelo de comportamento para fazer que ocorram a mudança e o desenvolvimento pessoais.	A CT tem por meta desenvolver um novo eu social e uma nova autodefinição; visa ao auto-aperfeiçoamento e à reinserção a partir de uma subcultura, na sociedade mais ampla; tem como alvo a reconstrução de um estilo de vida.	Confiança, cuidado, responsabilidade, honestidade, auto-revelação ótima, atenção amorosa.	As CT tem sido caracterizadas como advindas de antigas modalidades de movimentos apostólicos, do movimento de temperança moral e da AA.	Estrutura igualitária ou hierárquica, residencial ou não-residencial, com ou sem diferenciação de status, tamanho, tipos de membros, sistema aberto ou fechado, mobilidade vertical.

de fraternidade comunitária; trata-se de uma comunidade que inclui pessoas que se viram alijadas do comunitário e sabem como ajudar outras pessoas a voltar a esse convívio.					
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--

Fonte: Beschner (1977) apud De Leon (2003).

De acordo com os conteúdos evidenciados nas duas tabelas, pode-se observar as diferenças entre ambos, na medida em que o primeiro prevê o tratamento de forma integral, entendendo que não há uma prescrição *a priori* ao cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico, mas uma construção realizada de modo conjunto, de modo que se privilegie o diálogo e a comunicação.

Na segunda tabela, em que se evidenciam as características das “novas comunidades terapêuticas”, têm-se uma inversão metodológica em que o tratamento é pautado na *observação e correção de comportamentos inadaptados; o banimento potencial; a vergonha; a punição; o sentimento de culpa; o exemplo e modelo de comportamento etc.*

Vale ressaltar que esse tipo de concepção vai à contramão do que é preconizado, por exemplo, pela PRD no tratamento do usuário de “drogas”, já que o sujeito se encontra, muitas vezes, fragilizado, vulnerável, com indisposições clínicas e subjetivas em função do desgaste pelo uso ou abuso da droga, enfim, com diversas nuances que acabam por dificultar a adesão desse sujeito ao tratamento. Sendo assim, é contraditório tratar de um sujeito frágil através de *punição* ou pela infusão de um sentimento de culpa.

Nessa direção, as tabelas ilustram, além das diferenças objetivas do método de trabalho, a questão da espiritualidade (Quadro 2 – definições históricas), que se torna algo delicado quando se trata de prestação de serviços, ou seja, ao se ofertar um serviço de atendimento ao usuário de “drogas”, não se pode preconizar que o usuário aceite ou deseje professar determinada religião ou ter a religiosidade como princípio de tratamento, uma vez que, em muitos casos, a religião pode até ser um dos fatores de seu sofrimento.

Não temos aqui a pretensão de negar o caráter benéfico que algumas organizações religiosas exercem na assistência social aos usuários de “drogas” no Brasil, cumprindo, muitas vezes, o lugar que deveria ser ocupado pelas políticas públicas¹³. Entretanto, é preciso ressaltar o caráter negativo dessa assistência, no que tange, de acordo com Bucher (1992) *a querer salvar, querer convencer e recuperar as ovelhas desgarradas, podendo atingir, no extremo, o fanatismo messiânico de tantas seitas religiosas* (p. 323).

Nesse sentido, um dos grandes dilemas éticos das CT atuais, enquanto dispositivos assistenciais é, justamente, impor determinada orientação religiosa ao usuário de “drogas” ou pretender servir de modelo, como dito acima.

Essa é uma questão ético-política que esbarra na atuação do governo brasileiro em propor convênios com tais CT, uma vez que ainda não existem dados robustos que demonstrem a efetividade da atuação dos Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (ainda chamados COMAD – Conselhos Municipais Anti-Drogas) e os Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (ainda chamados CONEAD – Conselhos Estaduais Anti-Drogas) e sua capacidade de deliberar e fiscalizar as ações das parcerias e convênios entre Estados, Municípios e Entidades. Além disso, o princípio de laicidade do Estado Brasileiro fica fragilizado, visto que, se a entidade é financiada com verba pública, deve ser respeitada a religiosidade de todo e qualquer cidadão que ali se encontrar, sem privilégio de qualquer seita ou credo¹⁴.

Desse modo, o governo e a sociedade brasileira como um todo tem uma responsável tarefa neste momento que é a de não permitir que a laicidade do Estado seja desrespeitada (no aspecto macro) e, ao mesmo tempo, que aquele sujeito que é recebido numa CT também seja respeitado independentemente de sua religiosidade, até mesmo se ele não manifestar preferência religiosa alguma (aspecto micro). Faz-se necessária uma importante ressalva que diz respeito à laicidade do Estado, uma vez que ele próprio cria o imbróglio da possibilidade de seu desrespeito, visto que deveria ser critério de exclusão ou adesão ao financiamento aquelas entidades que não adotam a religião como recurso de

¹³ Bucher (1992) afirma que elas são numerosas e representam a maioria das entidades que tratam de problemas decorrentes do abuso de drogas. Organizados com fé, convicção e, não raramente, uma abnegação que exige respeito, elas preenchem uma lacuna grave no atendimento a dependentes de drogas e na propagação de idéias preventivas. Elas, sem dúvida nenhuma, são indispensáveis na situação atual do consumo problemático de drogas no Brasil (p. 322).

¹⁴ No período de fechamento deste texto foi aprovado o marco regulatório das CT, que prevê, dentre outras coisas a colocação dessas entidades como co-participes do sistema público de atenção ao usuário de álcool e outras drogas, através de sua inclusão no SISNAD, isto é, suas ações, dentre outros fatores, serão consideradas equivalentes às políticas públicas (<http://novo.teresinafm.com.br/ministerio-da-justica-aprova-marco-regulatorio-das-comunidades-terapeuticas/>).

tratamento. Nesse sentido, muito mais que as CT desrespeitarem o Estado laico, é o próprio Estado que negligencia esse preceito.

Nessa direção, o interesse do governo brasileiro em financiar serviços privados ao invés dos serviços públicos demonstra aquilo que Bucher (1992) salienta

No conjunto, deve-se concluir que existe no país uma séria falta de instituições adequadamente equipadas em recursos humanos, materiais e financeiros para atuar na prevenção ao abuso de drogas – o que reflete sem dúvida o vácuo existente, a nível governamental, quanto a uma política nacional de drogas claramente definida e coerente (p. 323).

A situação retratada acima, datada de 1992, é aqui resgatada propositadamente, uma vez que não temos uma alteração substancial, hoje, que nos faça distingui-la claramente da década de 1990, salvo alguns serviços como os CAPS ad e os Consultórios de Rua, mas que são, em número e financiamento, muito mais escassos que as CT.

Assim, ainda nos resta saber quais os interesses (explícitos e implícitos) do governo brasileiro, já que um dos serviços públicos preferenciais de atendimento aos usuários de “drogas” (CAPS ad) estão sobrecarregados e são poucos no Brasil.

O “Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil” localizou 1.798 CT no país, sendo 543 delas instaladas no estado de Minas Gerais, conforme dados de março/2013 (www.mapa-ct.ufrgs.br) ou seja, em torno de 30% das CT recenseadas encontram-se no estado de Minas Gerais.

Dos municípios mineiros, 158 estão realizando internações com mais 35 comunidades terapêuticas contratadas, contabilizando mais 570 vagas para internações. Ainda conforme notícia o Canal Minas Saúde, existem, atualmente, 166 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implantados, 33 CAPS ad e mais 16 CAPS habilitados em todo o Estado. Estes dados parecem-nos bastante contundentes com relação a constatar uma clara disparidade entre o fortalecimento dado às CT, no Estado de Minas Gerais, em comparação com os CAPS ad, dispositivo fundamental da RAPS.

Nesse sentido, o “Censo das Comunidades Terapêuticas” nos mostra que o número de CT é crescente e vertiginoso, o que contribui para uma disputa entre os serviços, já que a PPP acaba por promover não a complementaridade de serviços, mas a suplementaridade do privado sobre o público, o que deslegitima a Reforma Sanitária Brasileira e, no caso dos usuários de “drogas”, a intrínseca relação com a Reforma Psiquiátrica e a Luta Antimanicomial.

4– A realidade em Minas Gerais: a Aliança pela Vida

A ação governamental “Aliança pela Vida” foi lançada pelo governo do estado de Minas Gerais em 02 de agosto de 2011 pelo então governador Antônio Augusto Junho Anastasia (PSDB) e validada através do decreto 45.739, de 22 de setembro de 2011. O lançamento da ação naquele momento teve como objetivo central anteceder à política do governo federal “*Crack, é possível vencer*”, lançado em dezembro de 2011.

O interesse em anteceder a essa política se fez em função do governo mineiro se utilizar dessa antecipação a fim de marcar ponto na mídia e, mais ainda, propagandear a vanguarda do governo mineiro em construir e implantar ações antes mesmo do governo federal, salientando o pioneirismo do governo desse Estado. Entendamos aqui esse pioneirismo como interesse midiático na re-candidatura da sigla vigente no Estado.

Nessa direção, a ação governamental traz em seu bojo, de maneira sucinta, o projeto de fortalecer a Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas através de concessão de benefício à sua família e aos dispositivos da Rede Complementar, predominantemente, as Comunidades Terapêuticas. Em seu texto, o decreto salienta em seu artigo 4º:

O valor do benefício do “Cartão Aliança pela Vida” fica limitado a R\$30,00 (trinta reais) por dia de internação do usuário de álcool ou outras drogas.

§ 1º A família beneficiária poderá dispor diretamente de até 10% (dez por cento) dos valores que lhe forem creditados para fazer face, em caráter complementar, às despesas de atenção e visitação ao usuário interno.

Ou seja, se passados trinta dias ou um mês, dos R\$ 900,00 (novecentos reais) contabilizados, a família terá direito a R\$ 90, 00 (noventa reais) para utilizar como meios de se deslocar para visitar seu ente internado no dispositivo da Rede Complementar.

Nessa direção, o parágrafo 2º do artigo 4º aponta que “§ 2º ressalvado o previsto no § 1º, os valores creditados vinculam-se ao pagamento das despesas de internação e tratamento dos usuários de álcool ou de outras drogas, que serão **solvidas diretamente pelas famílias**, por meio de transação eletrônica”. [grifo nosso].

Nosso grifo se faz com o intuito de chamar a atenção para a primeira contradição do decreto, qual seja, que, em verdade, o que tem ocorrido é que a gestão do “Cartão Aliança” e, por conseguinte, da verba, tem sido gerida interinamente pela CT que recebe o usuário, ficando a família a mercê dos convênios realizados entre CT, Estado e município. Esses convênios se realizam do seguinte modo: o “Cartão Aliança” fica sob responsabilidade da CT, o Estado se responsabiliza por fazer o repasse mensal do recurso e

o município cumpre a função de auxiliar as famílias, normalmente, cedendo transporte (uma vez ao mês, por exemplo) aos familiares para visitarem seus entes internados. Nessa direção, fica evidenciado que a família não recebe os 10% que deveriam ser destinados a ela, ficando a cargo do município apoiá-las, transportando-as para as visitas a seus familiares internados.

No parágrafo 3º do artigo 5º do decreto, salienta-se que

§ 3º O abandono do tratamento enseja a imediata suspensão do benefício, por trinta dias, e seu restabelecimento, pelo prazo remanescente, dependerá de justificativa adequada apresentada à Subsecretaria de Políticas sobre Drogas, que decidirá, ouvida a **unidade de atendimento municipal** do local de residência do usuário de álcool ou outras drogas [grifo nosso].

Tal apontamento sugere que existe uma comunicação eficiente entre o sistema municipal e a Rede Complementar, subentendendo que logo que o sujeito abandona o tratamento de internação, a rede municipal de atenção é notificada para que possa, assim, dar continuidade ao tratamento. Essa possibilidade de continuidade do acompanhamento se dá pelo fato de que o gerenciamento do benefício acontece pela via municipal e através das próprias entidades. Nesse sentido, a gestão do “Cartão Aliança pela Vida” prevê que a comunicação entre a Rede Municipal (porta de entrada) e as entidades se dê de modo contínuo.

Como toda gestão de ações públicas, pode ocorrer falhas nos processos de comunicação institucional e, através da entrevista-piloto realizada, pôde-se perceber, em alguns casos, de a gestão municipal ser noticiada da alta do sujeito por outras fontes que não a estabelecida entre entidades e município através da ação governamental.

Nessa direção, de acordo com o artigo 7º do decreto “O benefício deverá ser pleiteado junto à unidade municipal de atendimento do local de residência do usuário de álcool ou outras drogas”. Esse artigo aponta para a vinculação e amarração institucional da ação governamental com os serviços municipais e que, por isso, também nos permitem observar algumas características dessa ação, como:

§ 1º A família beneficiária deverá instruir seu requerimento com relatório de médico psiquiatra do sistema público de saúde que ateste a dependência química e recomende a internação como medida de tratamento adequada.

§ 2º Na hipótese de inexistência de médico psiquiatra, o relatório de dependência poderá ser fornecido por médico clínico do sistema público de saúde.

Dessa maneira, esses são alguns dados que nos auxiliam no conhecimento e compreensão da criação e implantação da ação governamental “Aliança pela Vida” em Minas Gerais. No capítulo sexto de nosso texto, poderemos nos ater mais detidamente a

discussão dos dados apresentados aqui através das análises das entrevistas realizadas com atores envolvidos no processo de criação e implantação dessa ação.

Nesse sentido, buscamos entender qual(is) a(s) relação(ões) do governo brasileiro e mineiro com as políticas sobre drogas que se articulam às PPP, pois diante de todo o exposto, pudemos observar a evidência de preponderância das PPP em comparação à ampliação e fortalecimento dos serviços da Rede Pública de Serviços.

Do mesmo modo, se observamos que há um hiperfinanciamento de PPP em detrimento da gestão pública plena, quais os condicionantes e determinantes que sustentam esse privilégio, e qual a relação que os governos nacional e mineiro estabeleceram com as entidades para que se pudesse garantir tal articulação? Vale indicar que o “Aliança pela Vida”, por exemplo, conquistou a possibilidade de transferir renda diretamente do Estado para as entidades a ele vinculadas, diferindo do modo como, estruturalmente, os repasses públicos financeiros são realizados.

Dessa maneira, a direção e a forma encontrada pelo Estado para viabilizar o repasse de verbas diretamente para as entidades se deu através do que foi nomeado “Território Aliança”. Esse mecanismo foi criado na tentativa de se aproximar das ações desenvolvidas pelos “Consultórios de Rua”, instituídos pela Política Nacional de Atenção Básica do Governo Federal no ano de 2011 (http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_consultorio_ rua.php).

Assim, o Estado de Minas Gerais entende que a estratégia de complementaridade das ações do “Aliança pela Vida” se dará através desse “Território Aliança” que, de acordo com seu *site* oficial pode ser definido como a *implantação de consultórios de rua via convênio com a entidade do terceiro setor* (<http://www.saude.mg.gov.br/cidadao/programas/program/20-alianca-pela-vida>).

5– Método

Em nosso quinto capítulo, apresentaremos nossa trajetória metodológica e nosso aporte ferramental para a construção de um caminho de pesquisa. Para tal, faremos uma breve descrição do método de estudo de caso, com o auxílio de nossos referenciais, e dentro desse método, a opção pela utilização da análise do contexto de produção dos discursos, seja legais seja das entrevistas que compõem nosso próximo capítulo. Neste processo, se buscará compreender as linhas e entrelinhas que perpassam e costumam o contexto e o discurso da legislação que ampara e sustenta a “Aliança pela Vida”.

5.1 - Etapa Exploratória – a primeira parada

Nossa primeira parada foi a escolha e leitura criteriosa de algumas das legislações recentes sobre “drogas” no Brasil, sendo elas: a PAIUD, de 2004; a PND, de 2005; o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e Outras Drogas (PIEC), de 2010; a RAPS, de 2011 e a Ação Governamental “Aliança pela Vida”, também de 2011.

A escolha dessas políticas se deu em função de que, além de se constituírem como marcos legais e regulatórios das políticas sobre “drogas” no país, elas contêm, em si, contradições seja na sua origem, com diversos ministérios e vinculações distintas, seja em seus conteúdos e, desse modo, compatíveis com a multiplicidade de discursos e interesses que vimos tentando desvelar na Introdução deste trabalho e que compõem, talvez, a característica brasileira de se elaborar políticas e ações.

Para exemplificarmos o que afirmamos acima, observamos que: a PAIUD é oriunda do Ministério da Saúde (MS); a PND provém do Gabinete de Segurança Institucional (GSI) da Presidência da República; o PIEC foi capitaneado pela Subchefia para Assuntos Jurídicos; a RAPS criada pelo MS e a “Aliança pela Vida” comandada pela Secretaria de Estado de Defesa Social (SEDS) de Minas Gerais (MG). Atualmente, a ação é coordenada pela Secretaria de Esportes e Juventude (SEEJ) e Coordenação Estadual de Saúde Mental do Estado de MG.

Nesta etapa da pesquisa também nos utilizamos de dados de *sites* vinculados a instituições relacionadas à temática das “drogas” e dos governos (nacional e mineiro), visto que nosso objeto de pesquisa é contemporâneo e segue na “pauta do dia” da mídia brasileira, sendo discutido e comentado por diversos setores. A utilização de *sites* também nos permite visualizar os diferentes contextos e discursos ao redor do tema das “drogas”.

Dentre os sites visitados podemos destacar os seguintes: MS; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID); Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID); SENAD; SEDS MG; SEEJ MG; CFP; Frente Nacional Drogas e Direitos Humanos (FNDDH); Frente Mineira Drogas e Direitos Humanos (FMDDH); Plataforma Brasileira de Políticas sobre Drogas (PBPD) e outros.

5.2 - O estudo de caso e a análise de contextos – nossos meios de acesso

De acordo com Stake (2012), o estudo de caso pode ser definido como *o estudo da particularidade e da complexidade de um simples caso* (p. xi). Dessa maneira, a escolha pelo método de estudo de caso fundamentou a pesquisa da particularidade da Ação Governamental “Aliança pela Vida” e, ao mesmo tempo, possibilitou a compreensão da complexidade de um fenômeno que não diz respeito apenas ao estado de Minas Gerais, mas a algo que vem ocorrendo em todo o país.

Para tal, realizamos o estudo de caso através da análise do contexto das legislações pertinentes ao nosso tema e de entrevistas realizadas e que serão expostas no decorrer de nosso texto.

Gil (2009) indica que

Os estudos de caso possibilitam estudar em profundidade o grupo, organização ou fenômeno, considerando suas múltiplas dimensões. Nesse aspecto, apresentam notável vantagem em relação aos levantamentos, que, embora caracterizados pela precisão, fornecem informações bem mais superficiais, pois, de modo geral, se fundamentam na utilização de uma única técnica de coleta de dados, como o questionário ou a entrevista. Já os estudos de caso, por se referirem a um ou poucos objetos, possibilitam a utilização de instrumentos que conferem maior profundidade aos dados (p. 15).

Nesse sentido, nosso estudo de caso da “Aliança pela Vida”, através da análise do contexto de sua criação, permite compreender o particular (a ação) e, ao mesmo tempo, sua complexidade. Nesse sentido, Langdon, Maluf & Tornquist (2008) apontam que

Saúde é também política, e as pesquisas qualitativas remetem aos contextos locais nos quais os poderes e as relações sociais são negociados continuamente. Os contextos locais não envolvem só processos entre o indivíduo e o profissional de saúde, mas também as instâncias micropolíticas em que as relações de poder emergem por meio da interação. Ainda mais, os contextos locais podem ser pensados também como um entrecruzamento das forças locais e globais (p. 135).

5.3 - A justificativa – por que essas ruas?

Sabemos que o Brasil passou por um período de ditadura civil-militar que durou cerca de vinte anos, entre os anos de 1964 e 1984. Esse período é marcado por diversos momentos, desde os de maior rigidez até o fim do governo militar, onde se via um afrouxamento do rigor do regime e o início de conquistas mais democráticas.

A “grande internação” brasileira se dá no decorrer dos anos 1970, e, de acordo com Amarante (2010), havia no Brasil cerca de 111 mil leitos psiquiátricos no país. Esse quantitativo de leitos psiquiátricos é resultado deste processo. Esse período corroborou, dentre outros fatores, para o surgimento do Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM), que capitaneou a Reforma Psiquiátrica Brasileira e Luta Antimanicomial, pautadas nos princípios da Reforma Sanitária.

De acordo com Amarante (2010),

O Movimento da Luta Antimanicomial se contrapõe, dentre outros fatores, à mercantilização da saúde, que se mostra evidente nos seguintes dados: em 37 anos, os leitos psiquiátricos públicos passaram de 21 mil para 22 mil; enquanto os leitos psiquiátricos particulares subiram de 3 mil para 55 mil. Este fato ocorreu, fundamentalmente, durante a Ditadura Militar, após o golpe de 1964, mais particularmente após o AI-5, em 1968, quando foi criado o plano de prontação pelo ministro Leonel Miranda, que era dono do Hospital de Paracambi, que foi considerado o maior manicômio privado do mundo, chegando a ter 1800 leitos pagos pelo serviço público (p. 22).

Nesse sentido, tivemos avanços em relação às políticas de saúde mental no Brasil viabilizadas através da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileiras. Dentre esses, podemos citar a aprovação da lei 10.216/01, após doze anos de tramitação do Projeto de Lei nº 3657/89 do Deputado Federal Paulo Delgado (PT-MG).

De maneira distinta, as políticas sobre “drogas” não conquistaram avanços como as políticas de saúde mental, embora estejam próximas no que tange à atenção aos usuários, visto que o atendimento de usuários de “drogas” é regulamentado pela PM 336/ 02, através dos CAPS ad. A mesma portaria regula o atendimento aos usuários de serviços de saúde mental, pois ela parte do entendimento que o usuário de álcool e outras “drogas” também sofre psicicamente.

Desse modo, nossa demanda inicial de trabalho partiu da inquietação diante das contradições das políticas sobre “drogas” brasileiras e de seu caráter dicotômico, seja diante das conquistas da Reforma Psiquiátrica ou da Luta Antimanicomial. Ambos movimentos almejavam e conquistaram, na participação conjunta entre trabalhadores, familiares e usuários de serviços de saúde mental, espaços e serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos.

Nesse sentido, algo aproximado ao que já foi feito com o ‘louco’ (a reclusão) vem ocorrendo com os usuários de álcool e outras “drogas” através do predomínio de um determinado modelo de atenção ao usuário de álcool e outras “drogas” que pode ser observado quando, por exemplo, comparamos o número de CT e a quantidade de CAPS ad em Minas Gerais.

O que se alterou no cenário nacional é que, após anos de árduos processos de desinstitucionalização do “louco”, as ruas voltam a ser habitadas por esses, enquanto os usuários de “drogas”, quando não se encontram reclusos em comunidades terapêuticas, são estigmatizados e condenados às mais diferentes sortes de preconceitos.

Nessa direção, a escolha por essas “ruas” demonstra o “mais do mesmo” que nosso itinerário contém, uma vez que esse caminho parece já ter sido realizado na história de nosso país e a consequência da escolha por essas vias não se mostrou efetiva, pelo menos para aqueles que as habitavam. Entretanto, como um itinerário histórico, pode-se observar que essas ruas continuam sendo des-habitadas (em oposição a ocupadas) ou inabitáveis, antes pelos loucos, agora pelos usuários de “drogas”.

5.4 - Discussão – qual a razão de ser da viagem?

A “Aliança pela Vida”, inicialmente, previu financiar as famílias dos usuários de álcool e outras “drogas” para que essas mantenham seu familiar internado, consistindo, ao mesmo tempo, em uma maneira de financiar as entidades que os mantivessem reclusos. Entretanto, o financiamento das famílias nunca foi realizado, sendo toda a verba destinada às entidades. Assim, houve uma promessa de dupla vinculação do governo estadual: com a família dos usuários de “drogas” e com as entidades que aderissem à ação governamental. Isso aponta à contramão de uma política pública de saúde que tem como base a intersetorialidade e a cidadania do usuário, entendendo que seu tratamento deve ser pautado numa lógica territorial, de acordo com a PM 336/ 02.

De acordo com o artigo 4º da resolução do “Cartão Aliança pela Vida” *o valor do benefício do “Cartão Aliança pela Vida” fica limitado a R\$30,00 (trinta reais) por dia de internação do usuário de álcool ou outras drogas* (2011, s/p). A regulamentação do “Cartão Aliança pela Vida” permite que o usuário fique internado por 90 dias e possa renovar a internação por mais 90, o que significam 180 dias (aproximadamente meio ano). Quando se pensa nessa equação numericamente, os dígitos poderiam chegar a cerca de R\$ 5.400,00 por família. Poderiam chegar.

Em entrevista-piloto realizada com um operador da “Aliança pela Vida” no Campo das Vertentes de Minas Gerais, este afirmou que, embora a regulamentação garanta que a família possa receber uma parcela dos recursos transferidos por intermédio do cartão, isso não acontece. O cartão fica sob a responsabilidade das CTs, então, a família poderia receber o montante de R\$ 5.400,00, mas de fato quem o recebe são as próprias CTs.

No caso brasileiro, se fizermos contas simples e dividirmos o salário mínimo do ano de 2015 (R\$ 788,00) por 30 dias teremos o resultado de R\$ 26,27 o que significa que vale mais se internar um familiar em um serviço privado do que trabalhar árdua e diariamente para se receber R\$ 26,27.

Nesse sentido, podemos observar o que o cientista político José Murilo de Carvalho aponta em seu texto “Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: uma discussão conceitual” (1997) sobre as relações clientelistas que se estabelecem no Brasil desde o período da Primeira República (1889-1930):

A Guarda era uma organização criada pelo governo e controlada pelo ministro da Justiça; os cargos de delegado e subdelegado de polícia foram criados para esvaziar as funções dos juízes de paz, autoridades eletivas. Na medida em que os proprietários rurais controlavam a eleição dos juízes de paz, o esvaziamento do poder destes em benefício de uma autoridade patrimonial era uma perda de poder para aqueles. Os proprietários nunca se organizaram em estamento como no feudalismo, nem em partidos políticos. Organizações de proprietários surgiram apenas às vésperas da passagem da lei que libertou o ventre escravo (Pang, 1981). Sintomaticamente, essas organizações reagiram contra uma ação do governo que consideravam radicalmente contrária a seus interesses. O próprio imperador foi por eles acusado de traição nacional por favorecer a medida abolicionista (s/p).

Parece-nos existirem algumas questões que se aproximam, mesmo em se tratando de contextos e momentos históricos tão distantes, como:

- 1-A “guarda” criada pelo governo e controlada pela Justiça e o edital de credenciamento das CT controlado pelo MJ;
- 2-Os cargos criados para esvaziar o lugar dos juízes de paz e a criação das CT como substitutivas à RAPS;
- 3-Na medida em que os proprietários rurais ganhavam espaço, os juízes de paz perdiam, assim como as CT crescem em número vertiginoso em relação aos CAPS ad;
- 4-As organizações de proprietários só surgem com a libertação do “ventre escravo”, assim como a relação entre RAPS e CT se mostra complexa e de difícil diálogo;
- 5-Assim como os proprietários rurais se voltam contra o governo na política de libertação do “ventre escravo”, a bancada evangélica força sua entrada e permanência em espaços, por excelência, viscerais à política pública.

Nesse sentido, o que se observa, em certa medida, é uma repetição entre as práticas clientelistas de nosso passado histórico e as práticas atuais na política, em que os conchavos políticos e as coligações são mais decisivas que as diretrizes nacionais de gestão.

Desse modo, podemos observar uma configuração complexa e, ao mesmo tempo, controversa nas diretrizes de governo, que pode ser identificada através de arranjos políticos que visam, *abrasileiramente*, ajeitar as coisas, já que o SUS, não alcançando toda sua capacidade em acolher e tratar os usuários de álcool e outras “drogas”, se vê à mercê de possíveis ingerências de diferentes instâncias.

Coletamos algumas reportagens que noticiam o envolvimento de políticos brasileiros que são proprietários de clínicas e entidades que tem interesse em ampliar sua quantidade e, por conseguinte, sua disponibilidade de leitos: “Planalto apóia internação à força de dependente de drogas” (Rosário, 2013), “A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento” (Moncau, 2013), “Câmara vota hoje nova lei antidrogas que prevê internação forçada” (Bittencourt, 2013). Junto disso, existe atualmente um Projeto de Lei (nº 7663/10) que regulamenta a internação compulsória, garantindo que essas “clínicas” permaneçam “abastecidas” de clientes, sendo um Projeto de Lei que, claramente, ataca as conquistas da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial brasileiras.

Desse modo, diante da gama de contradições em que surge e se desenvolve a ação governamental “Aliança pela Vida”, justifica-se a importância desse estudo, de modo a evidenciar os reais interesses em se criar tal ação, uma vez que, de acordo com Gil (2009) *os estudos de caso favorecem o entendimento do dinamismo próprio dos grupos e das organizações. São, pois, estudos adequados para a compreensão do processo de mudança* (p. 18).

5.5 - As entrevistas – a análise de contexto como ferramenta do estudo de caso

Como parte integrada ao estudo de caso, além da análise do contexto de criação da legislação pertinente ao nosso campo de problemas, analisaremos seis entrevistas que foram realizadas com figuras importantes no campo das políticas sobre “drogas” em Minas Gerais com ênfase na estruturação e desenvolvimento da ação “Aliança pela Vida”.

Foram entrevistadas seis pessoas representativas de três posições institucionais distintas no que se refere à implementação da “Aliança pela Vida”. A escolha por essas três

peças se deu em função da importância que as mesmas representam em seus respectivos segmentos enquanto gestores e sujeitos ativos no processo de criação e implantação da ação, nos diferentes segmentos que essas ações se articulam.

Indicamos, inicialmente, a realização de entrevistas com uma pessoa representativa de cada segmento pertinente à implantação e implementação da ação governamental em Minas Gerais. A partir das três entrevistas, convidamos a essas três primeiras pessoas que nos indicassem mais uma pessoa de seu segmento, perfazendo o total de duas entrevistas por segmento e seis entrevistas no total.

A fim de tentar minimizar a exposição das mesmas e garantir o compromisso ético na pesquisa com seres humanos, o roteiro de entrevista foi composto por uma pergunta aberta, qual seja: *“Conforme já pude adiantar para você em um contato anterior, estou realizando uma pesquisa que visa compreender como se deu a construção da ação governamental ‘Aliança pela Vida’, em Minas Gerais. Gostaria que você contasse um pouco como foi (ou está sendo) a sua participação na implantação e/ou no desenvolvimento da ‘Aliança pela Vida’.”*

Também foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que se configura como pré-requisito à realização das entrevistas e que modelo se encontra no Anexo 1. O protocolo foi enviado à Comissão de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPES) da Universidade Federal de São João Del-Rei (UFSJ), tendo recebido o número 008/2014/USFJ/CEPES. A aprovação da CEPES encontra-se no Anexo 2.

Após a conclusão da versão final da dissertação, o autor a enviará aos participantes da pesquisa para que os mesmos tenham conhecimento do que foi produzido através de suas contribuições. A transcrição levou em consideração as questões éticas da pesquisa com seres humanos e o respeito à fidedignidade de suas falas.

O objetivo da realização das entrevistas é conhecer os aspectos legais que possibilitaram a criação da ação governamental e quais são as alterações e mudanças realizadas desde sua criação, construindo um quadro comparativo entre a análise dos documentos e a análise do contexto do discurso daqueles que, de alguma forma, estão envolvidos no processo de criação e implementação do “Aliança pela Vida”, levando em consideração o contexto de produção e implantação da ação.

O método de análise do discurso, tanto das legislações quanto das entrevistas se pauta no que Machado (2008) salienta: *o discurso é apresentado como instrumento de transformação para a prática política, capaz de reformular uma demanda social, incluindo demandas de ordem técnica* (p. 5).

Desse modo, nos utilizamos da análise de contexto através dos *implícitos discursivos* que, de acordo com Lopes, Oliveira, Matos e Machado (2015, no prelo) apontam que *argumentamos que o sentido de um discurso não está para além de sua materialidade, mas está presente no próprio texto, devendo ser buscado, portanto, na língua, à luz da formação discursiva que o gerou* (p. 14).

Assim, para esses autores, *o implícito discursivo é sempre um efeito de lugar, raramente é produzido deliberadamente e corresponde a uma localização que seu autor faz em relação a seus interlocutores* (p. 14).

6 – Análise das entrevistas¹⁵

Nosso capítulo sexto apresenta a análise de seis entrevistas realizadas com diferentes representantes de segmentos vinculados à ação “Aliança pela Vida”. Neste trabalho analisaremos as seis entrevistas realizadas e haverá, em alguns momentos ao longo das análises, citações a entrevista-piloto, que se trata de entrevista realizada com um operador da ação governamental “Aliança pela Vida”. Esta entrevista-piloto foi realizada em momento anterior ao das outras seis entrevistas e contou com um método de entrevista diferente das outras seis e, por isso, será apenas mencionada quando de sua pertinência.

As seis entrevistas analisadas foram divididas em 3 segmentos (estadual, municipal e local), sendo esses envolvidos no processo de criação e implementação da ação “Aliança pela Vida”. Foram entrevistados dois representantes de cada um dos três segmentos, além da entrevista piloto.

A seleção dos entrevistados se deu, num primeiro momento, através da escolha de um entrevistado de cada segmento e sendo o segundo entrevistado do mesmo segmento indicado pelo primeiro entrevistado. Esse método permite que nossa participação na escolha dos entrevistados se dê de modo parcial, uma vez que escolhemos o primeiro entrevistado e o segundo é indicado pelo seu antecessor.

O método de entrevista escolhido foi a de “entrevista semi-aberta”, que de acordo com Gil (2009) *são recomendadas em estudos de caso exploratório. Elas tem como principal vantagem o fato de favorecerem a livre expressão dos entrevistados* (p. 65).

Foram selecionados trechos das entrevistas de cada segmento a fim de ilustrarem e enriquecerem o trabalho. Para a realização da tarefa de análise das entrevistas, nos utilizamos do método de análise de contexto do discurso, que compreende o discurso localizado em um contexto e como esse, seja em seu aspecto macro ou micro, diz dos discursos produzidos.

Além disso, nosso procedimento de análise se pautou numa exaustiva leitura dos trechos selecionados e, num primeiro momento, na análise individual dos trechos para, num segundo momento, elaborarmos o texto que se segue, a fim de exaurirmos os possíveis ‘pontos cegos’ que a elaboração direta do texto poderia nos colocar.

¹⁵ Neste capítulo, especificamente, não utilizaremos as aspas na palavra droga, pois optamos por tentar salvaguardar o mínimo de fidedignidade das falas dos entrevistados e a menor interferência de nossa parte na análise dos discursos.

Desse modo, iniciaremos a análise das entrevistas pelo segmento estadual, seguido do municipal e finalmente o segmento local, de acordo com a própria hierarquia federativa. Para tentarmos garantir uma dinâmica mais fluída ao texto, iremos nos utilizar da seguinte notação: E1 – Entrevistado 1; E2 – Entrevistado 2; SE – Segmento Estadual; SM – Segmento Municipal e SL – Segmento Local.

6.1 – Segmento Estadual

Seguindo o critério hierárquico de Estado, Município e Localidade, partimos para a análise de nosso primeiro grupo de entrevistas. Os representantes desse segmento são pessoas ligadas à elaboração, implantação e gestão da ação “Aliança pela Vida”. Como já dito em nosso capítulo de “Método”, as identidades dos entrevistados serão mantidas em sigilo, embora trate-se de figuras públicas no Estado de Minas Gerais.

As entrevistas foram realizadas na Cidade Administrativa de Minas Gerais no mês de junho de 2014 e tiveram cerca de 40 minutos cada uma delas. Vale ressaltar que fomos bem recebidos durante todo o processo de trabalho.

As entrevistas compõem, para nós, um material de grande relevância uma vez que *é uma técnica muito flexível, já que possibilita esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que é realizada* (Gil, 2009, p. 63).

Entrevista 1

Ao iniciarmos nosso trabalho de análise pelo segmento estadual, podemos observar a produção de um discurso que aponta para falas mais voltadas ao campo gerencial, logístico e de financiamento, ou seja, pertinentes ao contexto de gestão. Veremos que isso se dá sob diferentes aspectos, mas não sem esbarrar no âmbito ideológico e hierarquizado que a criação e implementação de uma ação de governo pode trazer nas dinâmicas municipais e locais. Observaremos, então, que muitas vezes o Estado não se dá conta da dimensão das ações em níveis municipais, elaborando ações que podem não condizer com as realidades em que as mesmas serão implantadas. Com isso, fica evidente o caráter verticalizado em que, muitas vezes, o Estado se coloca diante dos municípios e localidades, assumindo um discurso e uma prática que, além de não condizerem, podem interferir

negativamente na realidade do município ou localidade, respondendo, então, ao caráter ideológico da criação da ação e não à realidade a qual a ação se justifica.

Como exemplo dessa tensão entre política pública e ideologia, citamos um trecho da E1/SE em que afirma: *a intersetorialidade (...) é uma retórica (...) e padece de demonstrações claras de implementação*. De acordo com essa fala, E1/ SE anuncia que a “Aliança pela Vida” é criada, justamente, para sanar essas falhas e hiatos assistenciais que os serviços existentes até então não haviam dado conta. Nesse sentido, ele aponta que isso se dará através do “alinhamento dos mínimos”, isto é, a ação governamental irá em busca do alinhamento dos mínimos interesses comuns a fim de criarem um uníssono que os permitam atuar de modo intersetorial. O aspecto ideológico do E1 se apresenta de modo muito contundente quando o mesmo, implicitamente, justifica a criação da ação governamental para fazer aquilo que os serviços atuais não fazem, isto é, alinharem mínimos em prol do bem comum, critério fundamental à política pública. Nesse aspecto, se apresenta implicitamente no discurso de E1 o privilégio dessa ação, entendendo que esta será capaz de responder a uma demanda de intersetorialidade que acompanha as ações públicas desde, por exemplo, a criação do SUS.

Nessa direção, E1/ SE aponta que *a Aliança é um avanço, porque ela é uma governança muito dinâmica* e não deixa explícito em comparação a qual ação pública ela é um avanço, isto é, o entrevistado tece um elogio à ação, pois que não é comparado ou mensurado para que possa ser demonstrado seu avanço e seu caráter inovador.

Mais adiante em seu discurso, E1/ SE, pontua que *embora a gente ache que é indispensável e é um valor da política pública brasileira as rodadas de controle social, conselhos, CIB's e conferências (...), o campo de intervenção para mudança da sociedade organizada nesses fóruns é muito limitado*.

Essa afirmação nos permite analisá-la a partir de aspectos explícitos e implícitos, ou seja, que a participação social não viabiliza qualquer transformação no campo legal, desconsiderando a idade da democracia no país e sua inconclusão, evidenciando, então, que para a construção de políticas, não se depende de participação social. O entrevistado também deixa implícito que não se faz importante como a sociedade irá receber as políticas, já que sua participação é relegada a aceitar ou não aquilo que já está pré-moldado.

Avançando em seu discurso e retornando aos argumentos já citados acima, E1/ SE menciona os trabalhadores da saúde como uma parcela da sociedade que se encontra alijada do caráter criador das ações, sendo apenas participantes das rodadas de controle

social, pois, para E1/ SE *é difícil para quem está na ponta e na gestão de saúde ler algo para além ou diferente de CAPS (...) porque ele participou da rodada de construção daquela dinâmica, daquele serviço e ele vive ali a expectativa, a dor*. O entrevistado concebe que os trabalhadores da saúde são focados apenas nas questões de saúde e não conseguem enxergar além das conquistas já alcançadas, desconsiderando que os mesmos trabalhadores podem não estar satisfeitos com o que está instituído, colocando o “Aliança pela Vida” como uma benesse que merece destaque aos olhos dos trabalhadores da saúde. Entretanto, deixa implícito que não questiona o modo como a inovação do “Aliança pela Vida” chegou até os mesmos trabalhadores ou de que modo afeta o trabalho dos mesmos.

Para o entrevistado, os dispositivos da Reforma Psiquiátrica (CAPS, Consultórios de Rua etc.) que trouxeram inovações e buscam seguir em sua conquista na produção da saúde mental, teriam se tornado obsoletos, ao passo que o “Aliança pela Vida” seria uma inovação. Nesse sentido, E1/ SE desconsidera em seu discurso, por exemplo, a PM 336/02, que prevê a atuação e inserção dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos na lógica territorial e, por isso, vinculados a outros setores que o território dispõe (promoção de intersetorialidade). O entrevistado deixa implícito em seu discurso que a inovação, ou o caráter inovador do “Aliança pela Vida” produz um impacto mais eficiente que os dispositivos e ações já existentes.

Nessa direção, E1/ SE reitera o caráter “inovador e polêmico” da ação governamental, pois que *as equipes de acolhimento, feitas em parceria com o terceiro setor, com uma nova dinâmica, trazem muitos elementos do Consultório de Rua, mas associa outros elementos do acolhimento social em assistência, operados pelo terceiro setor*. O entrevistado, novamente, aponta a ação governamental como inovadora e, aqui, a inovação se apresenta através das equipes de acolhimento. Nesse sentido, E1/ SE desconsidera ações anteriores à existência do “Aliança pela Vida” como, por exemplo, os Consultórios de Rua, as Casas de Acolhimento Transitório e o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (atuantes desde 1991, através do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS). Do mesmo modo, a dita inovação em parceria com o terceiro setor, em verdade, é uma ação que já vem sendo realizada há muito nos Estados de Minas Gerais e Alagoas, sendo os dois Estados com maior número de Comunidades Terapêuticas vinculadas ao Estado Brasileiro (Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil – OBID). Além disso, E1/ SE nomeia como inovação o acolhimento assistencial operado pelo terceiro setor, explicitando que uma ação, estritamente pública, tem sido

realizada por esse setor, o que demonstra o esvaziamento dos serviços estatais próprios da administração pública, num estímulo à mínima participação do Estado nessas ações.

Nessa direção, E1/ SE exemplifica o que havia dito anteriormente sobre a atuação do terceiro setor em ações assistenciais e aponta o que chamou de “muitos elementos do Consultório de Rua”, que serão também mencionados nas falas das E2/ SM e E2/ SL, porém sob diferentes perspectivas das de E1.

Desse modo, ele aponta o “Território Aliança” como *gestão de caso em Rede e organização de serviços de território*, tendo essa ação *uma visão de futuro formidável*.

E1 não deixa explícito neste trecho que o “Território Aliança” é, em verdade, um simulacro da atuação em território prevista pela PM 336/ 02, já mencionada acima, a qual regulamenta o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e dispõe sobre seu funcionamento, predominantemente a partir da lógica territorial. O entrevistado também não deixa explícito quais são esses desafios, que por sinal, talvez sejam os mesmos desafios de se consolidar ações intersetoriais na prática (para que saiam do recurso de retórica como dito anteriormente). Ao mesmo tempo, E1/ SE anuncia ser essa implementação muito promissora, já assumindo que a intersetorialidade (não conquistada pela saúde) é importante, mas também difícil de ser alcançada, já que consiste em uma visão de futuro apenas, não sendo realidade neste momento em que já faz 4 anos (2011 – 2015) de implantação da ação governamental no Estado.

Nessa direção, como processo de formação discursiva, E1 retoma a justificativa da importância do “Território Aliança” e o faz, agora não mais como modelo, mas como comparativo em relação ao “Consultório de Rua”, pois *se não há gestão integrada e protocolizada de intervenção naquele território, o resultado vai ser muito pouco expressivo*.

E1/ SE pressupõe, então, que o Consultório de Rua atuante em alguma localidade não dialoga com outros serviços. Seus exemplos partem, em grande frequência, do menosprezo pelo trabalho feito pelo setor saúde e, ao mesmo tempo, já afirmando que não há atuação intersetorial, como se apenas o “Aliança pela Vida” inovasse nesse quesito. Além disso, não fica claro quais ou o quê o entrevistado nomeia como “resultado”. Desse modo, se torna implícito que as ações governamentais “Aliança pela Vida” e “Território Aliança” surgem como resposta ao insucesso das ações em saúde já existentes e que, embora elas contenham uma boa fundamentação, as mesmas só respondem como recurso de retórica, sendo as ações governamentais “Aliança pela Vida” e “Território Aliança” as capazes de dar “resultados”, que E1/ SE não nomeiam quais são.

Desse modo, E1/ SE segue em seu discurso apontando que *mais uma vez eu volto: está em todas as políticas escrito e conceituado na linda retórica que é pensar a política de drogas, mas objetivamente em estruturação, os exemplos são pífios*. Aqui, mais uma vez, o entrevistado reitera sua queixa com relação às políticas sobre drogas implantadas até então, tributando a elas um caráter meramente retórico. Implicitamente, E1/ SE afirma que o “Aliança pela Vida” e o “Território Aliança” são as inovações capazes de ultrapassar as políticas sobre drogas deste caráter. Nesse sentido, entendendo que a ação governamental completa, no ano de 2015, quatro anos de existência, E1 parece desconsiderar que esta é a política sobre drogas que vem sendo priorizada em Minas Gerais. Fica implícito também que E1/ SE considera o caráter inovador da ação como algo distinto das políticas objetivadas até então.

Nessa direção, E1/ SE menciona a questão dos números, nos respondendo, implicitamente, que os resultados almejados e esperados são relativos aos números de internações através do “Aliança pela Vida”, que ele aponta que *tem números razoáveis, o programa tem números razoáveis, (...) mas isso não é essencialmente seu melhor resultado. Seu melhor resultado é o diálogo sobre esse tema*.

E1/ SE aponta que a ação tem números razoáveis a partir do atendimento de centenas de casos, em contraposição ao que será mencionado por E2/ SE (a próxima entrevista) em que cita-se o atendimento de “milhares de casos”. Do mesmo modo, o entrevistado não demonstra segurança quando diz que “milhares de pessoas” foram atendidas “em alguns casos”, pois se torna contraditória a utilização das palavras “milhares” e “alguns”, não nos possibilitando entender se são o primeiro ou o segundo. Pode-se observar que o entrevistado se utiliza de dados genéricos sobre os resultados numéricos, de modo a se resguardar em não incorrer em inexatidão. Neste momento, E1/ SE parte para uma fala mais evasiva, sugerindo que o melhor resultado é o diálogo. Sendo assim, será necessário criar uma ação governamental para dialogar sobre o campo das políticas sobre drogas sendo que os espaços de participação social e canais de comunicação podem ser ocupados para esse fim, como os Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional de Políticas sobre Drogas?

Nessa direção, como E1/ SE já apontou seu descrédito pelos espaços de participação social, poderíamos (apenas a título de esclarecimento) apresentar um contraponto a partir da nossa participação na VI Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas, ocorrida no ano de 2013. Nesta Conferência, claramente, os convidados a dialogar sobre as drogas não foram os diversos setores em prol da construção de uma política

intersectorial, mas os interessados em elaborar estratégias e legitimação no processo de terceirização da questão das drogas no Estado de Minas Gerais, especificamente, os diretores, coordenadores e gestores de comunidades terapêuticas interessados no diálogo entre Estado e terceiro setor. Outra breve ilustração do caráter contraditório do evento supracitado diz respeito a sua programação, que apresentou um culto ecumênico durante o evento, desrespeitando o caráter laico do Estado, já que se tratava de uma Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas. Nessa direção, E1/ SE anuncia *áí perguntaram assim, hoje alguns me perguntam: ‘tem outra solução?’ – Eu não consigo percebê-la*. Assim, nos parece que, de fato, o entrevistado não vê outro modo de agir que não através do “alinhamento dos mínimos”, do diálogo e da intersectorialidade mantidos no nível da retórica, visto que, se em 4 anos de ação governamental, os resultados não são expressivos para o impacto pretendido, isto é, a ação não se mostrou eficiente e sua expectativa é no (futuro) “Território Aliança”, o que seu discurso nos permite inferir é que a ação será privilegiada em detrimento de outras ações, pelo menos no que tange às possibilidades de sua gestão.

Com isso, E1/ SE acaba anunciando, novamente, seu descrédito na militância social e nos espaços de discussão legitimados pelos movimentos sociais, dizendo que *áí, mais uma vez a gente erra e joga esse debate na militância, que é o único lugar aonde ele não deve estar*. O entrevistado, assim, como não vê relevância na participação social, assume que a militância na questão das drogas não é o melhor interlocutor para o debate da mudança, uma vez que a militância traz consigo ideologias que não cabem às transformações sociais. Nesse sentido, E1/ SE desconsidera que a militância social foi quem fortaleceu, de modo emblemático, mudanças democráticas no país, como o fim da ditadura, a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o impeachment do ex-presidente Fernando Collor e tantas outras transformações, sendo as mais recentes, as manifestações de junho de 2013.

Como exemplo, o entrevistado cita o movimento social “Marcha da Maconha” que obteve a presença de cem mil pessoas no Estado de São Paulo no ano de 2014 e considera lindo o contingente de cidadãos que gritam pelos seus anseios; e horrível, pois E1 acredita que não é nas ruas que essas pessoas devem estar, mas na academia universitária ou no poder legislativo, deixando implícito que, de nada adianta ou altera a realidade estarem cem mil pessoas nas ruas quando elas deveriam estar em outro locus. Nesse sentido, ele está, implicitamente, anunciando em seu discurso que a rua não transforma ou que os movimentos sociais não são transformadores.

E E1/ SE segue afirmando que a participação social nas ruas abrange aspectos “lindos e horríveis”, sendo

lindo porque as pessoas estão dizendo o que querem e horrível porque em fazendo dessa forma, nunca ou muito pouco provável chegarão ao centro, ao lugar aonde as coisas efetivamente, aonde o debate da mudança acontece. Vai ficando cada vez mais marginal.

O entrevistado considera que o debate que transforma não está nas ruas ou na participação social, mas nos fóruns e gestões diretas da política, deixando implícito que a militância é errante em sua localização. E1/ SE, então, demonstra, através de seu discurso, que não acredita na transformação social, mas no gerenciamento estatal. Nesse sentido, E1 se mostra muito personalista, uma vez que, a voz do povo que ocupa as ruas é apenas voz, enquanto a transformação se dá em outros espaços e com outras vozes. Aqui, além de descreditar a potência transformadora da militância social, E1/ SE também a identifica, como até então não havia feito, como “marginal”.

Nessa direção, em um único momento da análise dos trechos da entrevista de E1/ SE, é citada a também “marginalidade” de algumas comunidades terapêuticas, quando E1 diz que *é preciso mostrar as verdades. Dizer que tem comunidades que não colaboram, que violam, que maltratam e que não podem ser chamadas comunidades*. Neste momento, E1 assume que não é unânime o fato de as comunidades terapêuticas serem apenas benéficas e se coloca nesse lugar, talvez por seu anonimato ser garantido aqui, talvez por não ter como escapar da realidade crescente de denúncias de violação de direitos dos usuários que se encontram internados nesses dispositivos. Nesse sentido, de alguma forma, aliar-se a esses dispositivos é também ter em mente que o Estado corre o risco de propor alianças com esse tipo de realidade, que também pode acontecer nos serviços públicos, mas seu controle é muito mais consistente e sedimentado (conselhos de saúde, conferências etc) do que o controle sobre as comunidades terapêuticas e outros dispositivos.

Nesse sentido, E1 já anuncia em seu discurso um modo de enfrentar as intempéries possíveis dessa aliança, que pode ser mal-sucedida: *estou propondo que a gente qualifique a estrutura política específica para que ela entenda essas nuances, então, os órgãos de políticas de drogas tem que se formar órgãos, secretarias executivas, fomentadores*. Aqui, E1 nos aponta em seu discurso o fato de que a ação governamental e sua gestão devem ter um status de política e não de ação pontual e temporária, deixando implícito que, ao invés de submetidos a outros órgãos, as atuais gestões de políticas sobre drogas do Estado se

tornem também órgãos autônomos. Isso sugere uma demanda para sua maior autonomia, pois, atualmente, o órgão que responde pela Política sobre Drogas do Estado de Minas Gerais é a Subsecretaria de Políticas sobre Drogas (SUPOD), ou seja, uma subsecretaria que é submetida a alguma secretaria. Com isso, se estabeleceriam como órgãos e secretarias fortes, sem terem de enfrentar os posicionamentos contrários ou as rodadas de participação social, que são critérios da saúde pública. Ao assumir que os órgãos de políticas sobre drogas tenham mais autonomia, E1 o faz sabendo que esses não são vinculados à saúde, mas a outro setor e que, por isso, não terão de serem submetidos a sessões de discussão para deliberação posterior. O entrevistado deixa implícito o incômodo com os posicionamentos contrários e o esforço que faz para que os mesmos sejam superados através da hierarquização dos serviços, ações e gestões.

Se poderá observar em E2/ SE uma contradição com relação às perspectivas de controle e poder, pois se observará que o discurso de E2/ SE aponta para a tese contrária a de E1/ SE entendendo que esta confere às rodadas de controle social a capacidade de controlar os gastos do setor saúde. Do mesmo modo, na E2/ SL também se poderá observar como a fala de E1/ SE é representativa de interesses para além da gestão pública.

Assim, E1 segue em sua argumentação sobre o fortalecimento da máquina pública no que tange às políticas sobre drogas, já que a maior estrutura na atual gestão do Estado de MG é, como já dito, uma subsecretaria. Desse modo, ele pontua a necessidade de criação de *um conselho de políticas sobre drogas deliberativo, que aprova orçamento, que monitora esse programa, que acompanha. Tenho essa convicção. E deixar de ser um lugar que se discute o ideal*. Para E1, o espaço deliberativo seria interessante, porém no que diz respeito à sua concepção de gestão pública, visto que anteriormente, em vários momentos de seu discurso, ele ressalta a necessidade de esvaziamento do controle social do modo como está regimentado. Nessa direção, o que se apresenta no discurso de E1 é o interesse de que os Conselhos de Políticas sobre Drogas também se tornem deliberativos, como os Conselhos de Saúde (instituídos pela Lei 8.142/ 1990), para que os mesmos possam deliberar aquilo que lhes disser respeito, como os interesses privados e escusos à gestão da política pública, como acontece com alguns conselhos de saúde, por exemplo. Nessa direção, implicitamente, se observa a contradição no discurso de E1, já que as políticas sobre drogas poderiam se aliar aos conselhos de saúde para deliberar ações que são comuns às duas áreas, construindo, efetivamente, intersetorialidade. Entretanto, o discurso de E1 aponta para uma mudança no status dos conselhos de políticas sobre drogas e não em um

aliança que permitiria avanços para as duas áreas, que se aproximam no cotidiano de ações e estratégias a todo momento.

E1 deixa implícito também o fato de que os conselhos de políticas sobre drogas estão atualmente ‘figurativos’, porque os mesmos apenas se atentam ao campo do idealismo, da fantasia, distantes da realidade ou descontextualizados ou como também já mencionado por E1, distantes dos efetivos espaços de decisão.

Aqui, numa segunda oportunidade, E1 nos aponta uma autocrítica entre gestão, operadores e usuários dos serviços, considerando que *a gente não dá essa resposta na política pública (...) os serviços na sua região são esses, estamos em tais lugares, oriente as famílias, busque isso, busque aquilo. A gente não faz essas conexões.*

E1/ SE reconhece falhas na gestão pública ao assumir que o Estado se localiza distante da população e, com isso, não estabelece pontes e alianças que permitam um retorno à sociedade sobre como e o quê as ações atingem e propõem como resultados possíveis. Nesse sentido, ele apresenta em seu discurso quais os pontos em que essa distância se dá, no contato direto com a população, no conhecimento da rede local disponível (no território), na orientação das famílias etc. O entrevistado, implicitamente, denuncia em seu discurso que as conexões que deveriam ser feitas não são, e o Estado tem parte nisso uma vez que ao privilegiar as PPP, negligencia a existência da Rede Territorializada que permitiria um contato muito mais direto com quem sofre as ações e, ao mesmo tempo, teria um impacto mais relevante e efetivo na vida daqueles que demandam atenção e cuidados.

Caminhando para o término de sua entrevista, E1 anuncia sua crença em que, para o bom prosseguimento da ação governamental, que *tem um desenho de desafio de futuro formidável é necessária uma inovação mais arrojada e mais corajosa*, entendendo o “Aliança pela Vida” como uma política pública e, ao nomeá-la assim, a iguala a todas as outras, como a Reforma Psiquiátrica, por exemplo, sendo que a primeira tem quatro anos de idade e a segunda, 28 anos – considerando a implantação do CAPS Luís Cerqueira - SP (CAPS da Rua Itapeva) como o primeiro no Brasil. Isto é, são vinte e quatro anos de diferença em momentos históricos do país bastante distintos que quando colocados como iguais nos apresentam o modo como o entrevistado os entende. Nessa direção, aponta que o “Aliança pela Vida” necessita de mais arrojo e coragem, para conquistar mais espaço no campo de atuação, visto que ao galgar novos patamares de gestão (leia-se maior autonomia), o mesmo se verá mais potente para atingir os objetivos de sua gestão, que

podem mudar (a depender dos conchavos e coligações) a cada eleição estadual em que novas siglas assumem a gestão estadual.

Entrevista 2

A E2/ SE inicia sua fala apontando questões que se tornaram viscerais em nossa análise, uma vez que apontam, desde o início, para o modo como sua entrada se deu nas políticas sobre drogas e, por conseguinte, na emergência daquilo que a gestão estadual, naquele momento, privilegiava. Assim, ela anuncia: *quando eu fui selecionada, eu não sabia exatamente o quê que era isso, aliás, [o órgão estadual] que me selecionou para esse cargo, também não sabia explicar exatamente o quê que era esse programa.* A entrevistada apresenta já no início do trecho de sua fala uma denúncia do desconhecimento da própria gestão do Estado de Minas Gerais, deixando implícito que há alguém que colocou a ação como prioridade a revelia do conhecimento do próprio órgão. Esse é um dado que merece atenção uma vez que a ação governamental foi lançada no mês de agosto de 2011, véspera do lançamento do Programa Nacional “Crack, é possível vencer”, do Governo Federal, isto é, se tratava de uma emergência do Estado.

Nessa direção, ela segue em seu discurso informando que *eles selecionaram uma pessoa que tinha capacidade de gestão, com experiência em gestão, não especificamente na área de álcool e outras drogas, mas em gestão de maneira geral.* Nessa direção, a entrevistada anuncia também que sua contratação não exigia um saber técnico sobre a questão do álcool ou outras drogas, mas sim sobre gestão pública, o que elucida uma característica do governo vigente na data de sua contratação: um governo pautado na gestão técnica, claramente exemplificada através do “Choque de Gestão”¹⁶ criado pelo governo antecessor ao vigente na presente data. Além disso, E2/ SE lança mão de uma nomenclatura que anuncia a posição ideológica da ação governamental ao dizer que o programa seria de “enfrentamento” à questão das drogas. Sabe-se que enfrentar a questão das drogas como um “*front*” de guerra não é a saída mais eficaz, visto que o modelo de “guerra às drogas” até hoje traçado (a exemplo da Lei Volstead – 1920-1934 – EUA) vem sendo denunciadas como um fracasso, assim como é a que o Brasil continua travando.

¹⁶ “Choque de Gestão” é uma expressão que abarca ações e estratégias econômicas utilizadas pelo governo de Minas Gerais desde o ano de 2003 com a intenção de ‘enxugar’ a máquina pública e atingir déficit zero no orçamento estadual, criando, assim, um funcionamento otimizado da gestão pública (<https://www.brasil247.com/pt/247/minas247/176277/%27O-choque-de-gest%C3%A3o-tomou-bomba-em-Minas-Gerais%27.htm>).

Nesse sentido, E2/ SE aponta que a sua seleção pelo órgão governamental possibilitou a conseqüente transferência de sua parte de gestão para o setor saúde e proporcionou ganhos que se justificam, segundo ela *porque aqui a gente tem mais autonomia, tem recurso, tem outros fatores que favoreceram o programa vir para cá*. Assim, E2 anuncia, implicitamente, que a gestão da ação em outro setor não seria tão benéfico quanto no setor saúde e admite que não haveriam os mesmos resultados, evidenciando, então, que os resultados são bons porque estão sob sua gestão no setor saúde. Nesse sentido, a entrevistada, implicitamente, dá a entender, através do trecho citado anteriormente, e também neste trecho, que a gestão da ação governamental não é tão bem definida quanto faz supor E1/ SE, visto que além do órgão governamental que a contratou não saber o motivo e objetivos da ação, também não se sabia qual o melhor lugar para alocá-la, entendendo que, mais urgente que organizar sua implantação e implementação, era lançá-la.

Isso se torna mais bem demonstrado quando, em seu discurso, E2/ SE nos anuncia que

eu entrei nesse universo um pouco sem saber, só tinha essa idéia de que ele iria passar por várias secretarias (...) foi estabelecida uma comissão com todos os Secretários de Estado para discutir as questões, as ações, uma coisa bem articulada.

A entrevistada anuncia que a gestão estadual da saúde tem mais autonomia, recursos e fatores que facilitaram a alocação da gestão financeira da ação. Vale ressaltar uma distinção entre o discurso de E1/ SE e E2/ SE, na medida em que E1 não qualifica a ação governamental como um programa de governo e E2 sim, o que demonstra uma contradição entre os discursos, visto que uma ação estadual pressupõe seu caráter temporário (esse dado está no próprio texto da ação) enquanto um programa de governo indica um caráter permanente no decorrer da gestão. Nesse sentido, E2 anuncia uma segunda contradição, na qual E1/ SE diz ser um desenho possível, isto é, o desejo de que a ação passe por várias secretarias a fim de garantir sua intersetorialidade.

Entretanto, o discurso de E2 anuncia como sendo uma ação que iria passar por várias secretarias, ou seja, nos é apresentada a contradição, entre os discursos, que apontam para uma omissão de E1/ SE ou uma “delação” de E2/ SE, já que o “Aliança pela Vida”, na vigência deste trabalho, é gerido nos setores Saúde, Defesa Social e Esportes e Lazer. Além disso, seu financiamento é proveniente da verba social de várias secretarias,

entendendo que a questão das drogas toca e atravessa vários setores e por isso esses podem centralizar seus recursos a fim de garantirem mais efetividade nas ações.

Neste ponto, podemos observar como a gestão sob vários setores se faz não a partir de um interesse intersetorial, mas numa articulação com vistas à gestão financeira, que, juntas, somariam um montante que separadamente não se poderia alcançar. Além disso, outra prova de que não se trata de uma gestão integrada com intuito intersetorial se dá através do fato de que foram realizadas novas pactuações e novos projetos ao invés de se fortalecerem aqueles que já se encontravam em andamento ou que apresentavam resultados eficazes nos setores historicamente envolvidos com as políticas sobre drogas, como a saúde, por exemplo. Nesse sentido, o fortalecimento se deu com o terceiro setor, através de seu hiperfinanciamento, direto e sem regulação. Isso pode ser observado através da fala de E2/ SE: *fizemos algumas questões, como seleção de convênios, projetos com entidades (...) mobilização social e aí fez o Cartão Aliança pela Vida.* A entrevistada, neste trecho, anuncia diferentes ações que foram realizadas até se chegar no Cartão Aliança pela Vida. porém, de acordo com E1/ SE, por que não se fazer vinculações com projetos já existentes? Qual o interesse em selecionar convênios para realizar pactuação para, enfim, realizar a destinação da verba mensal por pessoa internada? Indo mais adiante, se a gestão está no setor saúde, porque os serviços públicos já implantados nesse setor não foram levados em consideração nessa aliança. Conforme se mencionou anteriormente, trata-se de um setor que, historicamente, recebe as demandas de cuidado e atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Qual o interesse, então, de uma parte da gestão estar centralizada no setor Saúde senão pela potencialidade de estabelecer vínculos entre ações? Há uma resistência por parte do setor Saúde? Há uma resistência da Defesa Social ou Esportes e Lazer? Ou há um interesse maior ou estratégico em pactuar com o terceiro setor?

Nessa direção, no decorrer do discurso de E2/ SE pode-se observar a direção de sua fala no entendimento de que o deslocamento de parte da gestão do “Aliança pela Vida” para o setor Saúde promoveu, também, um salto na qualidade do serviço prestado, uma vez que *toda a questão logística foi pensada na SUPOD.* E2/ SE nos conta que *não deu muito certo, então, o governador lança a ação em agosto de 2011, anuncia mil vagas e chegando ao final do ano, a SUPOD tinha conseguido internar sete pessoas.* E2/ SE anuncia o início da ação como fracassada e aponta as dificuldades de uma gestão descentralizada, em que se planeja de um lugar e se executa de outro, criando uma cisão interna que, implicitamente, anuncia seu insucesso. O Decreto n. 45739/ 2011, que cria a ação governamental, destina a receita de 10% do valor repassado às comunidades para as

famílias; de acordo com a entrevista piloto realizada, no município do entrevistado, esse repasse não foi realizado. Em agosto de 2011, o “Aliança pela Vida” é lançado e E2/ SE identifica a origem do fracasso para diferenciar do sucesso que a gestão tem a partir da transferência para o setor saúde, entendendo que todo o insucesso no surgimento da ação se deu em função de uma má gestão ou de um modo de implantação conduzido de modo equivocado.

Esse ponto é retomado com maior nitidez através das falas de E1 e E2 do SL, uma vez que ambas apresentam outra perspectiva da mesma história, ou seja, o nível de adesão dos usuários à ação governamental e a quais interesses o “Aliança pela Vida” responde na dinâmica do dispositivo.

Seguindo em seu discurso, E2/ SE nos anuncia as estratégias que o setor Saúde utilizou para estruturar modos de controle de dados e informações para que pudesse realizar os repasses de verbas diretamente do Estado para as entidades vinculadas. Segundo ela,

consequimos uma maneira de desenvolver um software (...) que controla entrada, saída, dia de frequência, colocamos leitor biométrico (...) pra que a gente possa pagar no final do mês a comunidade terapêutico direito. O dinheiro sai da Saúde, vai direto pra comunidade sem atravessador”.

Neste trecho, E2/ SE menciona o Grupo Condutor da Saúde Mental como sendo uma ferramenta que auxilia na elaboração de ações mais legítimas, subentendendo que ao passar pelo crivo desse grupo, as ações têm mais respaldo e, conseqüentemente, uma entrada mais legítima do que no caso de outros setores que não são compostos por colegiados. Estrategicamente, isso faz sentido para tornar a ação mais bem recebida, uma vez que, segundo E1/ SE, o controle social ou a participação de colegiados não seriam interessantes, pois atuam num plano “ideal”, distante do real. Nessa direção, E2 menciona o modo como o pagamento é feito às comunidades terapêuticas, isto é, sem “atravessamentos” por outros setores ou órgãos de controle. Aqui, embora não seja dito, se localiza a estratégia do Cartão Aliança pela Vida estar no setor saúde e não em outro setor, pois custear ações (de forma direta) diferentemente das ações comumente realizadas (com transferências publicamente reguladas das rubricas dos Fundos Federal ou Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde), é muito mais “palatável” que custear ações da Defesa Social. Sob o argumento de ser uma ação que precisa ser breve (o enfrentamento à “epidemia” do *crack*) a melhor maneira de fazê-lo é alicerçá-lo sobre a égide de uma epidemia que precisa ser resolvida e, isto é, custeando (diretamente) as internações. Assim, o clamor ao qual responde a ação, assim como o Programa Federal “*Crack*, é possível

Vencer”, faz com que essa urgência e essas estratégias sejam justificadas sem muitos argumentos, isto é, a demanda em caráter de urgência faz por merecer ações de caráter alarmista e emergenciais.

A fim de satisfazer a esse clamor, E2/ SE nos apresenta o modo como isso se dá:

a gente não tem nenhum...atendeu o critério? ta dentro. Tem interesse? Ta dentro. Nós começamos com R\$ 900,00 (novecentos reais) por mês, agora em fevereiro desse ano (2014), entendendo que o trabalho está dando certo, a gente conseguiu aumentar para R\$ 1350,00 (hum mil trezentos e cinquenta reais)(...) é uma ação que considero de sucesso, hoje, por causa disso.

E2/ SE aponta aqui a impessoalidade justificando, implicitamente, um dos discursos dos opositores da ação, qual seja, o de que as comunidades terapêuticas favorecidas poderiam ter ligação a alguns setores e a algumas pessoas conectadas aos criadores da ação. Esse é mais um argumento da manutenção de sua gestão financeira ser na saúde, pois a entrevistada entra para a gestão da ação como parte das atribuições do órgão que a contrata (e não do “Aliança pela Vida”) e, assim, não teriam sido abertas brechas para que seja colocada como uma pessoa que tem vinculações extraprofissionais com qualquer pessoa ou instituição. Assim como E1/ SE, a entrevistada vê a ação com sucesso e tendendo a ter mais sucesso, pois está em processo evolutivo, já que o valor pago às comunidades terapêuticas também foi aumentado (em R\$ 450,00/ um terço do valor), colocando o “Aliança pela Vida” no mesmo patamar de valor pago pelo “Programa Recomeço”, do Estado de São Paulo. Vale ressaltar que, embora não tenha sido trazido para nosso texto, há um trecho da entrevista de E1/ SE em que o mesmo menciona a aproximação ideológica entre o “Programa Recomeço”¹⁷ e o “Aliança pela Vida”.

Além disso, o discurso de E2/ SE nos sugere que o sucesso da ação está no simples fato de a mesma ter conquistado um aumento no valor de repasse às comunidades terapêuticas, isto é, numa interpretação direta de seu discurso, poderíamos dizer que quanto maior o financiamento maior o sucesso da ação. Nessa direção, poderemos observar como esse discurso se aproxima do discurso de E1/ SL, pois para as entidades, de fato, o aumento de R\$ 450,00 em sua receita, é um aumento que deve ser considerado. Entretanto, observaremos que há uma contradição, pois E1/ SL diz ainda não ter recebido o aumento da verba, embora, E2/ SE tenha informado que o acréscimo já foi efetuado.

¹⁷ O Programa Recomeço (<http://programarecomeco.sp.gov.br/>) do governo de São Paulo, criado através do Decreto n. 59.164, de 09 de maio de 2013, é um programa que, de acordo com Gradella e Batista (2015) *custeia o tratamento dos dependentes químicos em instituições credenciadas e o valor é pago diretamente à entidade (...) e prevê a reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas e a promoção de sua reintegração à vida comunitária em unidades de acolhimento institucional* (p. 262).

E2/ SE reitera seu discurso de sucesso da ação, salientando que programas de outros estados, como o “Recomeço” (SP) e o “Pacto” (PA)¹⁸, se propuseram a espelhar o “Aliança pela Vida”. Desse modo, E2/ SE justifica o implícito discursivo deixado acima no que tange ao seu entendimento de que o sucesso da ação estava atrelado ao aumento do repasse financeiro ou de sua implantação. E2/ SE anuncia:

temos mais de 40 comunidades terapêuticas já contratadas, já recebi o Estado de São Paulo (...) que fez o Cartão Recomeço, baseado um pouco na nossa experiência (...) então, eu acredito, pelas experiências que a gente está tendo, que é uma ação de sucesso.

Assim como E1/ SE, a entrevistada apresenta os resultados de sucesso, embora esteja à frente da gestão há apenas um ano. De acordo com E1/ SE, há *centenas de casos, milhares de pessoas e abertura de centenas de novas vagas* através da ação governamental. Assim como E1/ SE, ambos entrevistados não mencionam, claramente, quais os resultados efetivos da ação. Podemos supor que não o fazem por correrem o risco de denunciarem, através dos números, que a ação ensejou certo fracasso na medida em que o Estado Mineiro creditou, além de uma verba considerável (70 milhões de reais – 1% da verba social de cada secretaria), uma expectativa muito grande sobre a ação, que seria a panacéia para a “epidemia” do uso de *crack* em Minas Gerais. Entretanto, não foi esse o resultado (em números e ações) e com isso, o Estado Mineiro acabou investindo muito nas ações de propaganda feitas para antecipar o Programa Nacional “*Crack, é possível vencer*”. Além disso, a intenção em citar outros estados que espelhem suas ações em Minas Gerais se dá pelo fato de que, implicitamente, se observa que embora em nosso próprio Estado não haja a adesão esperada, outros estados estão se baseando em nossa ação, o que seria uma prova de que a ação é bem fundamentada, segundo o discurso de E2/ SE. A discussão da adesão será mais bem elucidada através dos discursos do SL, pois que representam os dispositivos e sua realidade cotidiana.

Outro fator implícito nesse discurso diz respeito ao fato de que E1 e E2/ SE estão nomeando como resultados os números de atendimentos ou de entidades vinculadas. Em momento algum são citados os instrumentos de avaliação e acompanhamento das ações que não seja o *software* criado para ser instalado nas comunidades terapêuticas e controlar a assiduidade dos usuários no tratamento. Trata-se de um instrumento muito equivalente ao ponto biométrico utilizado em locais de trabalho, que representa, sobretudo, um método de

¹⁸ Embora não tenhamos conseguido encontrar dados oficiais do Programa Pacto do governo do Pará nos sites governamentais, observamos que a capital (Belém) tem um programa “Belém pela Vida” cuja direção é similar ao “Aliança pela Vida” e “Recomeço” (<http://www.agenciabelem.com.br/noticias/detalhes/108900>).

controle (pelo menos de entrada e saída), pois a verba só é creditada na conta da entidade se o usuário tiver a leitura biométrica realizada durante o dia.

Nessa direção, E2/ SE corrobora nossa tese de que sua avaliação de resultados diz respeito, predominantemente, aos números de entidades e pessoas internadas nas mesmas, pois *estamos com vinte equipes no Estado todo – Território Aliança - [grifo nosso] – mais de oito mil atendimentos, então, nós temos, hoje, resultados concretos para mostrar desse programa.*

Ao mencionar que o “Território Aliança” está com vinte equipes em todo o Estado, E2/ SE nos permite realizar uma conta simples, levando em consideração que, se dividirmos o número de equipes (20) pela quantidade de cidades do estado (853), temos um resultado de, aproximadamente, 0,02 equipes por cidade. Já no quesito populacional, de acordo com dados do IBGE de 2010, Minas Gerais conta com uma população aproximada de 20 milhões de pessoas. Se fizermos uma regra de três, veremos que as oito mil pessoas atendidas correspondem a aproximadamente 0,04% da população mineira, caso toda a população mineira necessitasse dessa atenção.

Nesse sentido, E2/ SE utiliza dados numéricos para justificar a continuidade da ação e, no trecho a seguir, aponta em seu discurso a pretensão da ação: *nós temos resultados pra mostrar e aí, deixou de ser um programinha pra virar uma política pública, que eu acho que é o mais importante.* Neste trecho, a entrevistada aponta uma contradição comparando sua fala com a fala de E1/ SE, pois o mesmo assume que a ação necessita de *mais arrojo e coragem* (para se tornar uma política pública) e E2, aqui, assume que a ação já é uma política pública. Observa-se, então, que as contradições no campo discursivo também indicam uma contradição (ou não aliança) na gestão da ação: um setor compreende a ação como passível de ser alavancada a estratos hierárquicos mais altos (de subsecretaria a secretaria) e outro setor compreende que a ação já alcançou o status de política e, por isso, já pode e deve ser reconhecida como de sucesso. Isso fica evidente através da segunda contradição aparente nos discursos em que um deles preconiza que, mais que resultados (de uma inovação) o que vale é o diálogo entre os setores. O outro discurso (que identifica que se pagou um preço alto pela inovação – no passado) neste momento já colhe os frutos de uma ação (ou política?) de sucesso. Outro implícito discursivo diz respeito à disputa entre as gestões (ao invés de cooperação), visto que deixar de ser um *programinha* acontece quando a ação vai para o setor Saúde e aí ele vira uma *política pública*. Nesse sentido, E2 aponta, implicitamente, que a escalada da ação governamental foi devida à sua alocação no setor saúde e, por conseguinte, à sua atuação,

visto que sua seleção pelo Estado para a gestão da ação fez com que a gestão fosse encaminhada ao setor saúde e, ao mesmo tempo, fez com que atingisse dados que E2/ SE considera como de sucesso.

Nesse sentido, E2/ SE segue afirmando o sucesso da ação:

depois desses dois, três anos que a gente já está a frente disso, é uma ação muito estruturada e é uma política pública hoje, então, nós temos mais de cento e oitenta municípios que já fizeram interseção, encaminhamentos; mais de trezentos que já fizeram adesão formal.

E2/ SE, aqui, assume o discurso do Estado de modo mais vigoroso, investindo sua participação desde a implantação da ação (3 anos) e se contradizendo em relação a sua fala anterior em que afirma sua participação em torno de um ano a frente da ação. Mais uma vez, a entrevistada contradiz E1/ SE apontando que já se trata de uma política pública (caráter permanente) e não de uma ação governamental (caráter provisório), indicando, através de números (dados que não garantem a eficácia da ação) a solidez da ação (ou política pública?).

Nessa direção, E2/ SE explicita em seu discurso o mal-estar existente na relação entre o setor saúde e as comunidades terapêuticas, construindo um discurso de apaziguamento das diferenças em prol do usuário de álcool e outras drogas. Porém, não menciona o fato de que essa relação tem um histórico que merece ser contextualizado a fim de que se fuja do embate apenas de caráter ideológico. Desse modo ela anuncia, como representante do setor Saúde, que

tinha um medo muito grande das comunidades de fazer parte desse universo da saúde, muitos mitos de que a saúde é exigente, que a saúde não ia respeitar a questão religiosa. Isso não é verdade. Nós somos exigentes sim, a questão do alvará sanitário, da segurança sanitária.

A entrevistada, enquanto representante do setor saúde na gestão estadual, assume o lugar de porta-voz dos agentes e trabalhadores da saúde, assumindo uma posição que ela não pode defender por completo, uma vez que existem vários posicionamentos a respeito do mesmo tema. Isso pôde ser observado pelo clima acalorado de discussões durante a VI Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas, ocorrida em 2013, na qual estivemos presentes ou pela recente retomada da temática da laicidade do estado na gestão de políticas públicas, decorrente da freqüente ligação das comunidades terapêuticas com entidades religiosas. Se considerarmos, primordialmente, a Constituição Federal de 1988, podemos observar que os artigos de 196 a 200 (artigos que criam o SUS) defendem e garantem que o usuário do SUS deve ter sua religiosidade e espiritualidade respeitada em

qualquer local que ele for atendido e, ao se financiar (com verba pública) um espaço que assume determinado discurso religioso, pode-se observar um ato inconstitucional e, conseqüentemente, à “liberdade religiosa” das pessoas.

Nesse sentido, E2/ SE sai em defesa de que o setor saúde é exigente com as questões sanitárias, porém, as questões do mesmo setor com relação à exigência de respeito e dignidade no tratamento não se restringem apenas às questões sanitárias, mas à consideração de que o tratamento de qualquer pessoa seja garantido independente de credo, cor, etnia, gênero, orientação sexual etc. Nesse sentido, implicitamente, E2/ SE anuncia o modo como a gerência em âmbito estadual convida à assunção de falas e papéis que se colocam acima das pessoas, visto que, como veremos nas falas do SL, essa relação entre religiosidade da instituição e religiosidade dos usuários é muito sensível.

E2/ SE, pela primeira vez, anuncia em seu discurso a RAPS e isso nos chama a atenção pelo fato de que, se ela representa o setor saúde, a RAPS haveria de estar presente em seu discurso de modo mais freqüente, visto que, cronologicamente, essa Rede também foi aprovada em 2011 (mesmo ano do “Aliança pela Vida”). Porém, em ação, podemos observar seu funcionamento desde o fim dos anos 1990, quando já estavam em funcionamento o PACS, os Programas de Saúde da Família (PSF) e a rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS e NAPS.

Nesse sentido, seu discurso aponta para a direção de atendimento das demandas, entendendo que, segundo E2/ SE, *nós estamos conseguindo dar um alívio para as famílias e pro município que não tinha pra onde encaminhar, paralelo a questão do “Aliança pela Vida”, nós temos a Rede de Atenção Psicossocial.*

Assim, pela primeira vez, E2/ SE aponta a RAPS como estratégia de atuação da saúde também. Nessa direção, ao assumir que a demanda é muito grande, implicitamente, justifica a manutenção da ação, subentendendo que há espaço para todo o tipo de ações e serviços no campo das políticas sobre drogas. Justifica, também, através do argumento de que municípios que não tinham para onde encaminhar, que agora o “Aliança pela Vida” tem dado conta de atendê-los. Entretanto, enquanto política pública, pouco se faz com isso, uma vez que encaminhar para comunidades terapêuticas não é o mesmo que tratar no território e, assim, não contempla a prerrogativa fundamental da RAPS, já que o sujeito internado está isolado socialmente de seu território de origem e das possibilidades de reinserção que o próprio território oferece.

Por último, E2/ SE anuncia que os dispositivos presentes nos municípios, anteriores à ação, servem como pontos de retaguarda, colocando a ação, então, como entrada

principal e os outros serviços como retaguarda à ação governamental. Tal fato se mostra contraproducente ao se pensar que o próprio decreto que cria o “Aliança pela Vida” o caracteriza como uma ação temporária, enquanto os serviços e dispositivos da RAPS são permanentes, pois além de políticas públicas instituídas, são portas de entrada e manutenção de sujeitos incluídos em seus territórios em cuidado permanente em saúde.

Ao tocar na temática da RAPS, E2/ SE menciona em seu discurso, em todos os momentos em que se refere a essa Rede, como o “Aliança pela Vida” tem servido como ponto de apoio e acesso às redes municipais e aos usuários como estratégia e possibilidade de tratamento. Do mesmo modo, ela menciona o fato de que a política de implantação dos Consultórios de Rua, política do Ministério da Saúde, tem prerrogativas de implantação que impedem que todo e qualquer município se vincule à estratégia e justifica, com isso, que o “Território Aliança” serve e vem a responder por essa demanda que os Consultórios de Rua não abrangem. Nas palavras de E2/ SE

pra ter Consultório de Rua, ele olha o Censo Populacional de população em situação de rua, então, tem município que tem a questão do tráfico, do uso, de cena de uso forte, mas não tem o número de população pra ter o Consultório, aí o “Território Aliança” vai suprir essa demanda também.

E2/ SE anuncia os critérios de adesão à política de Consultórios de Rua do Ministério da Saúde e, implicitamente, o faz para diferenciar o “Território Aliança”, uma vez que o mesmo não recorre aos mesmos critérios, embora, também implicitamente, se baseia na mesma lógica de busca ativa (encontrar os usuários em seus locais e cenas de uso). O que não se torna evidente é se os critérios de visita e escolha dos locais de atuação do “Território Aliança” preconizam os mesmos critérios dos Consultórios de Rua, pois para a atuação desses, além do Censo Populacional, são necessários inúmeros outros critérios, como dados epidemiológicos, concentração populacional, nível sócio-econômico da população local, reconhecimento dos pontos de venda, vinculação com outros fatores de risco e vulnerabilidades etc.

Outro fator não mencionado explicitamente diz respeito ao fato de que quem define se o atendimento é adequado ou não é o próprio usuário e não a equipe do “Território Aliança”, pois os Consultórios de Rua atuam na direção da lógica da RD, em que o usuário pode aderir ou não ao tratamento, assim como aderir em partes ou, simplesmente, não aderir, agindo, então, do modo como considerar mais oportuno.

Os relatos de atuação do “Território Aliança” vistos até o momento (nas próximas entrevistas haverá menção aos mesmos) indicam que a atuação do mesmo se resume em ir

às cenas de uso e angariar usuários para internação (fora do território). Nesse sentido, tanto E1 quanto E2/ SE nos fazem questionar qual o interesse em criar novas estratégias de ação ao invés de investir nas ações já existentes, e uma das provas de que isso não é realizado é o fato de que em vários momentos dos discursos, não foi citada uma só avaliação que demonstrasse a inaptidão dos serviços disponíveis para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas. Assim, até então, os dois discursos do segmento estadual reiteram a importância *inovadora e arrojada* do “Território Aliança” e do “Aliança pela Vida”, mas sem validarem os argumentos que justifiquem sua criação.

Nessa direção, podemos observar como o discurso, não amparado em princípios e diretrizes teoricamente sustentados, esbarra em aspectos do senso comum, que nos impedem de observar a real condição e situação daqueles que se encontram em sofrimento. Isso pode ser demonstrado através da fala de E2 que aponta para a lógica assistencialista e da participação mínima do Estado: *nós temos um outro, uma parceria que nós temos com a ‘Aliança de Misericórdia’ (...) que serve refeição, por exemplo, pra morador de rua. Não tem nenhum problema, não tem conflito nenhum.* E E2 salienta: *então, assim, quanto mais a gente puder diminuir sofrimento, dar assistência, acho que a gente não precisa ficar discutindo questões ideológicas ou polêmicas.*

Neste trecho, a entrevistada relata um dado que merece destaque por se mostrar condescendente com o sofrimento dos usuários em situação de rua. O primeiro ponto que aparece no discurso é o próprio título da ação, que repete o caráter de aliança, entretanto, aqui não se trata de uma aliança pela vida da pessoa, mas pela miséria desse outro (entendendo a palavra miseri-córdia, numa interpretação direta, como cordialidade com a miséria alheia). Nessa direção, o caráter dessa ação não pode ser confundido com as direções de uma política pública, uma vez que prestar assistência não é o mesmo que ser assistencialista.

Numa breve pesquisa sobre essa entidade encontramos um *site* (www.misericordia.com.br) cujo subtítulo é: “evangelizar para transformar” (o que nos remete para a discussão realizada a cerca da laicidade do Estado). Do mesmo modo, o Programa Bolsa Família não foi criado para dar esmolas para pedintes, mas pensado para possibilitar que as pessoas consideradas miseráveis, segundo critérios socioeconômicos e culturais, pudessem ter um mínimo de dignidade e cidadania. Dessa maneira, mais uma vez, E2, implicitamente, recorre ao quantitativo de assistência prestada, deixando de lado que, no caso dos usuários de drogas, o fundamental não se trata do número de pessoas assistidas, mas do modo como assisti-las. Alimentá-las se torna, nesse sentido assistencial,

o caráter mais simples desse processo, isto é, uma se torna uma ação caritativa e assistencialista.

Ainda sim, abandonar as discussões ideológicas/polêmicas porque *não resolvem o problema* não é a melhor solução que uma gestão estadual deve considerar, pois como mencionado por E1/ SE, muitas vezes o que é pensado na e pela gestão estadual, por exemplo, não produz, necessariamente, saúde aos usuários. Nesse sentido, em ambas as entrevistas do SE observa-se certa resistência no estabelecimento e construção de diálogo em face das questões ideológicas que, em verdade, são os pontos divergentes para o mesmo objeto (o sofrimento do usuário de drogas) e, assim, ambos entrevistados desconsideram a importância em se dialogar com visões diferentes. Essa leitura demonstra que as discussões do campo ideológico são entendidas e significadas como contraproducentes à transformação social.

Para dar uma justificativa desse entendimento por parte do SE, E2 argumenta que

a gente já foi em vários encontros de usuários, que o usuário fala que para ele essa briga ideológica é medíocre, porque para ele isso não faz a menor diferença. Ele quer ser atendido, quer ter um bom atendimento, então, acho que é nessa linha que a gente trabalha.

E2 apresenta o que é da maior importância e que, por isso, também carrega algumas contradições. A primeira delas é: a quais encontros elas se refere? Uma segunda observação é que, de fato, no discurso do usuário, as questões ideológicas não fazem o menor sentido, já que (no caso do uso abusivo ou dependente) ele está sofrendo e necessita de atenção especial a essa relação entre substância e sujeito. As grandes questões ideológicas se encontram, em verdade, na gestão e o que se busca é permitir que essas questões possam ser debatidas e levadas a sério, a fim de criar novos dispositivos e ferramentas que possibilitem uma ação mais efetiva e eficaz na atenção ao usuário de drogas. Dessa forma, do mesmo modo que o agente que atua no “Território Aliança” deseja encaminhar o sujeito à uma comunidade terapêutica, o agente do Consultório de Rua anseia que esse usuário seja respeitado, tratado e reinserido em seu território de modo mais saudável e com estratégias de enfrentamento às recaídas em seu próprio território.

Nesse sentido, apenas dar assistência ao usuário é não colocá-lo a par das questões ideológicas que, muitas vezes, fazem com que o mesmo se veja alienado dos processos políticos que ensejam sua permanência como ‘fora da lei’. Sabe-se que o índice de recaídas após internações, no Brasil, gira em torno de 97% (Salles, 2013), o que sugere que é muito mais eficaz tratar o sujeito em seu território que o exilar por um tempo e, após um período

fora, retorná-lo ao mesmo local sem ressignificar sua relação com o território (por território entende-se pessoas, locais, laços, afetos etc).

Com isso, outro fator que se apresenta através dos discursos é o de que ideologia ou debate ideológico é significado apenas como algo que deve ser reduzido ou combatido, uma vez que é “contraproducente”. Ora, se não houver dissenso ou ideologias, como criar novidades ou inovações? Como melhorar as instituições ou espaços instituídos que já não respondem mais às demandas sociais? Nesse sentido, nos parece vantajoso ao SE não mencionar (implícito do discurso) que também é ideologia a valorização excedente de PPP entre Estado e comunidades terapêuticas em detrimento de melhorias e aumento de oferta de serviços públicos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Sendo assim, o que se observa é, reiteradamente, uma justificativa dos malogros das PPP que pode ser percebida através do discurso de E2 de que *elas são um serviço de porta aberta, além do financiamento do Cartão*[Aliança pela Vida – grifo nosso], *elas tem outros financiamentos*. Neste trecho, a entrevistada denuncia uma questão que tem sido alvo de discussões, pois as entidades/comunidades terapêuticas têm recebido verbas de diferentes fontes governamentais e não-governamentais e a questão que contorna as mesmas é que não se tem um controle rigoroso sobre suas fontes, como poderá ser observado através do discurso de E1 e E2/ SM. Desse modo, algumas comunidades terapêuticas, além do financiamento do “Cartão Aliança pela Vida”, recebem financiamento da SENAD e através de suas próprias portas, pois elas não tem 100% de seus leitos vinculados ao “Aliança pela Vida”, podendo até mesmo receber duas fontes de verba distintas para o mesmo leito, pois o controle sobre sua atuação e funcionamento não tem sido eficaz (até o momento da escrita deste texto, elas não têm uma legislação que assegure sua regulação).

Desse modo, E2 explicita uma questão bastante polêmica, pois as comunidades terapêuticas têm financiamento público, mas não aceitam a regulação pública. Isso pode ser comparado ao que acontece com as Santas Casas de Misericórdia, que são filantrópicas e, têm leitos financiados pelo SUS e têm suas vagas reguladas por Centrais de Regulação do SUS. Desse modo, a questão que se estabelece é: qual o problema das comunidades em aceitar a regulação pública, uma vez que são financiadas com verba pública?

Nessa direção, E2 nos apresenta, através de seu discurso, uma justificativa de que, mesmo não tendo uma legislação que garanta a regulação das comunidades terapêuticas, o “Aliança pela Vida” previu essa situação e, através da ida de uma parte de sua gestão para a Saúde, essas comunidades puderam ser controladas e fiscalizadas. Como estratégia, os

serviços públicos de atenção ao usuário de álcool e outras drogas foram feitos de “porta de entrada” para o encaminhamento às comunidades terapêuticas, ou seja, foi realizada uma manobra em que, ao invés do sujeito construir referência no serviço público, esse serviço apenas garantiria uma certa legalidade na triagem para que o usuário fosse encaminhado aos dispositivos de internação. E2 aponta que:

temos que ter, principalmente com as comunidades terapêuticas, o cuidado com o usuário que é encaminhado para lá, entendendo que lá não é hospital, que lá não tem uma estrutura de saúde (...) então, a saúde, como ela é “porta de entrada”, não é pra proibir nem pra dificultar a vida da comunidade, muito pelo contrário, é para preservar o usuário que não tem condições clínicas para estar naquele lugar, ser encaminhado devidamente.

Aqui, E2 anuncia que existem duas possibilidades: o tratamento em liberdade e o tratamento asilar, sendo este último um ambiente desfavorecido seja de estrutura ambulatorial, da vinculação com o território e de defesa de direitos, como o de ir e vir, por exemplo. Critérios esses garantidos pelo SUS e pelos princípios, diretrizes e marcos legais da Reforma Psiquiátrica. Do mesmo modo, deixa implícito que não são todos os usuários de álcool e outras drogas que necessitam, obrigatoriamente, de serem asilados e estarem em abstinência para serem tratados – prerrogativas básicas das comunidades terapêuticas.

Sendo assim, aponta para uma lógica de cuidado pautada em níveis de atenção, sendo o serviço público aquele que atende ao sujeito em crise e as comunidades terapêuticas como um trabalho de controle da crise e manutenção do sujeito asilado de seu uso – o que não garante o asilamento de seu desejo ante a droga, nem uma cura para esse desejo.

Assim, E2/ SE reconhece o modo como Estado se utilizou da Atenção Primária em Saúde e de suas “portas de entrada”, entendendo-os como serviços capazes de filtragem e triagem de clientes para encaminhamento às comunidades terapêuticas: *porque hoje já temos dois mil usuários que já passaram pelo Cartão [“Aliança pela Vida” – grifo nosso] sem nenhum problema, sem nenhuma intercorrência foi graças ao filtro e triagem feito na ‘porta de entrada’*. E2 anuncia a revogação do caráter temporário da ação, assumindo que não há desejo de que ela seja modificada, reiterando a compreensão de que a ação está surtindo bons efeitos.

Entretanto, não há congruência com as informações trazidas pelas outras entrevistas que veremos adiante (segmento municipal) em que os(as) entrevistados(as) apontam que os resultados da ação estão muito aquém do que anuncia. Nesse sentido, a entrevistada assume também, em seu discurso, que o desejo de que a ação seja contínua é nutrido e

fortalecido pelo trabalho do serviço público ao acolher o sujeito em crise e encaminhá-lo às comunidades terapêuticas, deixando implícito de que o sucesso da ação é proveniente do trabalho feito pela *porta de entrada* ou o serviço público.

Assim, não fica evidente em seu discurso se a ação só se tornou possível em função da atenção anterior ao encaminhamento ou se é por ela mesma. Também é implícito em seu discurso que há resistência por parte da “porta de entrada”, já que veremos nas entrevistas dos segmentos municipal e local que pode haver resistência nesse processo de encaminhamento. Um dos possíveis questionamentos diz respeito ao fato de que as equipes podem compreender que encaminhar os usuários à internação é retirá-los a possibilidade de tratamento em liberdade e, por isso mesmo, em contato com as questões e anseios que a vida em comunidade (não a terapêutica) propicia. Além disso, encaminhá-los à internação pode significar a retirada de sua clientela do trabalho e do convívio, visto que outro fator implícito é o fato de que, tirando questões outras, o sujeito que atua no serviço público passa, em média, trinta anos atuando naquele serviço e isso já é prova suficiente de que um vínculo com a comunidade local pode ser construído durante esse tempo.

Nessa direção, como forma de balancear sua formação discursiva, E2 aponta uma crítica ao modo como uma das gestões do “Aliança pela Vida” alicerçou sua relação com as comunidades terapêuticas: *eu acho que a Política sobre Drogas no Estado de Minas Gerais, ela foi conduzida nesses anos todos muito focada em comunidade terapêutica. Eu falei lá na Conferência, uma Política sobre Drogas não pode ter esse foco só em comunidade.*

Neste trecho, a entrevistada anuncia que o estado de MG assumiu uma polarização da política sobre drogas que privilegiou (e segue assim), por anos, as comunidades terapêuticas. Como exemplo, a entrevistada cita a VI Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais, ocorrida em 2013, em que majoritariamente se encontravam os dirigentes, coordenadores e proprietários de comunidades terapêuticas beneficiados com as ações do governo estadual (estivemos presentes durante todo o evento). Além disso, aqui se anuncia um mal-estar com o modo como a política sobre drogas mineira foi construída, uma vez que seu discurso aponta para o claro interesse da Subsecretaria responsável pela política sobre drogas do estado de MG em contraposição com a sobrecarga dos serviços de saúde. Esses ficam com a incumbência de acolher as crises dos usuários e seus familiares e encaminhá-los às comunidades terapêuticas e isso pode ou não ocorrer de modo pacífico já que a entrevistada salienta o interesse da política

governamental em privilegiar os dispositivos ao invés dos serviços de saúde, o que, por conseguinte, aponta para o enfraquecimento e desmantelamento dos serviços públicos.

Nessa direção, E2 faz uma ressalva sobre as comunidades terapêuticas, dizendo que *eu não estou diminuindo a importância deles não, mas é um ponto dos demais e o Subsecretário de Políticas sobre Drogas tem que entender isso, que isso minimizaria questões*. Neste trecho, assim como nos dois anteriores, E2/ SE denega a diferença de importância e responsabilidade de ações, entendendo que, do lugar que ela fala e ocupa, os serviços públicos assumem um protagonismo que os diferencia das comunidades terapêuticas. Ao fazê-lo, assume que os entende como pontos que conformam um círculo (Rede), mas que isso não é compreendido e levado a cabo pelo Subsecretário de Políticas sobre Drogas, o que revela que não há consenso no entendimento entre as próprias autarquias do Estado e, principalmente, entre a gestão do “Cartão Aliança pela Vida”, uma vez que ambos entrevistados estão vinculados ao segmento estadual de gestão do mesmo.

Ainda sobre este trecho, ao enunciar que o Subsecretário *tem* que entender isso, E2 aponta uma exigência de entendimento, anunciando que não se trata de um mal-entendido, mas de uma sustentação em não-entender/aceitar. Para E2/ SE, isso acarreta na manutenção de *questões* que são, como apontado nos trechos anteriores, a dificuldade de fazer dialogar serviço público (CAPS) e dispositivos (comunidades terapêuticas). E2 deixa implícito, então, que a imposição do privilégio das comunidades terapêuticas em detrimento dos serviços públicos causa constrangimentos que poderiam ser minimizados se a gestão da SUPOD não enfatizasse as comunidades terapêuticas.

E E2 justifica o porquê da delicada relação entre os serviços públicos e as comunidades terapêuticas: *por isso as questões são muito inflamadas e quando as pessoas da saúde e da Assistência vão nesses espaços, como na Conferência, é tido como um intruso, né? ‘Os estranhos que estão chegando’. O clima fomenta esse embate*.

Neste trecho, em continuidade com a formação discursiva apresentada no decorrer dos trechos analisados acima, E2/ SE anuncia a justificativa de as *questões* serem inflamadas em função da supervalorização das comunidades terapêuticas fomentada pelo Subsecretário de Políticas sobre Drogas e o embate entre ambas direções de trabalho (serviços públicos *versus* dispositivos), que representam, em aspectos mais amplos, a dificuldade da relação entre o público e o privado, em que o privilégio do privado constitui uma resistência ao público, já que o público é o que se apresenta como o lócus daquilo que é da pólis, da cidade.

Nesse sentido, E2 deixa implícito que o Subsecretário privilegiou a presença dos dirigentes e coordenadores das comunidades terapêuticas na VI Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas de MG e que esse privilégio causou uma nítida divisão entre *as pessoas da saúde e da assistência* – políticas públicas – e os outros participantes da Conferência. Assim, ao apontar que o embate é proveniente do “clima” da Conferência, por exemplo, ela deixa implícito que o clima é criado pela SUPOD, já que é essa que organiza o evento e a convocatória dos participantes.

Nessa direção, E2 anuncia, pela primeira vez, o caráter eleitoral, visto que o ano de 2013, ano da VI Conferência Estadual de Políticas sobre Drogas de Minas Gerais, precedeu as eleições presidenciais e de governadores estaduais (2014) em que estavam em enfrentamento duas grandes siglas partidárias do país que representam, historicamente, posições e projetos contrários. Isso pôde ser observado através das grandes mobilizações para a campanha presidencial, na qual ocorreu a morte de um dos quatro candidatos.

Assim, E2 acentua: *mas a gente fica nesses espaços por questões políticas, né? Tem muito interesse por trás, principalmente em ano eleitoral.* Neste trecho, em continuidade ao trecho anterior, E2/ SE nos aponta para duas questões. A primeira diz respeito a que, mesmo diante do ranço e do tensionamento no diálogo entre serviços públicos e comunidades terapêuticas, os sujeitos se mantêm nos espaços de participação social (Conferências) a fim de garantir que suas posições políticas sejam defendidas, uma vez que seus interesses apontam mais para a defesa de privilégios (do financiamento público do terceiro setor, por exemplo) do que para a elaboração de ações pensadas no sujeito em sofrimento enquanto políticas públicas.

A segunda questão no discurso da entrevistada aponta para o fato de que *a gente fica* (gestão) nesses espaços, a fim de assegurar privilégios políticos que garantam sua manutenção e reconhecimento, uma vez que muitos desses cargos são de “comissão/confiança” ou “comissionados”, ou seja, seus ocupantes são indicados para ocupá-los e, assim, os gerem de acordo com a confiança depositada neles. Aqui, podemos entender confiança como afeto, uma vez que a escolha do ocupante se dá por crédito pessoal de seu superior e não por competência, por exemplo. Outro aspecto implícito em seu discurso aponta para o fato de que, de alguma forma, E2/ SE justifica sua permanência no evento de 2013, mesmo não concordando com a maneira como a Conferência foi construída e conduzida.

Nessa direção, E2/ SE anuncia mais uma nuance dessa relação, que aponta para o tensionamento entre o interesse público e o privado, visto que a escolha por quem ocupa o

cargo delimita quais interesses o ocupante e seu superior têm, e, ao mesmo tempo, anunciam o tipo de política que será conduzida para responder a certos interesses. Dessa forma, E2/ SE aponta o fato de que como se trata de um ano eleitoral, a disputa e a mudança de partidos em âmbitos nacional e estaduais podem causar mudanças severas entre aqueles que ocupam cargos superiores e cargos de confiança, assim como as políticas realizadas por esses e o apoio que esses receberam até então. Desse modo, a entrevistada anuncia a vulnerabilidade dessas ações, assim como dessas pessoas, justificando, implicitamente, o porquê desses ocupantes se preocuparem tanto em atingirem prestígio através de ações que, de certo modo, garantam que certos setores e segmentos os reelejam ou os coloque numa situação confortável num momento posterior.

E2 segue em discurso apontando que

é um ano eleitoral, a bandeira da questão dos usuários de drogas é uma bandeira eleitoral. Tem interesse político, então, a gente tem que tomar cuidado, porque as pessoas são oportunistas né? Eles ficam fazendo a coisa, pra aparecer na mídia, pra se destacar, pra puxar liderança de um segmento que não fez. Enfim, são vários os interesses, né?

Neste último trecho selecionado, E2/ SE inicia seu discurso evidenciando o uso político da questão dos usuários (e não das drogas). Dos usuários porque se vincula ao tratamento e, conseqüentemente, ao terceiro setor ou às comunidades terapêuticas e ao financiamento público de ações no campo privado. Sendo assim, ela anuncia o caráter oportunista (“politiqueiro”) dessas ações e interesses. Aqui, não fica explícito que ela afirma que o Subsecretário representa esses interesses e, conseqüentemente, que é oportunista, mas, implicitamente, de acordo com os trechos e análises selecionados e analisados anteriormente, pode-se inferir que haja conexão entre ambos.

Por todo o exposto anteriormente, isso se torna mais nítido em seu discurso quando E2 anuncia que os *oportunistas* sabem que há uma questão que com *brasa inflama*, evidenciando que a oportunidade é criada e promovida a fim de criar visibilidade ao órgão ou autarquia, mesmo que esse/essa não tenha vinculação com o tema. Nesse sentido, ela deixa implícito que as estratégias (midiáticas e outras) utilizadas pela SUPOD apontam para uma ação que visa sua autopromoção nesse campo, não necessariamente sendo seu locus de atuação. E2/ SE indica, então, que o intento em financiar os dispositivos diretamente, através de ações como o “Aliança pela Vida”, visam mais a transferência de recursos, o poder político, o reconhecimento, o prestígio (midiático/ pessoal) e a garantia de futuro do que a atenção ao usuário de drogas.

Isso poderá ser mais evidenciado nas análises que se seguirão. Aqui, de modo direto, E2 explicita que se trata do financiamento de um segmento que não fez, mas que atualmente tem liderança, isto é, implicitamente ela assume que a Saúde se atenta às demandas dos usuários de drogas há mais tempo que o segmento do Estado que se afirma gestor de ações no campo das políticas sobre drogas. Entretanto, como se trata de um tema com alto clamor social e com grande potência eleitoral, E2/ SE reconhece que o segmento se aproveita disso, dado que sua liderança é arquitetada e construída sobre pilares de interesses políticos, como indicado em seu discurso.

6.2 - Segmento Municipal

Em nosso trabalho de análise de discurso das falas do segmento municipal, podemos observar como os discursos dos entrevistados citam com maior frequência as palavras “usuários”, “tratamento” e “direitos”. Pudemos observar que isso se dá porque são sujeitos que representam o segmento que está em contato direto com a população alvo das políticas e também porque, como trabalhadores, em sua maioria concursada, a relação com o usuário se dá tanto pela via longitudinal (em números, uma média de 25 a 30 anos trabalhando naquele local) quanto pela via vertical (atendimento da necessidade do sujeito no momento em que o sujeito busca o serviço). Assim, veremos uma mudança em relação aos discursos analisados no segmento estadual, mas por isso, não menos importante.

Entrevista 1

E1/ SM inicia seu discurso nos apontando uma característica de relevância à análise de discurso, que é a observação do contexto em que o discurso é produzido. Sua fala aponta para a questão de que

qualquer problema que a pessoa tenha na família, qualquer dificuldade ou obstáculo, imediatamente, já se destina a pessoa para aquele lugar, né? Porque se você torna o dispositivo de internação para pessoas de uma facilidade muito grande, você começa a fazer, a reproduzir o processo de exclusão sem dar condição de retorno. Muito semelhante, no meu ponto de vista, às comunidades terapêuticas.

Neste trecho, algumas questões se apresentam de modo explícito e outras de modo implícito. Iniciando nossa análise pelas questões explícitas, podemos observar que o discurso de E1/ SM aponta que as internações se tornaram a saída mais utilizada para os problemas que se apresentam às pessoas que necessitam de cuidado. Nessa direção, é

explícito em seu discurso que a internação se tornou, então, a estratégia mais utilizada e, com isso, ocorre a exclusão dessas pessoas, na medida em que o sujeito apartado de seu território não tem muitas condições de se haver e ressignificar sua relação com a droga e todo seu entorno (negociação, compra, cena de uso, permanência etc), na medida em que a situação de asilamento o afasta dessas contingências.

Nessa direção, a internação se torna a saída mais utilizada e, por conseguinte, mais “artificial”, pois negligencia o sujeito em relação ao seu território, incluindo nesse (para além da relação com seu uso) suas relações interpessoais, seu pertencimento, seu agrupamento, suas relações afetivas, de trabalho etc. Nessa perspectiva, implicitamente, fica indicado no discurso que a facilitação das internações em dispositivos privados vai na contramão de um tratamento que visa cuidar e reinserir o sujeito em seu território de modo a ressignificar sua relação com a droga e com os seus, visto que a internação o coloca distante e em abstinência do uso, mas não prevê como será seu retorno ao território, que o expõe aos mesmos estímulos que justificaram sua internação. Isto é, implicitamente, é apontado certo fracasso das internações ou da “Aliança pela Vida” e, explicitamente, o caráter excludente das internações como recurso primário.

Nessa direção, E1/ SM segue em seu discurso nos apontando o que também já foi mencionado por E2/ SE sobre o lugar que as internações em comunidades terapêuticas devem ocupar na Rede de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas, entendendo que esses dispositivos não são ambulatorios ou hospitais gerais que permitem que o sujeito tenha uma atenção integral à sua saúde, mas visam, sobretudo, ao tratamento do que é nomeado “dependência química”. Assim, ela nos aponta

ou a pessoa, às vezes, também, no uso de drogas tão excessivo, ela pode necessitar de cuidados, inclusive aí o indicado é uma internação no hospital geral, que a pessoa, às vezes, teve uma overdose, está com problemas orgânicos associados, ou a pressão alta ou uma desidratação. Ela precisa de um acompanhamento clínico (...) ou pelo menos um profissional da área da saúde mental pra fazer uma articulação, uma mediação com a Rede de Serviços Substitutivos, com a família.

Neste trecho, pode-se observar o entendimento de que as internações ambulatoriais, em contraposição aos serviços públicos de saúde no território do sujeito, apontam para uma potencialidade de tratamento maior do que o isolamento do sujeito quando indicado para uma internação de caráter, predominantemente, abstêmio.

Outro aspecto que pode ser observado diz respeito ao modo como o setor saúde tem se constituído como uma porta de entrada, como lugar para acolhimento e, ao mesmo tempo, ações como o “Aliança pela Vida” tem feito dele apenas espaços de triagem em que

o encaminhamento para alguma comunidade terapêutica é seu destino, já pré-traçado e, em certo sentido, até almejado, uma vez que esse é o itinerário prescrito pela ação governamental. Em entrevista-piloto realizada com um operador da ação governamental, fomos informados de que o governo mineiro requeria aos serviços de saúde municipais que aumentassem o número de encaminhamentos e internações pelo “Aliança pela Vida”, a fim de o Estado apresentar resultados da ação. Essa questão foi mencionada no discurso de E2/SE, quando a mesma anuncia o número de internações realizadas pelo “Aliança pela Vida” no primeiro ano de sua implantação. Retomando nossa análise do trecho acima, E1/ SM apresenta como implícito discursivo o fato de que essas comunidades terapêuticas não têm capacidade para gerirem aspectos clínicos ou comorbidades associadas ao uso/abuso de drogas pelo sujeito, visto que menciona, explicitamente, a ausência de cuidados, naqueles dispositivos, para além do uso de drogas que o sujeito faz. Do mesmo modo, não apontam para aproximações entre comunidades terapêuticas e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), sendo sua única vinculação no momento em que a saúde é porta de entrada para a triagem e encaminhamento ao dispositivo. Assim, ao fazer do serviço público espaço de triagem e encaminhamento, o Estado acaba por facilitar o entendimento de que aquele serviço, mais que um espaço de produção de saúde, é um local de demanda de internação.

Nesse sentido, E1/ SM nos demonstra como entende as estruturas que fogem ao modelo utilizado pelo Estado, isto é, os dispositivos da RAPS e nos aponta que

isso é uma coisa que eles tem que ter o entendimento, Casas de Acolhimento Transitório (CAT) (...) há que ter profissionais nesses lugares ou na Rede de Serviços para estar construindo com essa pessoa uma saída, uma possibilidade pra ela reconstruir a vida dela.

Neste trecho, se evidencia a compreensão de E1/ SM de que os usuários de drogas podem estar ou se colocam em situações de vulnerabilidade em que pode ser necessário, em algum momento, um afastamento do território para que possam se proteger dos riscos associados ao seu uso. Entretanto, E1 nos apresenta que esse afastamento pode ser realizado por um serviço transitório, isto é, por um serviço que vise conquistar com o sujeito maneiras de sobreviver em seu território sem ter de se colocar em situações de vulnerabilidade e, ao mesmo tempo, sem se afastar de seu território, que seria uma medida de adiamento do enfrentamento às questões relacionadas ao seu uso. Nesse sentido, é oportuno mencionarmos que uma das condições para a exposição à situações de vulnerabilidade não se dão pela escolha única e exclusiva dos sujeitos, mas porque as drogas de escolha dos mesmos, sendo ilegais, têm de serem consumidas em espaços

clandestinos. Isto gera, além da exposição a essas situações, a estigmatização daqueles que ocupam o referido espaço, como podemos observar através do exemplo que se tornou emblema no país, a “cracolândia”, em São Paulo.

Assim, E1/ SM aponta seu incômodo com relação à denominação “Comunidades Terapêuticas” para além de sua crítica ao modelo de tratamento preconizado por essas entidades. Nessa direção, corrobora a tese que discutimos em nosso terceiro capítulo, de que existe uma mesma nomenclatura para modelos de tratamento e atenção ao usuário de álcool e outras drogas que não podem ser confundidos. E1/ SM aponta:

na verdade, nós fomos vendo, as chamadas, no Brasil, comunidades terapêuticas, tem esse nome, que foi, vamos dizer assim, pra mim, roubado (...) porque comunidades, nos Estados Unidos, terapêutica é um dispositivo que foi inventado no final dos anos 1960 ou meados dos anos 1960.

Nesse sentido, para a entrevistada, o discurso criticado se vale da realidade ideológica do uso da nomenclatura “comunidades terapêuticas”, uma vez que identifica nas comunidades terapêuticas originárias (como denominamos ao longo de nosso trabalho) o que, de fato, se denomina uma terapêutica comum às pessoas vinculadas ao dispositivo. Desse modo, explicitamente, a entrevistada se refere aos trabalhos de Maxwell Jones e sugere que o termo não foi tomado de empréstimo, mas *roubado*. Implicitamente, ao mencionar o “roubo” da nomenclatura, a entrevistada assume que há um contrassenso entre uma e outra, visto que roubar sugere, dentre outras significações, assumir/ fazer pertença em/de algo que não lhe compete (<http://www.priberam.pt/dlpo/roubar>).

Seguindo na formação de seu discurso, E1/ SM explica de onde entende que são provenientes as apropriações da denominação “Comunidades Terapêuticas” no país e diz que

no Brasil, as igrejas judaico-cristãs, com ênfase nas evangélicas, tem as católicas, tem as espíritas também, todas são cristãs, elas criaram um estabelecimento que elas nomearam de Comunidades Terapêuticas. Ninguém sabe por quê. Porque elas, normalmente, elas tem um cunho religioso, elas acreditam que, pelo viés da religião, a pessoa se cura, a pessoa dá um sentido para sua vida.

Neste trecho, E1/ SM aponta que a retomada da nomenclatura “comunidade terapêutica” foi realizada pelos movimentos religiosos e que seu caráter terapêutico se dá através da religiosidade. Nessa direção, o que se torna implícito em seu discurso é que ela menciona não saber o porquê das religiões se denominarem terapêuticas através do exercício da religiosidade, visto que ao mencionar o caráter cristão das religiões, ficam implícitos os princípios das mesmas, quais sejam: o caráter de nomear aquilo que é pecaminoso, que é distante das ações cristãs e, com isso, o estabelecimento do critério de

“salvação” para aquela alma que se entregou aos prazeres mundanos, visto que, para todo mal haverá seu bem e se o sujeito se alienou na prática mundana (suja), o cristianismo, através de suas religiões, vem para expurgar todo o mal, salvar e curar este sujeito. Nesse sentido, se torna tangível o possível caráter terapêutico das religiões para alguns, mas não menos questionável enquanto ação governamental, já que para E2/ SE essa ação já é considerada uma política pública.

E1/ SM, então, continua:

pra que o sujeito chegue lá e diga: ‘nossa, que horror que eu fiz, eu não vou fazer mais isso. Eu estou curado e eu encontrei Jesus’. Acredito que muitas pessoas possam até acontecer isso, mas enquanto uma política pública nós não podemos colocar esse dispositivo como ‘o dispositivo’ prioritário para as pessoas.

Aqui, a entrevistada complementa seu discurso, analisado acima, interpretando a absolvição do sujeito perante sua relação com a droga, numa espécie de exorcismo de todo o mal, como se tudo se enredasse ao redor da droga e a única salvação fosse o encontro com “Jesus”, como aponta E1/ SM. Nesse sentido, nos valemos do que Sigmund Freud (1930/ 2006) postulou como as três possíveis saídas para o mal-estar: as drogas, a religião e/ou a atividade científica a fim de entendermos o impacto que as drogas ou a religião tem na vida humana. Aqui, o sujeito ausenta-se do uso de drogas, mas assume uma relação com a religiosidade. Seguindo em seu discurso, é possível depreender, implicitamente, que a entrevistada critica a fragilidade da questão da laicidade do Estado Brasileiro, visto que, após o aumento do número de comunidades terapêuticas durante os últimos anos no país, tem-se discutido com muito vigor o respeito à laicidade do Estado. Porém, o governo nacional/ estaduais se tornaram questionáveis, pois, repetidamente, têm financiado (com verba pública) e facilitado a criação e implantação de comunidades terapêuticas de cunho religioso para tratamento de usuários de álcool e outras drogas no país, sendo um desses exemplos, nosso objeto de estudo “Aliança pela Vida”.

Nessa direção, E1/ SM aponta o divisor de águas dessas disputas, qual seja: o usuário e sua possibilidade de escolha, como um dos critérios para o tratamento, na medida em que é esse sujeito quem dirá de sua necessidade e desejo e, neste momento, já é possível se pensar nos direitos do usuário de drogas no país e no exercício de sua cidadania e individualidade. E1/ SM anuncia:

aí, a pessoa, lucidamente, fala: ‘apesar de tudo isso eu quero ir para uma comunidade’. Ele tem o direito de ir (...). O que os profissionais de saúde queixaram, criticaram e reivindicaram na IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersectorial, em Brasília, no ano de 2010, foi que não se credenciasse essas comunidades pelo SUS, porque essas comunidades já têm uma fonte de

financiamento que, inclusive, precisa ser esclarecida para o país, porque ninguém sabe.

Aqui, E1/ SM, então, complementa o discurso que analisamos acima, em que salienta a dualidade do Estado Brasileiro em ser laico e, ao mesmo tempo, financiar com verba pública entidades de cunho religioso para tratamento da população alvo. Desse modo, a entrevistada aponta perspectivas políticas e ideológicas distintas no país, quais sejam: a perspectiva da Saúde, que visa à ampliação dos serviços públicos substitutivos às internações; e a perspectiva da Justiça, que financia e inaugura diversos editais de financiamento a essas entidades. Nesse sentido, ela denuncia que há uma dualidade no interior do Estado e essa dualidade aponta para divergências de interesses que devem ser elucidadas, uma vez que os financiamentos do setor saúde são regulados por diversos mecanismos de controle da verba pública (os Conselhos de Saúde, por exemplo). No caso das comunidades terapêuticas, não há esse controle, visto que como não são regulamentadas, não são também reguladas pelos dispositivos de controle oficiais e, não o sendo, gozam de diferentes fontes de financiamento. Isso as coloca como duvidosas na medida em que visam ao lucro (privado) em detrimento do tratamento dos sujeitos que sofrem a partir da relação que estabeleceram com as substâncias psicoativas. Nesse sentido, seu discurso esbarra em vários pontos dos discursos anteriores, do SE, sobre a relação delicada entre trabalhadores do setor saúde e os dirigentes/ representantes das comunidades terapêuticas; a obscuridade da fonte de financiamentos às comunidades; a relação entre os aspectos de politicagem e abertura/ financiamento de novas e mais entidades. Enfim, podemos observar no decorrer das análises e dos próprios discursos, que é uma questão recorrente, que as comunidades terapêuticas são privilegiadas através das PPP, que tem vieses políticos que as sustentam e, ao mesmo tempo, o quanto o Governo Federal e alguns estados brasileiros estão atrelados a isso. Aqui, não teremos oportunidade de adentrarmos na análise comparativa com outros programas e ações semelhantes ao “Aliança pela Vida”, mas ressaltamos a importância disso.

Seguindo em seu discurso, E1/ SM, acrescenta que

a gente foi vendo que os interesses dos proprietários desses estabelecimentos que, normalmente, são ex-drogados ou pastores de igrejas, são interesses que, às vezes não ficam muito claros. Eu acredito que tem uma questão aí muito de dinheiro mesmo, que não é muito claro.

Neste trecho, E1/ SM aponta diversos argumentos, explicitamente, que corroboram seu discurso nos trechos anteriores e que merecem destaque: o primeiro diz respeito aos

interesses dos proprietários dos dispositivos chamados “comunidades terapêuticas” são interesses escusos que escapam ao domínio público, sendo muito diverso do que se preconiza na criação de serviços públicos de saúde. Aqui se abre, novamente, o questionamento que perpassa todo este trabalho, qual seja: se não é muito claro o objetivo dos diversos financiamentos às comunidades terapêuticas e também qual o interesse delas além dessa arrecadação, a ação “Aliança pela Vida” faz laço com a vida de quem ou qual setor? E1/ SM aponta que acredita que existam dispositivos que queiram, de fato, ajudar as pessoas que sofrem com seu modo de uso das drogas, mas deixa implícito que, se algumas entidades se preocupam, outras só se preocupam com a arrecadação que os usuários trazem junto com seu sofrimento e, nesse sentido, como saber qual é o interesse de cada uma? Como saber o que cada entidade almeja com a vinculação ao Estado, através do “Aliança pela Vida”, se esse mesmo Estado não tem condições para avaliar continuamente as ações? Já que as entidades não estão sendo regulamentadas, também não têm como serem reguladas pelo setor da saúde ou da assistência social (no caso do setor saúde, a regulação se dá apenas através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA ou, por exemplo, no município de São João Del Rei em que o Conselho Municipal de Políticas sobre Drogas, para garantir o repasse de verbas municipal, elaborou um documento com critérios a serem avaliados em visitas às entidades).

Nessa direção, E1/ SM nos apresenta sua compreensão do porquê o Estado e os municípios brasileiros entendem que é melhor se vincular a uma entidade a estruturar um serviço público. Ela diz que

em 2010, quando o Governo Federal coloca essas comunidades para dentro do sistema da Rede RAPS, ele criou, teve vários desdobramentos. Um deles, por exemplo, pode ser que, ao invés do município querer investir na construção do CAPS ad, na construção da Casa de Acolhimento, que ele tem que arrumar o espaço físico, equipar, contratar gente, ele prefere credenciar a Comunidade. Pra ele é mais fácil, é mais econômico.

Aqui, a entrevistada anuncia explicitamente como se tornou mais vantajoso para ambas as partes (entidades e Estado) a implantação e fortalecimento dessas, pois pactuar, através do “Aliança pela Vida”, por exemplo, com as entidades, se tornou muito mais simples que implantar um serviço público-permanente de saúde, visto que é muito mais fácil lidar com uma terceirização de serviço do que com a gestão plena do mesmo. Dessa forma, o que vai se tornando mais evidente ao longo dos discursos, implicitamente, é que a relação entre Estado e terceiro setor é algo que vem ocorrendo não apenas no campo da Saúde, mas de um modo geral como uma estratégia neoliberal de minimização da

participação do Estado na gestão de aspectos fundamentais da vida da população. Esse argumento pode ser elucidado através do “Aliança pela Vida”, que foi criado durante a gestão de um governo neoliberal e, em janeiro de 2015, o governo alternou-se para um partido de base progressista, que, de certo modo, contestou a possibilidade de continuidade da ação governamental, visto que a terceirização das ações do governo não vão ao encontro das bases ideológicas do governo em vigência. Entretanto, como as vinculações na gestão do governo anterior ao de 2015 foram de grande impacto, o atual Subsecretário de Políticas sobre Drogas do Estado de Minas Gerais se faz representar no Estado como um continuador da política que vinha sendo realizada (www.omid.mg.gov.br). Nesse sentido, a análise do discurso se mostra, mais uma vez, de total pertinência com nosso trabalho, pois leva em consideração o contexto em que os discursos são produzidos e a mudança do contexto político ocorrida durante a realização deste trabalho mostra, claramente, como os discursos e, conseqüentemente, suas práticas se alteram e, ao mesmo tempo, dizem mais do mesmo, pois no caso da ação governamental, as coligações e a força política do segmento foram mais fortes.

Nessa direção, o discurso de E1/ SM nos aponta, de modo semelhante ao trecho selecionado em E1/ SE, que a gestão pode, muitas vezes, se distanciar da realidade e, por conseguinte, dos trabalhadores e usuários. Ela pontua que *vão pactuando a revelia do nosso conhecimento, a revelia da Rede* e com isso nos chama a atenção a falta de comunicação entre a gestão do serviço e a gestão municipal ou estadual, pois as pactuações são realizadas em esferas municipais, estaduais e nacional, e, muitas vezes, os trabalhadores não são comunicados sobre as ações da gestão do governo, ficando à mercê de decisões hierárquicas. Nesse sentido, a entrevista-piloto realizada nos indicou que essa falta de comunicação também se dá no âmbito municipal, fazendo com que, muitas vezes, os trabalhadores e operadores das ações fiquem em situações delicadas, pois que a administração pública não os esclarece ou os põe a par da situação que terão de enfrentar. Voltando a E1/ SM, essa implicitamente revela como a gestão compreende o lugar em que os trabalhadores “da ponta”, como é convencionalmente chamar, são vistos e tratados. Ou seja, não lhes é comunicado e questionado quais as melhores formas de se estabelecerem novas ações ou novos modos de funcionamento dos serviços, fazendo com que os trabalhadores se sintam alijados do processo de construção e melhoramento de seu labor e da Rede de Atenção como um todo.

Nesse sentido, E1/ SE aponta que essa falta de diálogo é um dos fatores que fazem com que a PPP entre o Estado e as entidades, formalizada através do “Aliança pela Vida”, é passível de críticas e desconfiança, pois sugere aos trabalhadores da rede assistencial, que

essa questão dessa relação do Estado, por meio da Secretaria de Saúde, com esses estabelecimentos, dessa forma. É colocá-los dentro da Rede e ficar criando, sei lá, dispositivos de ficar encaminhando e internando as pessoas, quando esse dispositivo (as internações) deve ser o último a ser utilizado.

Neste trecho, a entrevistada aponta, de modo implícito, para a mudança de direção de tratamento pelo viés financeiro, isto é, juntamente com a inserção desses dispositivos na Rede de Atenção, o que se promoveu não foi uma melhoria da atenção aos usuários, mas um aumento das internações. Por conseguinte, ocorreu a diminuição da potência transformadora dos serviços públicos, visto que, como dito anteriormente, os serviços deixaram de ser referência para se tornarem “serviços de triagem” para comunidades terapêuticas. Ao mesmo tempo, a conquista histórica (proveniente da Reforma Psiquiátrica) de reduzir internações e acolher e tratar no território deixou de ser o principal interesse da população (leia-se famílias), que passam a almejar as internações em comunidades terapêuticas. Fica implícito também que o “Aliança pela Vida” agiu de modo questionável ao anunciar que iria financiar tanto as famílias quanto os dispositivos, fazendo atravessar na dor e no sofrimento dos usuários e seus familiares as relações capitalistas e do dinheiro fácil (recebimento de verba sem atravessamentos), fazendo com que, ambas estando desejosas de internação (ou de verba pública) acabaram por esvaziar (fisicamente e ideologicamente) os serviços públicos, exigindo dos mesmos apenas “guias de internação”. De acordo com o que se tem observado, essa PPP entre o Estado e as comunidades terapêuticas se apresenta como uma das personificações do que se tem chamado de “desmonte do SUS”.

Nessa direção, remontando ao que E1/ SM havia dito anteriormente e que, em nenhum momento foi indicado pelo SE, *não pode ser de jeito nenhum do jeito que eles estão fazendo. Do jeito que eles estão fazendo, o tratamento vira-se internar em comunidade terapêutica.* E1/ SE nos aponta que a existência das comunidades terapêuticas e entidades filantrópicas em si não é o problema, visto que elas existem há um bom tempo e cumpriram importante papel quando da ausência do Estado em relação aos necessitados de atenção (as Santas Casas de Misericórdia são um bom exemplo). O que está em questão, para a entrevistada, é o modo como isso tem sido feito, uma vez que desmantela os cerca de trinta e sete (37) anos de luta para implantação e assunção dos princípios da Reforma

Psiquiátrica Brasileira (1978-2015), que tem como pano de fundo a horrível cena das grandes internações manicomiais, como discutido anteriormente. Nesse sentido, implicitamente, E1/ SM anuncia que o modo é o mesmo de 37 anos atrás, uma vez que, para aqueles (proprietários de hospitais psiquiátricos privados), tratar era sinônimo de internação, que, por conseguinte, era sinal de enriquecimento à custa do Estado.

Dessa forma, do mesmo modo que o discurso de E1/ SM nos permite comparar os anos de 1970, em que havia no Brasil o maior parque manicomial da América Latina, também nos é possibilitado compreender que não se trata de criarmos relações maniqueístas entre “bom” e “mal”, mas entender que os processos históricos e sociais são acoplados e permeados um pelo outro. Dito isso, podemos compreender que, da mesma forma que a mídia teve papel fundamental em veicular a informação de que as internações eram uma via possível de tratamento naquela época, não podemos descartar essa relação nos dias atuais, visto que, um dos principais motivos para o “boom” de comunidades terapêuticas no Brasil se deve à notícia falaciosa de que havia uma “epidemia do uso de *crack*” no país. Foi esse alarde midiático que permitiu um aumento considerável de tantos dispositivos prontos a atender a população e, ao mesmo tempo, que o governo federal e as demais unidades federativas tivessem um campo fértil para a realização das PPP. Nesse sentido, o discurso de E1/ SM nos sugere, como já dito, *mais do mesmo*. Nessa direção, ela pontua que

da comunidade [terapêutica] algumas pessoas se beneficiam, mas eu sempre vou falar outro assunto. Não vou falar mal, porque vai com alguém na televisão e mete o pau nisso [comunidades terapêuticas] pra você ver! Quando você sair de lá, você vai ser fuzilado! Você agradece à Rádio Itatiaia, à Rede Globo (...) eles querem que os *crackudos* morram. Eles querem que a população queira que pegue uma metralhadora e mata todo mundo, acaba com eles. É isso que eles querem. Você tem dúvida disso?

Neste trecho, a entrevistada deixa implícito que se posicionar contrariamente às comunidades terapêuticas se tornou amedrontador e, nesse sentido, minoritário, indicando que a predominância desse setor não apenas conquistou as famílias, mas uma posição de destaque e autoridade. Mais uma vez, sua fala se compara aos tempos de chumbo (1964-1984) no Brasil, em que a censura ditatorial decidia o que poderia ser dito ou não. Desse modo, ao citar dois veículos de comunicação de grande proporção no país, ela explicita como essa visão do usuário de drogas foi construída e diz muito mais de uma criação que, de fato, de uma realidade. Isso fica evidente quando, implicitamente, a entrevistada cita os “crackudos” ou usuários de *crack* que, em verdade, não são a real fonte da epidemia do uso de drogas como veiculado por esses canais de comunicação, mas sim os usuários de álcool

que, contemplam, atualmente metade da população brasileira, isto é, aproximadamente cem milhões de pessoas. Nessa direção, de acordo com a entrevistada, se os “crackudos” têm que morrer, alguém tem que sobreviver e, nesse raciocínio, quem haveria de sobreviver e continuar a matar e perseguir? As belas e coloridas propagandas de álcool que são veiculadas na TV aberta ou a promessa do “Aliança pela Vida” de que internar e tratar são sinônimos? Nesse sentido, se mostra evidente no discurso de E1/ SM como suas palavras para representar a violência desses canais guardam, também, certa violência, como *metralhar, fuzilar, morte, acabar com eles*, enfim, significantes que, por si só, indicam um cenário de guerra ou barbárie, pois tanto o fuzil quanto a metralhadora são armas criadas para matar em grande escala ou sem deixar dúvidas que resta vida.

Por fim, E1/ SM nos aponta que a estratégia dos veículos de informação de massa não é a saída, e que se trata de um problema que diz não apenas dos brasileiros, mas da relação da humanidade com as substâncias psicoativas. Nesse sentido, ela aponta que *não é desse jeito. Como diz o Carl Hart, vocês estão vendo, ele falou isso. É gente pobre, sem estrutura, são os negros e é no mundo inteiro isso.*

Neste trecho, a entrevistada amplia a discussão trazendo para sua fala o trabalho do neurocientista norte-americano Carl Hart (<http://www.drcarlohart.com/>), que foi usuário de drogas durante uma parte de sua vida e, atualmente, se tornou um dos maiores expoentes nos estudos sobre drogas no mundo, sendo convidado para dar palestras em vários países. Esse autor, o primeiro cientista negro da Universidade de Columbia, apresenta com propriedade a realidade do negro usuário de drogas, que é exposto a diferentes níveis de vulnerabilidade antes mesmo do uso de drogas, como a dificuldade de acesso à bens e serviços, empregos precários, enfim, preconceitos de diferentes ordens. O uso de drogas se torna, então, mais um fator de exposição a riscos.

Nesse sentido, a entrevistada salienta que essa é a realidade em todo o mundo e não poderia ser diferente no Brasil, com 127 anos de abolição da escravatura e a manutenção de diferentes níveis de racismo, seja através do acesso restrito dos negros às universidades, espaços políticos, bens e serviços de qualidade etc, sendo necessária a criação de leis e ações afirmativas que visem à redução da desigualdade de acesso entre brancos e negros no país. Nessa direção, a entrevistada deixa implícito que o uso de drogas não é apenas um problema no Brasil e que, antes de se abrir perseguição direta contra os usuários de drogas, talvez seja necessário se pensar e discutir as desigualdades sociais como fundantes das vulnerabilidades e não o contrário.

Entrevista 2

Nesta entrevista, segunda do segmento municipal, observaremos momentos que se aproximam e se afastam dos discursos analisados anteriormente.

Iniciamos o trabalho de análise dessa entrevista com a fala de E2 sobre o lançamento da ação governamental, podendo-se observar que o lugar da mídia é tratado do mesmo modo como aparece na fala de E1/ SM. A entrevistada diz que *no lançamento dessa política [Aliança pela Vida], que teve todo um processo de marketing imenso, porque as políticas de drogas, as políticas sobre drogas, elas viraram, assim, uma vedete do Poder Público, de todas as gestões.*

Neste trecho, E2/ SM salienta a característica contextual das políticas sobre drogas e, por conseguinte, do lançamento da “Aliança pela Vida”. Neste sentido, o contexto apontava para as políticas sobre drogas como alvo de campanha eleitoral, visto que a ação governamental foi lançada em agosto de 2011, ano em que a sigla partidária iniciou seu mandato que vigoraria até o fim do ano de 2014. Assim, E2 ressalta o caráter nacional desse aspecto propagandista das políticas sobre drogas, o que corrobora, mais uma vez, com o caráter eleitoreiro que tais políticas sofreram, uma vez que no ano de 2010 era lançado o PIEC, que trazia em si o estandarte ou a possibilidade (no âmbito federal) da “guerra às drogas”. Nessa direção, E2 deixa implícito em seu discurso que a questão das drogas no Brasil, antes de serem políticas pautadas na experiência clínica adquirida no cotidiano das ações, em dados epidemiológicos, são políticas criadas pela mídia a fim de incitar, na população brasileira, o medo e o pânico que trazem uma epidemia, do mesmo modo como E2/ SE também anunciou em seu discurso.

Nessa direção, E2/ SM nos diz que *tem toda uma inflação nessa discussão que transforma, infla esse balão imaginário de forma a produzir um certo alarde na sociedade.* De acordo com o trecho anterior, E2/ SM segue pontuando como a questão das drogas foi transformada em uma epidemia. Ela ressalta também que se trata de um problema de saúde pública que merece atenção, mas que essa atenção necessita ser pensada e estudada, não tendo por base o alarde e pânico social criados, mas com o cuidado e o rigor metodológico que a questão merece. Nesse sentido, seu discurso se aproxima do que foi anteriormente discutido sobre a duplicidade da elaboração das políticas sobre drogas no Brasil, que se dão pelo viés científico e da repressão. Neste caso, por não haver dados epidemiológicos que sustentem a implantação da ação governamental, nos resta entendê-la como uma ação com viés repressor.

Dessa maneira, a entrevistada segue apontando que

para responder a isso, nada melhor que um bom lançamento, com dias oficiais, lançamento público, fala de governador, de ministro, de prefeito etc. E aí, foi nesse contexto que o “Aliança pela Vida” foi, então, lançado pelo Governo de Minas. Ele antecede o lançamento da política do Governo Federal, ele foi lançado em meados de 2011 e a política federal só foi lançada no final desse mesmo ano, em dezembro.

Neste trecho, E2 anuncia o contexto em que a ação governamental foi lançada e aponta um dado que nos acena como fundamental e implícito: a política nacional que sucedeu o lançamento do “Aliança pela Vida”, “*Crack, é possível vencer*” nada mais é do que a continuidade do PIEC, citado no trecho anterior. Uma vez que, para a execução da verba liberada pelo PIEC, era necessária a criação de uma política que pudesse chegar aos estados e municípios. Nesse sentido, implicitamente, E2 nos anuncia uma estratégia do governo mineiro que foi a de lançar a ação governamental antes do lançamento da política nacional, o que sugere que o governo mineiro almejava, com isso, certo reconhecimento pelo seu pioneirismo e, ao mesmo tempo, angariar lugar de destaque no cenário nacional, uma vez que a verba destinada ao funcionamento do “Aliança pela Vida” não dependia do Governo Federal. Esse dado aponta também o desalinhamento entre a relação dos Governos Mineiro e Federal, visto que, se a política nacional seria lançada no mesmo ano, qual o intuito do Governo Mineiro se apressar para lançar sua ação anteriormente? Esse desalinhamento se justifica, dentre outros motivos, porque as siglas partidárias dos Governos Nacional e Mineiro de então eram, historicamente, concorrentes, o que corrobora o interesse no pioneirismo no lançamento da ação mineira.

Nessa direção, E2/ SM elabora sua formação discursiva salientando, em complementaridade ao que foi dito acima, que

ambos com lemas que seguem o modelinho da ‘Guerra às Drogas’, tanto o ‘*Crack, é possível vencer*’ quanto o eufemístico ‘Aliança pela Vida’, que não faz aliança com a vida das pessoas, mas com uma certa...um certo grupo de interesse, na minha avaliação, então, eles tem no seu subtítulo, assim, da ‘Aliança pela Vida’, está a questão do enfrentamento ao *crack*. Está colocado lá como uma política de enfrentamento ao *crack*.

Neste trecho, em concordância com as suas falas anteriores, E2/ SM anuncia como as ações dos Governos Federal e Mineiro se aproximam no que tange a responder ao clamor midiático da epidemia do uso de crack e, sucessivamente, ao modelo de “guerra às drogas”. Porém, se distanciam em seus objetivos basilares, visto que a ação do Governo Federal visava dar uma resposta imediatista ao pânico da epidemia e, com isso, ampliar o eleitorado e acalmar a população. No caso mineiro, E2 aponta que havia uma “aliança”

com *um certo grupo de interesse*, que se tornou mais evidente ao longo das análises anteriores e com os dados trazidos durante o texto, de que a “aliança” se deu com os proprietários das comunidades terapêuticas que recebiam o repasse de verbas sem interdições, isto é, o Estado Mineiro pagava diretamente as comunidades terapêuticas por cada sujeito internado, sem atravessamentos ou impedimentos burocráticos da máquina pública. Nesse sentido, as políticas mineira e nacional se encontram e se afastam continuamente, uma vez que ambicionam, sobretudo, responder ao clamor midiático da epidemia do uso de *crack* e, ao mesmo tempo, atender aos diversos chamados que a criação de políticas trazem, dentre eles, o de atender às demandas de grupos de interesse que dão sustentação às eleições e vigência dos governos nas administrações almeçadas.

Nessa direção, E2/ SM nos anuncia que

historicamente, a política do Governo de Minas sempre foi de financiar as comunidades terapêuticas, então, o financiamento de comunidades terapêuticas não começa com o ‘Aliança pela Vida’, ele é anterior. O ‘Aliança pela Vida’ é uma maquiagem desse financiamento com algumas estratégias agregadas a ele.

Desse modo, a entrevistada traz mais elementos que anunciam o contexto de criação do “Aliança pela Vida” salientando o caráter histórico de financiamento de comunidades terapêuticas em Minas Gerais e, ao mesmo tempo, ressaltando que a ação governamental traz em si algumas estratégias mais elaboradas, como, por exemplo, o caráter estritamente estadual da ação, de modo que não dependa do Governo Federal e, com isso, atue de modo mais autônomo. Isso, por sua vez, pode indicar também menos controle ou menor interesse na avaliação de seu impacto.

Nesse sentido, E2/ SM segue em seu discurso nos demonstrando, através da implantação do “Território Aliança”, como a gestão estadual interpretava as ações dos Consultórios de Rua, como já pôde observado através do discurso de E2/ SE e que também poderá ser percebido no discurso de E2/ SL. E ela argumenta que

policiais militares que iam dentro de um veículo, dentro de um ônibus, e eles diziam que isso era um similar dos Consultórios de Rua, então, dava para perceber que a interpretação do que é o Consultório de Rua era absolutamente equivocada, porque essas equipes iam para as cenas de uso convidar os usuários para o tratamento. Chega um policial, fardado, completamente investido do poder, do mandato social do qual é investido, pra poder abordar o usuário, que está na cena de uso, fazendo uso de uma droga ilícita e vir te convidar pra tratar? O usuário, realmente, tem uma capacidade respeitada, nesse ato.

Aqui, fazendo uso da ironia para demonstrar o absurdo da situação, a entrevistada evidencia a disparidade entre o planejamento de uma ação nacional e uma ação estadual, visto que a interpretação das ações no âmbito estadual pode produzir conseqüências que

apontam para a contramão de ações bem fundamentadas e amparadas epidemiologicamente, como evidenciado através do trabalho dos ‘Consultórios de Rua’, que necessitam de diversos critérios para ser implantada. A ação realizada em Minas Gerais se apresenta como uma distorção/ ‘má-interpretação’ da proposta do Ministério da Saúde. Em Minas Gerais, essa distorção recebe o nome de ‘Território Aliança’. Nessa direção, fica implícito em seu discurso que, ao criar o “Aliança pela Vida”, o Governo Mineiro se apropriou de ações do Governo Federal e as aplicou do modo como lhe foi conveniente, deixando de lado o quesito mais importante da ação, que é o de levar em consideração quais as características da população alvo da ação, ou seja, no caso dos usuários de drogas ilícitas: uma população exposta à vulnerabilidades e riscos diversos; normalmente exilada de acesso a bens e serviços; pobre; marginalizada; estigmatizada etc. Nessa direção, E2/ SM aponta como a elaboração e aplicação do ‘Território Aliança’ mais produziu afastamento dos sujeitos-alvo do que, de fato, tratamento. Nesse sentido, não podendo, então, fazer jus à comparação com os ‘Consultórios de Rua’.

Assim, como representante do segmento municipal, ela relata o impacto que o atravessamento da ação estatal trouxe para a atuação dos trabalhadores municipais:

de repente, vem uma ação pública e atravessa o trabalho dessa forma. Teve um risco, porque no dia seguinte eles foram interpelados, pelos usuários, se eram eles que tinham levado a polícia até lá. Porque eles se apresentavam dessa forma, eram ‘similares aos Consultórios de Rua, iam fazer a mesma ação’. Chegavam ali com o veículo, que era o que eles conseguiam alcançar de semelhança com os Consultórios de Rua, era ter um carro, porque a apreensão do que o Consultório de Rua...

Neste trecho, a entrevistada segue em sua linha argumentativa sobre a distorção dos “Consultórios de Rua” em “Território Aliança” explicitando o que entende ser um caráter irresponsável da ação governamental, visto que os vínculos estabelecidos com os usuários através dos ‘Consultórios de Rua’ foram colocados a prova em função do modo como a ação governamental os alcançou através da figura da polícia, numa tentativa de acoplar as ações. E2/ SM deixa implícito uma ruptura entre as ações planejadas pelo Estado e pelos municípios, uma vez que a implantação dos ‘Consultórios de Rua’ é pleiteada pelo município no Ministério da Saúde e, desse modo, há o apontamento de duas questões: a primeira que diz respeito ao não-diálogo entre município e Estado, e a segunda que indica o distanciamento ideológico e prático entre uma ação planejada em âmbito federal e uma ação estadual. Esse distanciamento parece não apenas ser derivado de ideologias distintas, mas por interesses distintos, visto que os ‘Consultórios de Rua’, basicamente, visam acolher o sujeito e tratá-lo nos serviços públicos de saúde em seu território, enquanto o

‘Território Aliança’ almeja encaminhar os usuários à comunidades terapêuticas vinculadas ao “Aliança pela Vida”. Essa ação se configura de modo muito semelhante à ideologia de “limpeza urbana” ou “higiene social”, visto que anseia afastar o sujeito do contexto em que ele sobrevive com seu uso, exilando-o das motivações sociais de seu uso e, ao mesmo tempo, retirando-o da visão da população geral. Retirá-los da visão da população garante a resposta ao clamor midiático de que sua presença na cena pública é incômoda, como pode ser observado através do processo de ‘gentrificação’, também tratado em nosso texto anteriormente, e que vem ocorrendo nas cenas de uso de drogas das grandes cidades brasileiras.

Nesse sentido, E2/ SM nos anuncia quais as estratégias pensadas pelo seu município de origem para enfrentar o impacto negativo que a intervenção estadual acarretou ao trabalho realizado em sua cidade, apontando que

a gente fez uma intervenção, teve uma reação da comunidade e uma reação dos movimentos sociais, que levou o Governo do Estado a recuar da implantação desse serviço, então, eles já tinham tomado a decisão sem consultar o município, sem consultar a ‘Saúde Mental’ do município, na verdade, e tiveram que, foram obrigados a recuar. Como também não conseguiram as condições políticas pra poder implantar o ‘Cartão-Aliança’, que já era esse cartão, destinado a colocar mais dinheiro no cofre das comunidades terapêuticas, porque distorcia a lógica dos benefícios sociais de transferência de renda e confundia a população, porque a população começou a ligar achando que a família que tinha o usuário que estava tendo graves problemas com o *crack* ou com a droga ia ter direito a receber o benefício de R\$ 900,00, que era o valor e quando eles iam entender, esse dinheiro era para pagar a internação numa comunidade terapêutica.

Aqui, a entrevistada denuncia uma das estratégias falaciosas da ação governamental, que diz respeito ao que foi prometido, quando de seu lançamento, que o Estado, através dessa ação, iria financiar 10% da verba destinada às comunidades (noventa reais – R\$ 90,00) para que as famílias pudessem visitar e acompanhar o tratamento de seus entes nas comunidades terapêuticas, sendo que, de fato, essa transferência de renda às famílias não ocorreu, sendo toda a verba transferida às comunidades. Desse modo, E2 aponta, mais uma vez, como a implantação dessa ação foi controversa e autoritária em relação ao município, visto que planejada longe do cotidiano de ações que já se realizavam, desrespeitando, assim, toda a gestão de ações das Coordenações Municipais de Atenção à Saúde Mental e aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse sentido, E2/ SM explicita como a própria população identifica as ações e pode reconhecer suas diferenças e denunciar certos tipos de intervenções, entendendo que, para a abordagem aos usuários de álcool e outras drogas, a utilização de policiamento, por exemplo, não é uma estratégia que atende às necessidades da população, fazendo com que a ação governamental ‘Território

Aliança' recuasse. Fica implícito em seu discurso que a ação governamental desconsiderou a população-alvo já que, após propagandear o repasse de R\$ 900,00 (novecentos reais), teve que se haver com a demanda de explicação por parte da população, que entendeu que esse valor seria destinado, totalmente, às famílias.

E E2/ SM continua nos apontando que

acho que eles fracassaram também, porque, de verdade, comunidade terapêutica (...) acho que eles imaginaram que esses serviços seriam serviços para recolher e internar. Nunca deram conta de pensar a potência e a dificuldade desse trabalho. Não é um trabalho simples, não é um trabalho fácil de fazer, não é um trabalho que se faça sem angústia. É muito angustiante o limite da intervenção, o limite ali do quê fazer, do cuidado, da aceitação do usuário, da construção dessa aceitação, desse consentimento, dos riscos que estão presentes na cena. Porque não é só pelo consumo que o risco se coloca, o risco vem da violência, os usuários se embaraçam, muito seriamente, nesse território. Porque esse território é um campo minado, é um campo de guerra, né? Nós estamos num campo de guerra, nós estamos lá no *front*, lá onde o embate se realiza, né? Então, não é simples. E eles chegaram com a lógica que é a lógica deles, querendo evangelizar, querer catequizar, querer falar da droga e por aí você não tem sucesso mesmo.

Neste trecho, E2/ SM nos aponta como a consequência da criação de uma “guerra às drogas” se apresenta no campo de atuação, visto que, criada a guerra, os usuários foram tornados figurantes do ‘mau’ e as políticas criadas como ‘exército da salvação’ ou do ‘bem’. O que não foi levado em consideração pela ação governamental é que não há guerra que não apresente resistência da parte oprimida e também não há guerra sem vítimas, principalmente da parte mais vulnerável. Nesse sentido, E2/ SM aponta, implicitamente, que os municípios e suas ações e serviços públicos são aqueles que se posicionam de modo mais próximo aos usuários e numa direção oposta ao Estado, uma vez que não combatem os usuários, mas são seus aliados. Nessa direção, também implicitamente, a entrevistada anuncia que o ‘Território Aliança’ e o ‘Aliança pela Vida’ empunharam a ‘guerra aos usuários’ e com isso, não há como desejar ‘aliança’ com os usuários, mas sim com aqueles que se beneficiam com a guerra. Nessa direção, ao construir uma analogia (não por acaso) entre um *front* e a atuação com os usuários de drogas em seus territórios, E2/ SM deixa implícito dois aspectos: que as guerras fundamentadas em preceitos religiosos não se mostram como uma relação frutífera, visto que exaltam as diferenças ou uma guerra entre o “bem” e o “mal” e, também, que o Estado, através da ação, assumiu a posição religiosa ou catequizadora, como em nosso passado colono. Nesse sentido, o governo mineiro desrespeita e deslegitima a tão cara laicidade das ações públicas estatais e, por conseguinte, do atendimento aos seus cidadãos.

Nessa direção, enquanto formação discursiva começam a se desenhar através da fala de E2/ SM as questões do financiamento estatal ao setor privado e a relação da mídia com esse fato. Ela aponta que

o Estado se repete, ele se repete com requintes de obscenidade (...) porque é colocar o recurso público de forma escancarada pra financiar o setor privado e fazendo, dourando a pílula com intenções caritativas, benévolas, as melhores intenções do mundo, enquanto nós sabemos que, o que está ensejando isso, é uma outra questão. É uma disputa, é a disputa clássica que se dá dentro do SUS, é a disputa entre o público e o privado, dos interesses do capital, do campo da saúde. Essas instituições que não são serviços de saúde, mas que querem se constituir enquanto tal, são privadas, elas são interessadas em sua rentabilidade, na rentabilidade de seu negócio (...) não é um debate só ideológico, é um debate ideológico também, nós temos sustentação de porque a direção é o público e não o privado.

E2/ SM anuncia explicitamente o caráter contraditório do governo em sustentar o público (obrigatoriamente) e o privado (por interesse), dando ênfase ao caráter privado, uma vez que essa é uma disputa que ocorre no interior do Governo e, implicitamente, ela aponta que o “Aliança pela Vida”, através do Governo Mineiro, faz o mesmo, ou seja, privilegia o caráter privado em detrimento do público. A entrevistada também aponta em seu discurso como esse predomínio do privado sobre o público é feito de modo perverso, pois que se utiliza de um discurso caritativo e benevolente para conquistar espaço nos mais diversos segmentos da sociedade. Nesse sentido, ela também anuncia que não se trata mais de uma relação de cuidado, mas sim comercial, na qual o que está em jogo não é o tratamento, mas o lucro proveniente do sofrimento alheio. Assim, ela também anuncia que essa disputa entre o público e o privado já é conhecida do SUS e que essa tensão é do campo ideológico, mas também do campo de interesses, visto que o “negócio” chamado “internações custeadas pelo Estado” é muito rentável e interessante politicamente, já que o “Aliança pela Vida”, por exemplo, tinha como verba inicial o montante de setenta milhões de reais a serem transferidos às comunidades terapêuticas através de convênios e contratos. Nessa direção, fica implícito que o “Aliança pela Vida”, sendo anterior ao Governo Federal, se fez uma espécie de arauto de algo que veio a se concretizar em todo o país enquanto política nacional, através da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).

Nessa perspectiva, E2/ SM segue em seu discurso apontando para o fato que foi mencionado anteriormente, isto é, a indignação dela diante da priorização do Estado das PPP como estratégia fundamental. E2/ SM, então, argumenta que

porque não é possível entender a escolha que o Estado Brasileiro faz e não só o Estado de Minas, o Estado de Minas dá o exemplo para o resto do Brasil, que é

daqui, é daqui um dos lugares aonde se vem, que é de impor à sociedade e às políticas públicas, instituições que são confessionais, então, você está impondo ao cidadão, você está violando um direito, isso é inegável. É (...) esse conjunto de coisas que (...) torna esse ‘Aliança pela Vida’ um programa requeitado, a reedição do mesmo, da reedição do pior.

Neste trecho, E2 anuncia o caráter desrespeitoso do “Aliança pela Vida” e das políticas de repasse de recursos públicos às comunidades terapêuticas com relação à laicidade do Estado, uma vez que o usuário não deve ser tratado sob preceitos religiosos como pressuposto e, sendo esse o predomínio de investimentos do Estado em detrimento dos serviços públicos de saúde, se torna preponderante o viés inconstitucional dessas ações e por isso, indefensável, visto que a Carta Magna do país data de 1988, ou seja, vive-se no país a aproximadamente vinte e sete anos o exercício democrático. Nesse sentido, a entrevistada nos anuncia o caráter repetitivo das ações dos Governos através do “Aliança pela Vida”, já que a imposição, o desrespeito e a violação de direitos dos cidadãos datam de nossa recém-extinta ditadura civil-militar. Por isso, na fala de E2/ SM, ela menciona a “reedição do pior”, a reiteração de modos e ações que não mostraram bons resultados no campo ético e de desenvolvimento humano.

Nesse sentido, E2/ SM nos oportuniza a compreensão de que o Estado Brasileiro acabou por realizar

a escolha pelo pior, pela via fácil, que introduziu isso que a gente está assistindo hoje, esse aumento exponencial das demandas por internação, aonde quer que a gente vá nesse Estado e no Brasil é essa mesma realidade. Um crescimento absurdo de demandas de internação e internações que não são primeiros atos de cuidado, não são atos terapêuticos, não são decisões numa relação de tratamento.

Desse modo, E2 nos anuncia como a prevalência do uso de internações como estratégia terapêutica se tornaram uma saída para o estabelecimento de uma realidade que subverte a lógica de tratamento em saúde pública já que, explicitamente, ela anuncia que as internações não são atos terapêuticos, pois enclausuram, isolam e limitam as possibilidades de um tratamento pautado na cidadania e nos direitos civis do sujeito em sofrimento. Nesse sentido, a entrevistada deixa implícito que a decisão de internação não diz respeito à relação entre terapeuta e cliente e sim que essas internações dos usuários de álcool e outras drogas são negociadas com o interesse da manutenção da relação comercial entre Estado e “comunidades”. Com isso, E2/ SM demonstra como o Estado se apresenta alheio ao sofrimento e demandas desse sujeito que necessita de atenção e, ao mesmo tempo, solícito no que diz respeito aos interesses daqueles que lucram com as internações, já que esses lhe garantem sua manutenção no poder (senão amplamente, ao menos na agenda das políticas

sobre drogas), de modo muito semelhante ao que foi dito por E1/ SM e também por nós na introdução, com relação à repetição da lógica manicomial.

Nessa direção, E2/ SM nos anuncia, como mencionado acima, qual o alcance do modelo de tratamento (internações) na efetividade do tratamento e na estruturação de vínculos que permitam que o sujeito dialogue com seu sofrimento e ela aponta que

então, não soluciona (...). Qual é o alcance efetivo de impor, por exemplo, a abstinência como método de tratamento? O sujeito suporta, mas ele não dialetiza essa experiência. Na hora que ele sai, que encontra a vida real, a primeira coisa que ele faz é recair, não que a recaída não ocorra no tratamento na Rede Substitutiva, ocorre todo dia, só que a nossa experiência já parte do pressuposto que isso é uma possibilidade e que isso não pode nos fazer desistir e nem levar o sujeito a desistir e se sentir cada vez mais fracassado. Aí, é preciso encontrar outra medida, outra forma pra dialogar com essa dificuldade, com esse sofrimento (...) que ele possa encontrar uma medida que seja razoável nessa relação, nesse uso, que proteja a vida dele, que permita que ele tenha uma vida que não se restrinja apenas ao uso e que a presença dele na cidade não se restrinja aquele lugar onde ele está ali estacionado só fazendo o seu consumo.

E2/ SM aponta diversas nuances que permeiam a predominância das internações (privado) diante da relação de tratamento no território (público). Nesse sentido, é explícito seu entendimento de que a exigência de abstinência ao usuário o coloca numa situação superficial, em que seu uso é controlado, mas não lhe é dada a oportunidade de discutir sobre a relação com esse uso e quais conseqüências de sua manutenção, redução ou abstinência. Nessa direção, a entrevistada discute os modelos de atenção aos usuários de álcool e outras drogas explicitando suas diferenças: um modelo parte do pressuposto da abstinência, como se não houvesse possibilidade para recaídas; o outro modelo parte da ideia de que existe a possibilidade de recaída e que a mesma deve ser levada em consideração também como parte do tratamento. Nesse sentido, E2 torna implícito que no primeiro modelo a recaída é vista como *culpa* do sujeito, sendo esse um *fraco* diante dessa “queda”, ou seja, uma recaída. Já no segundo modelo, ao tomar a recaída como possibilidade, essa se torna um dos possíveis momentos do tratamento, uma vez que os estímulos ao uso/abuso são os mesmos encontrados no território. O que se altera nesse processo é o modo como o sujeito estabelece a relação com seu objeto de desejo e como lida com essa relação ou com a ausência desse objeto. Nessa direção, a entrevistada nos anuncia uma cisão, implicitamente, que parece visceral em sua fala: um modelo de tratamento vislumbra a abstinência e, com isso, talvez garanta o retorno e manutenção desse sujeito na crença de que só será possível uma vida sem o uso/abuso. O outro modelo é anunciado como aquele que permite que o sujeito reflita sobre sua relação e o faça em seu território, numa tentativa de ampliar seu repertório de reflexão e sustentação de um

modo de uso que não o prejudique e, nesse modo, que ele possa ressignificar não apenas seu uso, mas sua ocupação naquele território, possibilitando novos itinerários objetivos e subjetivos.

Nessa direção, ela nos acena que esse é seu entendimento do que possa ser nomeado como uma aliança, isto é, ela nos diz que

por aí eu consigo ver um laço pela vida, é fazendo laço que a gente vai viver. Aliança? Pacto? Com a vida de quem? A gente interpelou o Estado na época: ‘Aliança com a vida de quem? Com quem vocês estão fazendo aliança?’ Estão fazendo aliança com o capital, a indústria da nova loucura, que são essas instituições que gostam tanto de prender.

Na direção dos trechos anteriores, aqui, mais uma vez, E2 evidencia o caráter terapêutico do laço que se constrói quando o modelo de tratamento prevê uma aproximação ao usuário e de seu modo de relacionar-se com seu objeto de desejo, diferentemente do modelo em que as internações são o centro de suas ações, como privilegiado pela “Aliança pela Vida”. Nesse sentido, E2/ SM torna explícito que as comunidades terapêuticas assumem o mesmo método ou lógica manicomial, que são as internações em detrimento do tratamento em serviços públicos, substitutivos e sob a lógica territorial. Assim, mais uma vez, E2 denuncia em seu discurso o caráter perverso do “Aliança pela Vida” que se mostra através da predominância das internações como fonte de arrecadação de verba pública pelo setor privado. Apresenta-se de modo implícito aqui a comparação que a entrevistada faz entre as internações e as prisões, elucidando o modo interessante (aos seus proprietários) que ambas instituições, comunidades terapêuticas e prisões, podem assumir. Nessa direção, o discurso de E2/ SM assume, implicitamente, a existência de equanimidade entre comunidades terapêuticas e ‘instituições totais’, pois que visam um objetivo comum: as internações como estratégia de arrecadação de renda.

Nessa direção, finalizando seu discurso, E2 anuncia o caráter obsceno do Estado em assumir ações como a que aqui enfocamos, uma vez que evidencia os interesses do Estado e do capital, salientando que *tem hora que é obsceno. Os interesses são muito evidentes, muito particulares, muito privados, inconfessáveis, mesmo.*

Nesse sentido, E2 anuncia o caráter *evidente e inconfessável* do Estado e das entidades privadas em assumir e incentivar (de vários modos) o lugar de preponderância no modelo de tratamento que visa à internação dos usuários de álcool e outras drogas como forma de subsistência e enriquecimento, desconsiderando o sofrimento daquele que recebe essa ação. Desse modo, ao longo da análise do discurso de E2/ SM e de seus antecessores, se apresenta de modo inconfessável também, a forma como o Estado mineiro se alinhavou

com essa prática de maneira que, não explicitamente, também se beneficia nessa escolha do modelo de atenção, sendo muito particulares os interesses tanto daqueles que recebem a demanda quanto daqueles que a ofertam.

6.3 - Segmento Local

No trabalho de análise deste segmento, poderemos observar uma mudança na perspectiva das falas uma vez que se trata do segmento que opera e recebe o repasse de verbas da ação governamental e a opera em seu cotidiano. Outro fator que merece destaque é o de que, após a análise de quatro entrevistas, duas do segmento estadual e duas do segmento municipal, poderemos observar alguns pontos que se repetem e outros que se afastam. Esse movimento entre os discursos nos permitiu observar certas repetições de temas que poderíamos considerar como “categorias de análise”, pois que aparecem mais uma vez. Como se trata do segmento local, a categoria financiamento, por exemplo, é uma que se apresenta em diversos momentos dos discursos de E1 e E2/ SL, assim como “adesão” e “violência/autoritarismo do Estado com os municípios”, já que os dispositivos e entidades estão alocadas nas cidades.

Entrevista 1

Nossa primeira entrevistada do segmento local apresenta uma fala muito rica e pertinente à ação, já que representa seus operadores em um dispositivo da Rede Complementar no Estado de Minas Gerais. Dentre os vários aspectos que a mesma traz em sua fala, a questão do financiamento perpassa seu discurso a todo o momento e pode ser observado através de uma de suas primeiras falas que apontam para *pensando financeiramente, o Cartão Aliança vai nos ajudar bem mais, né?*

Nessa direção, o que se apresenta como explícito em seu discurso é que o “Aliança pela Vida” é significado como uma fonte de verba à entidade e fica implícito que o financiamento ‘salta aos olhos’ no que se refere ao tratamento oferecido.

E1/ SL segue em seu discurso nos apontando que *como é uma verba que não é carimbada, eu posso utilizar da forma como eu quiser.*

Seguindo a direção de seu discurso no trecho destacado acima, E1/ SL anuncia o caráter irrestrito da verba que, não sendo *carimbada* como a maioria dos repasses de verba pública, permite que seja utilizada como convir à entidade. Vale ressaltar que o “carimbo”

das verbas públicas se dá para que não haja desvio ou redirecionamento dessa verba para outra função e, no caso do “Aliança pela Vida” a verba não sendo “carimbada”, deixa implícito sua possibilidade de ser utilizada em outros fins que não intrínsecos ao tratamento dos sujeitos que se encontram internados nas entidades.

Nessa direção, enquanto discurso em processo, E1/ SL nos apresenta mais um dado que diz que *no geral, eu considero, ainda mais na hora de passar pra R\$ 1350,00, eu considero um programa positivo.*

Neste trecho, a entrevistada anuncia o caráter positivo da ação governamental de modo generalizado, o que pode implicitamente nos indicar que a mesma não vê virtudes na ação a não ser o financiamento. Ao mesmo tempo, anuncia como mais positivo quando houver o aumento do repasse, expressando, implicitamente, que a ação é, de modo geral, positiva, mas se tornará mais positiva quando do aumento de seu repasse, isto é, a positividade da ação é vista apenas no recurso financeiro que garante. Nesse aspecto, se coloca uma contradição com o discurso de E2/ SE, pois naquela entrevista foi mencionado que o aumento do repasse já havia sido efetivado, enquanto na fala de E1/ SL esse ainda não ocorreu. Vale ressaltar que ambas entrevistas foram realizadas, respectivamente nas datas de 24 de abril e 22 de julho de 2014.

Desse modo, em sua elaboração discursiva, E1/ SL nos anuncia as condições que o Estado e a ação governamental colocavam às entidades para justificar aos seus financiadores a necessidade de aumento do repasse de R\$ 900,00 para R\$ 1350,00 e ela aponta que *porque eles precisavam disso pra poder conseguir os R\$ 1350,00, aumentar o valor. Então, não podia ser uma adesão muito baixa, senão ‘Olha, esse convênio não está certo’.*

Aqui, a entrevistada denuncia, de modo explícito, as condições para que o aumento de repasse fosse realizado, qual seja: que os indicadores de adesão se mostrassem maiores, a fim de sustentar a justificativa do aumento. E1/ SL deixa implícito que esse índice de adesão pode ser atribuído pautado na veracidade dos fatos ou figurativamente, uma vez que fica implícito em seu discurso nos trechos anteriores que o trunfo dessa ação é justamente o repasse de verbas de modo direto e com perspectiva de aumento.

Desse modo, ela nos aponta a realidade da adesão da ação em seu cotidiano, nos demonstrando que *a nossa estatística ela é no valor de 65,68% de pessoas que ficam, então, assim, no Cartão Aliança deu 50%.*

Neste trecho, a entrevistada anuncia o descompasso de adesão entre o “Aliança pela Vida” e sua entidade como própria “porta de entrada”. Aqui se apresentam de modo

implícito algumas questões que sugerem os seguintes apontamentos: a adesão de 50% para o “Aliança pela Vida” é suficiente? A ação esperava uma maior adesão dos usuários? O que faz com que a porta de entrada da entidade garanta a ela 15% de vantagem em relação ao “Aliança pela Vida”? O que se pode depreender do trecho é que, factualmente, a ação governamental está em desvantagem explícita no que se refere a ser um fator de permanência dos internos comparada à atuação das entidades sem a existência do “Aliança pela Vida”. Vale ressaltar que as entrevistas que compõem este trabalho foram realizadas no ano de 2014, isto é, três anos após o lançamento e implantação da ação, ou seja, o argumento do Estado de que é um curto tempo para a adesão da população não seria válido, já que a urgência da ação devido à epidemia de *crack* era uma das justificativas apresentadas para sua implantação imediata.

Nessa direção, E1/ SL des-cobre o véu onde se localiza a vantagem da entidade ser “porta de entrada de si mesma” e, nesse sentido, se colocando como parte da Rede de Atenção ao usuário de álcool e outras drogas. E1/ SL nos aponta que *então, agora a gente trabalha nesse sistema de referência e contra-referência, então, isso aumentou um pouquinho a adesão nossa nisso aí, o vínculo.*

E1/ SL explicita o motivo pelo qual a adesão da entidade que representa é maior que a adesão ao “Aliança pela Vida”, uma vez que como porta de entrada própria, consegue atuar em parceria com os serviços municipais, construindo referência no território. Esse aspecto de construção de referências entre município e entidade se mostra em contraposição ao “Aliança pela Vida”, que por ser uma ação planejada sem uma análise apropriada das realidades dos municípios, desconhece as estratégias utilizadas pelos serviços e entidades. Nesse sentido, fica implícito no discurso da entrevistada que, ao privilegiar as internações em comunidades terapêuticas em detrimento das ações conjugadas com os municípios, a ação governamental deixa de entender as entidades como Rede Complementar aos serviços públicos e as coloca numa situação de isolamento em relação às redes de saúde e assistência social, uma vez que todo seu escopo gira em si mesmo. Nessa direção, a vantagem de 15,68% como porta de entrada própria da entidade que E1 representa, diz respeito ao vínculo entre a entidade e os serviços municipais, o que denuncia, mais uma vez, o caráter clientelista e particularista da ação governamental em detrimento das possibilidades de vínculo que a entidade pode estabelecer no território. Nos utilizamos dos conceitos de ‘clientelismo’ e ‘particularismo’ em vários trechos analisados e comentados anteriormente, também nas entrevistas dos segmentos anteriores, porque esses nos remetem ao fato de que as políticas sobre drogas foram tomadas como alvo de

ações ‘politiqueiras’ e de repasse de verba pública sem controle social, o que possibilita que corrupções e desvios/redirecionamentos aconteçam sem regulação. Do mesmo modo que a eleição e o privilégio de alguns modelos de atenção em detrimento de outros, como também já pôde ser visto.

Nessa direção, E1/ SL, no trecho acima, nos aponta a questão do vínculo como justificativa da superioridade de adesões ao tratamento direto na entidade que representa, pois o recorte do trecho termina com E1 citando *o vínculo* e na formação de seu discurso ela nos anuncia também que *esse vínculo é que vai segurando essas pessoas lá fora*.

Nesse sentido, então, E1/ SL apresenta-nos como o vínculo não diz respeito somente aos serviços e entidades, mas também como consequência do tratamento, entendendo que após a saída do sujeito da internação é necessário que o mesmo tenha condições de sustentar sua posição de se abster ou estabelecer um modo de uso que não o coloque em situações vulneráveis no território. Desse modo, E1/ SL deixa implícito que, não havendo possibilidade de vínculos em contraposição à internação, os sujeitos não sustentam uma tomada de decisão que os permitam viver fora das instituições. Do mesmo modo como E2/ SM nos aponta que ações estáticas e desatentas ao território não se constituem ações com efeito e impacto positivo na vida do sujeito.

Nessa direção, ao nos aproximarmos da compreensão acerca do modelo de atenção e do modo de atender a esse sujeito que traz consigo demandas singulares, E1/ SL pontua uma diferença entre os modos de tratamento dos modelos vigentes, nos indicando que *então, o modelo, ele requer um controle muito grande, o tratamento é dessa forma*.

Com isso, E1 explicita a contradição entre o modelo de tratamento e construção dos vínculos, uma vez que, na formação de seu discurso, um dos modelos preconiza o tratamento como controle e, ao mesmo tempo o que garante a sustentação do sujeito fora do modelo de internação deve ser amalgamado pelo vínculo. Nessa direção, fica implícito em seu discurso que mesmo a internação como tratamento necessita levar em consideração o vínculo que o sujeito estabelecerá fora dela, entendendo que será esse vínculo capaz de auxiliar o sujeito quando em liberdade. Implicitamente, o discurso da entrevistada nos anuncia, mais uma vez, que a vantagem de sua adesão ao tratamento como porta de entrada própria em detrimento do “Aliança pela Vida” está intrinsecamente ligado a entidade se preocupar com o sujeito ao sair da internação. Assim, nos sugere também que fica a cargo da entidade que é porta de entrada própria o sucesso no tratamento e ao “Aliança pela Vida” o repasse de verbas/ manutenção financeira, que também como observado nos trechos anteriores, está ligado ao caráter clientelista que a politicagem tomou de assalto às

políticas sobre drogas no país, entendendo-as como lucrativas, como mencionam E1/ SM e E2/ SM.

Nessa direção, E1/ SL avança em seu discurso apontando, pela primeira vez de modo explícito, algumas falhas que o “Aliança pela Vida” apresenta em relação às entidades. E ela nos diz que

a gente sabe que estamos em plena crise, a gente sabe que o Governo está com dificuldades, mas quando eles lançaram o programa, lançaram (...) sabendo que tinham uma verba x, tinha essa verba, senão não tinha lançado o programa, então, eu não sei o problema que hoje, que eles têm na questão do pagamento (...) porque eu não tenho como atrasar, porque eu não tenho como atrasar a prestação de contas (...) então, hoje esse é o problema, assim, que eu avalio.

E1/ SL aqui nos anuncia as dificuldades em receber o repasse de verbas após a prestação de contas ser enviada à coordenação do “Aliança pela Vida”. Nesse sentido, ela denuncia como “o” problema da gestão da ação, a questão do desrespeito aos prazos estipulados entre a prestação de contas e o repasse da verba. Fica implícito em seu discurso que a gestão da ação, por parte da entidade, se dá de modo dificultoso, pois traz conseqüências diretas ao cotidiano do serviço, como a prestação de contas, a lida com os atrasos e a falta de informação que, provavelmente, coloca o serviço numa situação delicada. Outro aspecto implícito em seu discurso diz respeito a quando do lançamento da ação, foi anunciado o valor de setenta milhões de reais para repasse às entidades e, quando de sua operacionalização, o governo mineiro atrasa os pagamentos, gerando, além de desconforto, desconfiança na gestão financeira estatal, visto que se havia a verba de fato, por que atrasar? E, se não havia a verba, por que mentir à população ou, onde está a verba?

Desse modo, como havíamos citado anteriormente, neste segmento se apresentam questões que dizem respeito aos direitos do usuário e, ao mesmo tempo, da maneira como o Estado implanta suas ações. Neste caso, construímos uma história da implantação do “Aliança pela Vida” e, aqui, E1/ SL nos aponta que

alguns lugares, a prefeitura fez a adesão e o CAPS ou o setor que foi designado engoliu ‘goela abaixo’ porque não concordam com a metodologia, né? Então, a gente recebe muitas pessoas que querem internar e é um direito que eu tenho de querer me internar ou não, ou como é um direito meu de tratar ou não.

Neste trecho, a entrevistada anuncia o modo como a ação governamental chegou até os municípios de modo verticalizado, fazendo com os serviços municipais ‘engolissem goela abaixo’ a ação. Assim como em alguns trechos do segmento municipal, já analisados anteriormente, podemos observar como, implicitamente, o Estado não promoveu condições

para que os municípios pudessem discutir, entre os trabalhadores, como seria a implantação e operação conjunta da ação.

Nessa direção, E1/ SL apresenta uma comparação, implicitamente, que sugere que do mesmo modo que o sujeito tem o direito de escolha de se internar ou não, os trabalhadores do município deveriam escolher aderir aos programas e ações ou não, de modo que tanto os sujeitos em sofrimento quanto os trabalhadores não necessitem ter algo empurrado “goela abaixo”.

Em sua construção discursiva, E1/ SL também nos aponta o lugar da família com relação à ação governamental e nos aponta como o “Aliança pela Vida” afastou a família da participação no processo de cuidado de seu familiar e, mais uma vez, privilegiou ao financiamento das entidades. Nesse sentido, E1/ SL aponta que

a família não tem acesso, não tem acesso a dinheiro, aliás, nem o dependente químico, nem a família, nem a família (sic), nem nada, nem o profissional, nada. Ele vai lá, põe o...ninguém vê o dinheiro na verdade, cai na conta da entidade e a entidade administra aquele dinheiro, de acordo com as necessidades deles. Então, o município tem que arcar com o transporte ou mandar o carro ou pagar passagem do familiar naquela comunidade no dia da visita.

E1/ SL expõe, então, como o anúncio da ação, talvez como uma maneira de chamar a atenção do público, foi questionável, uma vez que em seu lançamento foi veiculado que as famílias receberiam 10% do valor destinado às entidades, isto é, noventa reais (R\$ 90,00) para auxiliá-las no deslocamento até as comunidades terapêuticas quando do período de visitas aos seus entes. Entretanto, tão logo a ação foi lançada, isso foi desmentido pelo Estado. Assim, se nos trechos anteriores E1/ SL anunciava que os trabalhadores recebiam “goela abaixo” a ação no município, o mesmo pode ser dito com relação às famílias dos usuários internados, visto que além de interná-los, quando de não livre e espontânea vontade, elas têm que recorrer ao município para auxiliá-las no momento de realização das visitas domiciliares. Nessa direção, fica implícito no discurso de E1 que, ao repetir numa mesma frase três vezes o enunciado *a família não tem*, o caráter negativo ao qual a família foi recebida nesse processo, uma vez que foi usada como “massa de manobra” pelo Estado para tornar a ação visível e convidativa. Porém, tal promessa não durou muito tempo e as famílias tiveram de se ver às voltas com o poder público a fim de conseguirem acompanhar o tratamento de seus entes internados, mais uma vez os responsabilizando por uma ação que deveria ser garantida ou, minimamente, auxiliada pelo poder público.

Assim, encerrando seu discurso, E1/ SL salienta que, ainda sim, as famílias resistem em estar e acompanhar seus parentes internados, nos demonstrando que *muitas famílias não vem pela prefeitura não, nem vão lá pedir. Vem por conta própria, por que? As prefeituras hoje, todas elas, têm problema de transporte, nunca têm carro.*

Neste trecho, E1/ SL complementa o discurso do trecho anteriormente destacado, uma vez que denuncia que o encargo de acompanhar o tratamento de seus parentes internados fica por conta da própria família. Fica implícito em seu discurso o possível modo de como o Estado compreende o lugar da família no tratamento dos usuários de drogas, uma vez que a ação governamental não previu nenhuma pactuação entre Estado e Município a fim de garantir a participação da família no tratamento do sujeito. Nesse sentido, de acordo com sua fala, E1 deixa implícito que o problema de ausência de veículos não poderia ser uma desculpa com relação à ação, visto que, segundo ela, *todas* as prefeituras têm problemas de transporte, o que não necessariamente, diz respeito à ação, mas que poderia ser algo alinhavado entre município e Estado a fim de garantir a participação e acompanhamento dos familiares no tratamento da pessoa internada.

Entrevista 2

Nesta entrevista, observaremos uma série de temas e pontos que já foram citados ou até mesmo discutidos anteriormente. Isso se dá por alguns motivos que merecem ser mencionados: o primeiro diz respeito ao fato de que esta é a última entrevista a ser analisada, embora isso não exclua a possibilidade de surgirem novos elementos. Outro fator diz respeito a E2/ SL ter uma formação discursiva mais abrangente, assim como E2/ SM, isto é, ambas tem como característica a elaboração de falas mais extensas e mais elucidativas.

Nessa direção, E2/ SL inicia seu discurso nos apontando que

Minas tem o projeto de tentar, ao invés de fechar (...) fazer um primeiro momento mais educacional mesmo, pra eles entenderem o porquê daquilo tudo, né? Que as pessoas ali tinham direitos, que elas tinham que comer bem, dormir bem, ter um direito a um tratamento, né? E não a uma lavagem cerebral, porque muitos a gente viu isso.

Neste trecho, a entrevistada, de modo similar à E2/ SM, apresenta um histórico do Estado de Minas Gerais de apoio e manutenção das comunidades terapêuticas, através da elaboração de um projeto de educação e formação para seus dirigentes e trabalhadores. Nessa perspectiva, E2/ SL deixa implícito que o trabalho realizado pelo Estado de Minas

Gerais se apresentou como uma contraposição à *lavagem cerebral* que, segundo a entrevistada, ocorria nas entidades. Outro aspecto implícito em seu discurso também é o de que havia a necessidade de se educar os dirigentes das entidades sobre os direitos daqueles que ali se encontravam, levando-nos a pressupor que eles não sabiam, ou que talvez, desconsideravam tais direitos.

Nesse sentido, assim como no discurso de E1/ SM e E2/ SM, podemos observar através da fala de E2/ SL como as ações do Estado se voltaram ao financiamento das entidades, entendendo que, segundo E2 *o programa passou a ser de subvenção à comunidade terapêutica. Nada mais do que isso e aí se perdeu muita coisa, porque a coisa virou dinheiro.*

Neste trecho, E2/ SL salienta a mudança no enfoque dos programas do Governo Mineiro, explicitando que as ações de governo se reduziram a repasses de recursos, tornando implícito em seu discurso as perdas que se desenvolveram quando dessa transformação e, ao mesmo tempo, do caráter monetário que as ações do Governo Mineiro assumiram em detrimento do cuidado, acolhimento e tratamento dos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase no “Aliança pela Vida”, nosso tema de estudo.

Nesse sentido, numa perspectiva de complementaridade ao discurso de E1 e E2 do segmento municipal, podemos observar através do discurso de E2/ SL, como a politicagem se apoderou do espaço político para satisfazer seus interesses. Nessa direção, ela nos aponta que *aí amigos do rei, como todas as questões políticas, começam a acontecer, começou a virar plataforma política pra alguns.*

Aqui, E2/ SL explicita como o “Aliança pela Vida”, assim como outras políticas, foram corrompidas em nome de ascensão política de pessoas e partidos envolvidos com a ação. Nessa direção, fica implícito que a urgência do lançamento da ação anterior à política nacional “*Crack, é possível vencer*” indica uma prioridade que não diz respeito à pressa para se cuidar de um problema social, mas ao esforço de fazer com que o surgimento da ação pudesse acarretar em ganhos secundários aos seus mentores e correligionários.

Mais uma vez, o lugar de violência do Estado, juntamente com o dito acima, aparece nos discursos dos entrevistados, como E1/ SM, E2/ SM e E1/ SL e apontam para a direção da truculência estatal em “empurrar goela abaixo” uma ação de governo que, não necessariamente, garantiria ou garante qualidade e efetividade da resolução das questões que concernem ao uso de álcool e outras drogas no país. Nesse sentido, especificamente no caso do “Aliança pela Vida”, o que podemos afirmar, através do discurso de E2/ SL em consonância com os discursos de E1 e E2/ SM é que *era coisa do município e não foi*

pactuado com o município, então, a saúde mental, corretamente, justamente, entrou com tudo.

Dessa forma, E2/ SL aponta para o que também já se observou em E2/ SM e na entrevista anterior, E1/ SL. Esse fato é, precisamente, o autoritarismo com que a ação governamental foi implantada nos municípios, de modo que existiram muitas posições contrárias e divergentes, como explicita a entrevistada, de modo a não permitir que o Estado implodisse as ações que já estavam sendo realizadas pelo município. Segundo a entrevistada, isso demonstra como a não pactuação com o município produziu danos vários, desde uma resistência à ação governamental até a chegada de modo violento e deturpado de uma ação pública até a população.

Desse modo, E2/ SL faz um resgate histórico que nos permite compreender o processo de implantação da ação governamental e, ao mesmo tempo, nos possibilita observar algumas brechas que já seriam indícios de que a ação tinha, em seu alicerce, uma frágil sustentação. E2/ SL nos diz que *não sei por que 'cargas d'água' começaram a fazer, eles escolheram dois municípios, Teófilo Otoni (...) e Juiz de Fora. As duas ações ficaram ações assim, extremamente conturbadas, por quê? Não tinha...o município não entendia o quê o Estado queria.*

Aqui, a entrevistada anuncia a dificuldade de comunicação entre o Estado e o município, corroborando várias falas das entrevistas anteriores. Nesse sentido, implicitamente se observa uma resistência do Governo Mineiro em retificar sua posição, uma vez que os estudos-piloto de implantação deveriam servir de modelo para uma reforma ou rearranjo de estratégias.

Ainda sobre o modo de implantação do projeto piloto nas cidades citadas – Teófilo Otoni e Juiz de Fora - E2/ SL diz que *Teófilo Otoni porque não tinha cobertura, não tinha serviço de terceiro setor e muito incipiente a Rede de Saúde Mental, então, duas realidades diferentes, dois contextos completamente diferentes. A inserção do programa foi meio atribulada.*

Neste trecho selecionado, complementando o trecho anterior, E2/ SL salienta a experiência mal-sucedida do Estado em sua tentativa de implantar a ação em dois municípios nos quais a capacidade de implantação era desconhecida e, ao mesmo tempo, implicitamente, a denúncia de que o Estado não se atentou à obtenção de dados epidemiológicos construídos na Rede de Serviços desses municípios para basear sua ação. Nessa perspectiva, a escolha assume duas localizações diversas, sendo um município na Zona da Mata e outro no Norte de Minas, divisa com o estado da Bahia. Entretanto, o

desconhecimento dos municípios mostrou-se um obstáculo, pois não possibilitou o desenvolvimento de dois projetos-piloto que pudessem ser tomados como base para os demais processos de implantação, mesmo que o Estado estivesse tentando garantir capacidade de adequação e generalização da ação a realidades diversificadas das cidades de Teófilo Otoni e Juiz de Fora. Como último item de análise, pode-se pensar que a amostra de dois municípios seria insignificante, uma vez que Minas Gerais contém 853 cidades, isto é, a utilização de dois municípios como amostra representa 0,23% dos municípios mineiros, o que não pode ser considerado como uma amostra válida que poderia ser replicada ou ampliada se a intenção fosse a generalização.

Nessa direção, como vimos ocorrer nas demais entrevistas, podemos observar o processo de formação discursiva, em que a entrevistada segue na elaboração de seu discurso na tentativa de apresentar os vários aspectos e perspectivas que sua fala abrange e, desse modo, E2/ SL nos aponta que

antes não tinha isso, então, a facilidade de se burlar, de se ter pactuação com o gestor da comunidade pra pegar dinheiro e ficar. Sabe lá se os 10 % que a família ia ficar...a gente questionou muito num primeiro momento, a saúde mental também foi bem incisiva nisso, ‘virou bolsa-*crack*’, né?

Neste trecho, E2/ SL explicita como com o passar do tempo e com a transformação de tratamento para PPP, o Estado acabou facilitando o processo das pactuações e, por conseguinte, com os modos de politicagem ou de *amigos do rei* – como dito por E2/ SL. Nesse sentido, E2 também aponta uma questão que diz respeito à verba que foi prometida às famílias, explicitando que, a desconfiança do repasse de verbas de tal monta (R\$ 70.000.000,00) através de transferência de contas direto dos cofres públicos para as comunidades terapêuticas deveriam ser questionados.

E2 anuncia que a saúde mental foi incisiva nisso também, entendendo que localmente é muito mais vantajosa a criação de uma Rede de Atenção completa e complexa do que o financiamento questionável e que não estabelece vínculos, seja com os usuários, seja com os serviços. Dessa maneira, se torna díspar a importância dada ao tratamento em relação ao financiamento, nos dando a possibilidade de inferir que, ao “Aliança pela Vida”, importa mais o segundo que o primeiro.

Nesse sentido, E2/ SL, por ser representante do segmento local, traz em seu discurso uma possível contradição que merece destaque, pois ela anuncia que mesmo sendo representante da esfera local, a entidade que representa optou por não aderir à ação.

Na fala de E2/ SL *falando como instituição que faz parte da Rede Complementar, e optamos por não estarmos com o Cartão Aliança, por quê?*

Neste trecho selecionado, E2/ SL expõe sua posição diante da ação governamental, enquanto Rede Complementar. Ela coloca sua questão e a deixa sem resposta de modo a, implicitamente, anunciar que embora a verba seja interessante a não-opção pelo “Aliança pela Vida” sugere um descrédito e uma desconfiança na medida em que entre o sim e o não, a entidade a qual ela está vinculada escolheu o não vincular-se. Além disso, ao não responder e deixar sua questão em aberto ao entrevistador, E2/ SL permite que se pense sobre os fatores que fazem com que uma entidade não se vincule à ação, melhor dizendo, que deve haver algo na ação que não a torna tão atrativa. Nesse sentido, o trecho seguinte ilustra uma possível resposta, pois enuncia a dificuldade em estabelecer vínculo de repasse com o governo, já que é necessário estabelecer uma relação de ofertar as ações e serviços e, num segundo momento, receber pelo trabalho prestado.

E2 salienta *e com o governo você sabe que é assim: ‘você faz primeiro pra depois receber’*. Nesse sentido, na elaboração de seu discurso, E2/ SL nos aponta uma possível resposta à não-adesão da entidade que representa, pois o Estado, além de atrasar os pagamentos (como dito por E1/ SL), também exige que o pagamento seja posterior ao serviço prestado, fazendo com que a entidade se responsabilize por todo o custeio das ações num primeiro momento. Ambos os trechos também indicam certa dificuldade em se estabelecer uma relação de confiança com o Governo, já que as entidades devem provar e comprovar que prestaram o serviço para depois receberem e, pensando no contexto das ações de governo (atrasos), como já mencionado, se torna mais claro a dificuldade das entidades em darem crédito à gestão estadual.

Nessa direção, E2/ SL aponta como o Estado, ao criar o “Aliança pela Vida” e seu modo de controle e repasse financeiro, acabou por criar, também, um dispositivo que pode ser corrompido e burlado. Ela aponta que *isso está ficando...acho que é extremamente passível de ... É... Burlar*.

De acordo com este trecho, E2/ SL explicita a possibilidade de burla do funcionamento de repasse de verbas às comunidades terapêuticas. Entretanto, implicitamente, ela não identifica por qual das partes (Estado ou comunidades) ou de ambas, que essa burla se torna possível. Nessa direção, de modo também implícito, os trechos anteriores e a entrevista anterior, nos trazem dados da dificuldade em se receber o repasse em função de alguns impedimentos. Assim, fica implícito nas falas e explícito através do contexto, que existem acordos entre Estado e comunidades terapêuticas para que

essa máquina de repasses funcione de modo a alimentar todos os envolvidos, a servir de “trampolim político” para uns, “enriquecimento” para outros e assim, sucessivamente. Nesse sentido, observa-se aqui como o questionamento do financiamento do “Aliança pela Vida” às comunidades terapêuticas só não é questionado, neste texto, pelo segmento estadual, porém, nos segmentos municipal e local essa questão se apresenta no discurso dos sujeitos.

Seguindo essa direção, observamos como E2/ SL se coloca numa posição crítica diante da ação, mesmo sendo representante da Rede Complementar, pois nos parece que E2 consegue observar algumas tramas do funcionamento da gestão que não são observadas ou veiculadas pela mídia, como, por exemplo, o que ela nos anuncia neste trecho:

é uma questão que fica pra mim: se eu tenho capacidade pra 30, se eu pactuo com o ‘Aliança’ 30 e tenho os 15 da Rede, será que eu não estou recebendo duas vezes para uma vaga só? É uma pergunta que fica.

Neste trecho selecionado, E2/ SL explicita através de uma pergunta um dos possíveis caminhos para a compreensão de como é possível manter a máquina que, segundo E1 e E2/ SM, virou uma questão de dinheiro: a relação entre o Estado Mineiro e as comunidades terapêuticas. Nesse sentido, implicitamente, a entrevistada anuncia uma pergunta, mas talvez seja uma das respostas para a não-aceitação do “Aliança pela Vida” na entidade em que a mesma representa, já que o acúmulo de fontes sobre um mesmo leito seria uma fraude e poderia trazer problemas com relação à realidade do dispositivo, visto que criaria a situação irreal de existirem dois usuários para internação num mesmo leito.

Nessa direção, E2/ SL nos apresenta o modo como esse hiperfinanciamento vem acontecendo no âmbito nacional e, desse modo, o “Aliança pela Vida” reproduz a lógica em âmbito estadual. E2 nos diz que *uma coisa engoliu outra, mas essas coisas continuam acontecendo, continua tendo a rede complementar, continua tendo o “Aliança” e agora, o chamamento que o Ministério da Justiça, aonde está a SENAD, que também entendeu que pode ser uma articulação;*

Assim, E2/ SL explicita o próprio modo como o Governo Mineiro e o Nacional encontraram para que esse funcionamento pudesse acontecer em que a Rede Complementar é porta de entrada própria; recebe pelo “Aliança pela Vida” e também, mais recentemente, pela SENAD. Desse modo, implicitamente, E2/ SL denuncia a questão trazida no trecho selecionado acima. Mesmo que não haja sobreposição no oferecimento de leitos, as entidades recebem repasse de diferentes fontes e as colocam, mais do que em

números, em financiamentos, como entidades bastante disponíveis a terem lucros sob a insígnia de serem dispositivos que visam o cuidado do usuário de álcool e outras drogas.

Nessa direção, seu discurso aponta para uma sequência de denúncias, que ela inicia acima, e que segue abaixo elucidando. Aqui, ela nos aponta que o enriquecimento através dos financiamentos às comunidades terapêuticas permite que *cria uma outra instituição pra mais 30 e essa outra instituição quem banca é o 'Aliança', então, estou vendo que tem muito dinheiro rolando nisso para as mesmas ações. Não tem nada a mais sendo feito, sabe?*

E2/ SL segue seu discurso de modo a, mais uma vez, reiterar o potencial de crescimento vertiginoso ao qual o “Aliança pela Vida” oferece subsídios levando a que essas entidades aumentem suas capacidades de leitos de internação. Nessa direção, explicitamente, a entrevistada também afirma que não há nada mais sendo feito, tornando implícito em sua fala que o “Aliança pela Vida” se tornou o carro-chefe do estado de Minas Gerais em função do enriquecimento gerado por ele, de modo que não há espaço para outra ação de governo que mobilize tantos dispositivos e gere tanta verba e, de acordo com o já exposto, votos e favores políticos.

Mais uma vez, aparece a justificativa de que um dos motivos para o favorecimento dos financiamentos de comunidades terapêuticas em detrimento da abertura de serviços públicos é o de que o segundo é uma estratégia mais cara e que necessita de um aparato humano, estrutural e logístico que não compensam quando comparado ao dispêndio envolvido nas PPP. Nesse sentido, E2/ SL nos declara que

o que devia, o que deveria ter sido feito, ter sido mantido é pra além do financiamento das comunidades terapêuticas estarem como serviços complementares ou que tivesse modificação, porque continua ficando, não sabe se está na saúde, não sabe se está na assistência...uns municípios a assistência banca porque é mais fácil para o prefeito financiar uma instituição não governamental do que criar um dispositivo municipal e aí fica essa concorrência, que acaba abrindo essa linha, essa coisa de frente, porque assim, compreendo até por ser profissional da saúde, a questão da Luta Antimanicomial, sei que existem muitos manicômios travestidos de comunidades terapêuticas, né?

Neste trecho selecionado, inicialmente, a entrevistada explicita seu entendimento de que o predomínio do financiamento às comunidades terapêuticas sem perspectiva de ampliação das ações públicas se configura como algo que deveria ser feito, mas não é, necessitando uma mudança de rumos. Nessa direção, E2 anuncia também que os muitos setores que gerem a ação governamental acabam por provocar uma confusão em âmbito municipal, uma vez que as diferentes fontes de financiamento para implantação promovem uma divisão que escapa apenas aos aspectos ideológicos, mas assumem uma cisão real,

implicitamente indicada por ela através do “travestimento” de comunidades terapêuticas em manicômios. Nesse sentido, o implícito em seu discurso está em afirmar que a ação visa, sobretudo, o financiamento de comunidades terapêuticas, desconsiderando estratégias complementares e, assim, acaba por assumir uma lógica manicomial e, neste sentido, cabe à saúde (e ela se coloca aí) fazerem frente a esse tipo de ação.

Nesse aspecto, pode-se observar que E2/ SL se esforça para assumir uma postura crítica e imparcial diante do fenômeno, visto que, mesmo sendo representante de uma entidade que poderia estar aderida ao “Aliança pela Vida”, ela não deixa de reconhecer que seu lugar como trabalhadora do setor saúde a coloca como crítica, não apenas ao “Aliança pela Vida”, mas talvez a qualquer ação que vise, antes do tratamento, o enriquecimento pelo sofrimento alheio.

Sendo assim, E2/ SL reconhece, mais uma vez, o caráter controverso e, por vezes, perverso da ação governamental, pois nos indica, através de seu discurso, que existem alguns serviços que não podem ser financiados, exatamente por não trabalharem na lógica do cuidado, mas na lógica manicomial, como mencionado no trecho acima. Nesse sentido, ela nos diz que esses serviços são

como as famosas ‘fazendinhas’, lugar feito pra depositar gente. Então, tem essa diferença e essa competição, ela fica acirrada no momento em que o financiamento passa a ser vultuoso para um tipo de serviço e fica sempre aquém pro outro, que é o serviço que precisa existir.

Neste trecho, E2/ SL explicita o que vinha anunciando nos trechos anteriores, que apontam para uma diferenciação entre tipos de dispositivos, assumindo a entrevistada (como representante do segmento local) que existem dispositivos que são de exclusão ou *para depositar gente* e também dispositivos que se atentam ao cuidado. Nessa direção, ela segue em seu discurso ressaltando, mais uma vez, seu incômodo com relação ao financiamento, como o faz o “Aliança pela Vida”. Podemos observar que há um implícito em seu discurso que aponta que *o serviço que precisa existir* se trata dos serviços públicos que são subfinanciados se comparados aos dispositivos privados. Além disso, fica implícito que se os serviços públicos, não hiperfinanciados, são os serviços que precisam existir, a Rede Complementar (para não deixar de existir) pode co-existir, desde que financiadas de modo equânime ou competente a cada modalidade.

Nessa direção, E2 declara o que pode ser depreendido como justificativa e resultado da ação governamental, destacando que *acaba também que a coisa não se deu, ficou voltada*

toda para a questão, que eu acho que nada mais é que plataforma política, a questão das comunidades terapêuticas.

Neste trecho, E2 aponta seu entendimento de que o predomínio das comunidades terapêuticas em desfavor dos serviços públicos de saúde é explicado pelo que ela nomeia como *plataforma política* e que não aparece apenas neste trecho de seu discurso. Nessa direção, fica implícito o entendimento da entrevistada de que, mesmo sendo uma representante do segmento local, não implica imediatamente que não compreenda o motivo pelo qual ocorreu a ênfase nas comunidades e, mais que isso, que ela aceite para si ou para entidade que representa.

E E2/ SL acrescenta que

não tenho nada contra em termos de financiamento, acho que tem que ter mesmo, quanto mais, melhor, mas que as coisas deveriam ser mais bem distribuídas, porque não é levantar a bandeira de comunidade terapêutica, mas é entender que é um serviço possível, um serviço que funciona...para algumas pessoas.

Assim, E2 parece anunciar o contraponto de sua argumentação do trecho citado anteriormente, isto é, ela explicita que é a favor dos financiamentos às entidades, visto que ela mesma não pode negar isso de modo deliberado, pois isso seria uma contradição (já que representa o segmento local), porém, também não arreda de sua posição de que há um predomínio e que, sobretudo, que é um dispositivo que pode ser funcional para algumas pessoas que sofrem, caso seja a escolha desse sujeito. Nesse aspecto, o lugar do usuário é defendido por E2/ SL ao mencionar que cabe a esse sujeito a escolha se esse é o melhor caminho ou não. Nessa direção, fica implícito em seu discurso que ela aponta que o serviço vale para *algumas pessoas*, sendo o contingente de “todas as pessoas” necessitadas a utilizarem um serviço que abarque seu escopo, de acordo com o que a entrevistada vem pontuando ao longo de sua entrevista, através, por exemplo, de sua fala de que os serviços públicos são os serviços que *precisam existir*.

Nessa direção, E2/ SL aponta uma possível diferenciação entre as comunidades terapêuticas, já que distinguí-las entre “boas” ou “ruins” é um julgamento de valor que pouco acrescenta para o planejamento das políticas públicas. E2/ SL nos apresenta essa diferenciação através de seu apontamento de que

as verdadeiras comunidades terapêuticas, elas tem uma base teórica bastante fundamentadas, tem uma razão de ser muito interessante e que, realmente, muito antes de se pensar em serviços substitutivos, muito antes dessa...nasceu dentro do bojo da psiquiatria, com Maxwell Jones, então, tem todo um...uma conceituação teórica.

Neste trecho selecionado, de modo semelhante a um dos trechos analisados na E1/ SM, a entrevistada salienta a origem das comunidades terapêuticas e de seu termo e o diferencial do utilizado na atualidade, tornando implícito que a conceituação teórica que sustenta as comunidades é a de Maxwell Jones, que é uma base *fundamentada e interessante*. Nessa direção, a entrevistada deixa implícito novamente que as *verdadeiras* comunidades terapêuticas são aquelas pautadas nos princípios do trabalho de Maxwell Jones.

Desse modo, ao seguir seu discurso, E2/ SL nos aponta importante argumento que justifica o porquê do crescimento vertiginoso do número de comunidades terapêuticas no Estado e em todo o país. Ela o faz através de sua fala de que

também é um serviço que entendeu-se lucrativo, então, tem aí um sítio, tenho uma fazendinha, então, rola de abrir um serviço. Se for dentro das bases, ótimo. Mas, normalmente não é. Aí entra a caracterização religiosa, aí é bíblia e enxada, castigos, coisas que gente vê da Idade Média.

Neste trecho, a entrevistada anuncia, mais uma vez, assim como em outros trechos de nossas entrevistas anteriores, que as comunidades terapêuticas e, por conseguinte, o “Aliança pela Vida” como ação governamental para repasse de verbas às mesmas, são um funcionamento que se viu e se tornou lucrativo, uma vez que não demanda de muita tecnologia, aparatos ou equipe qualificada para se disponibilizar um espaço e se intitular de “comunidade terapêutica”. Nessa direção, E2/ SL denuncia que uma parcela das entidades desrespeita critérios que não dizem respeito ao financiamento e, indo além, inviabilizam a laicidade do Estado, utilizam do trabalho forçado e da aplicação de castigos. Ela compara essa atuação às condições da Idade Média, entendendo que são práticas ultrapassadas e que têm endereço na história que datam de muito distante do momento atual. Fica implícito em seu discurso que a equiparação à Idade Média serve para anunciar o caráter de barbárie do seu funcionamento.

Nessa direção, como construção de seu discurso, E2/ SL nos demonstra o que já havia sido mencionado por E2/ SM, isto é, o “Aliança pela Vida” foi criado como uma ação com vistas a dar um *resultado* à epidemia que a mídia apresentava e, nesse sentido, E2/ SL aponta que a ação governamental é *uma política para resultado (...) então, tinha que ter um produto*.

Essa fala demonstra como E2 define a ação governamental e o modo como a mesma foi implantada pelo Governo Mineiro, entendendo que seria uma ação para mostrar resultados que, implicitamente, seriam as justificativas para o investimento de setenta

milhões de reais. Nessa direção, a criação do “Aliança pela Vida” vem para dar uma resposta ou um *produto* ao pânico social criado pela mídia de que havia uma epidemia do uso de drogas no Estado e que seria esta a ação responsável pelo seu fim, como uma panacéia, como mencionado por E2/ SM, que evidenciou em seu discurso como o lançamento da ação foi rodeada de publicidade e figuras públicas, a fim de legitimar seu impacto e importância.

Nessa direção, E2/ SL segue, através de seu discurso, evidenciando dois aspectos centrais que apontam, sucessivamente: para a dicotomia entre a epidemia criada pela mídia que precisa de uma resposta do Estado e as reais conseqüências da implantação da ação, que giram em torno, basicamente, do privilégio de financiamento público a entidades privadas. Nessa direção, E2/ SL nos diz que

então, assim, tem muito dinheiro, ele está indo para as instituições, tem o lado bom disso, tem um retorno para a sociedade sim, mas eu só acho que poderia ter sido mais bem distribuído para as coisas continuarem a serem feitas de maneira intersetorial, que eu não acho que seja.

Assim, E2 segue apontando o caráter de repasse financeiro da ação governamental e, ao mesmo tempo, salientando que a problemática do “Aliança pela Vida” diz respeito, mais uma vez, ao modo como essa *distribuição* de verba tem sido feita. Vale ressaltar o termo utilizado pela entrevistada uma vez que distribuição de verba é diferente de repasse de verbas e, nesse sentido, implicitamente, E2 nos sugere que percebe o funcionamento da ação muito mais como uma distribuição de verba pública do que como repasse de verba pública. Desse modo, a não-distribuição igualitária ou mais justa do Estado impossibilita que ações intersetoriais pudessem continuar ocorrendo ou, até mesmo, ocorrerem em algum momento.

E2/ SL nos apresenta, então, como possibilidade de avanço e saída desse jogo de forças mencionado acima, a atuação mais efetiva dos órgãos de controle social a fim dos mesmos evidenciarem as reais condições dessa relação entre o Estado e as entidades ou, de modo mais explícito, o modo como o “Aliança pela Vida” tem efetivado suas ações. Nas palavras de E2/ SL, *então, assim, esses órgãos, os conselhos poderiam ter mais efetividade, então, assim, toda a política poderia ter um efeito mais contundente, sabe? Perdeu-se. É uma oportunidade.*

E2 nos aponta, também, a participação popular como um caráter que merece mais atenção por parte do poder público, uma vez que é uma oportunidade de se fiscalizarem as ações e, ao mesmo tempo, com isso, se realizarem ações mais efetivas. Nessa direção,

implicitamente, ela também sugere que a participação e o controle social seriam de grande importância na construção das ações. Por conseguinte, ao citar a participação popular, implicitamente, E2/ SL menciona os próprios usuários de drogas, que deveriam ser chamados a participar de seu processo de tratamento e construção de políticas e ações mais condizentes com as realidades que vivem e se expõem. No setor saúde, por exemplo, os órgãos de controle e fiscalização (Conselhos de Saúde) são compostos de 50% de representantes de usuários dos serviços.

Dessa maneira, como mencionado anteriormente, E2/ SL ratifica, assim como E2/ SM, o caráter inoportuno da ação governamental (sem participação do controle social), através do “Território Aliança” e ela questiona:

o quê que virou o Território-Aliança? Um carro, todo plotado, enorme, polícia militar e um psicólogo atendendo. Polícia Civil, então, o cara passa pela polícia, vê se tem ficha e vai pro atendimento (...) nem tava pactuado nada, no primeiro dia que eu vi, foi a única vez que eu vi, e eu falei: “chega!

Nesse sentido, E2/ SL anuncia sua posição diante do que o “Território Aliança” traçou como plano de ação. Ela compreende que a breve observação dessa atuação justificou seu afastamento e, possivelmente, ensejou na não-adesão da entidade que representa ao “Aliança pela Vida”. Podemos observar, então, assim como em E2/ SM, que ambas entrevistadas endossam que o “Território Aliança” fracassou em vários aspectos, sendo o principal deles o que diz respeito à aproximação do Estado aos usuários de drogas e ao território que esse sujeito sobre-vive, ocupa e se relaciona com pessoas, drogas, espaço, urbanidade etc. Nessa direção, E2/ SL nos apresenta, mais uma vez e também, o caráter vertical da implantação da ação, visto que não havia nada pactuado com o município ou no território. Como implícito em seu discurso se apresenta que, do mesmo modo que a ação agiu de maneira violenta no território investido, o Estado também agiu com aqueles (as) que estavam trabalhando anteriormente à implantação da ação, que como já mencionado por E2/ SM, não foi respaldada pela própria população.

Nessa direção, E2/ SL nos explica o porquê considera que a ação fracassou e aponta que a ação

perdeu-se nisso. Aí eu achei que o ‘Aliança’ tem razão de ser dessa coisa, porque ele entra e faz percurso dentro do município sem conhecer o que o município tem, sem saber que base que o município tem para poder estar junto, então, eu acho que é sempre uma situação de ‘empurra goela abaixo’ e vê no que dá.

Desse modo, novamente, E2 explicita o caráter vertical da ação e, por conseguinte, do Estado mineiro e a negação da possibilidade de diálogo com os municípios a fim de

conhecer suas realidades e planejar ações voltadas às suas reais necessidades. Nessa direção, também mais uma vez, E2/ SL se utiliza do termo “goela abaixo” para demonstrar o modo como o Estado executou a implantação dessas ações (“Aliança pela Vida e Território-Aliança”). Nesse sentido, em suas últimas palavras deste trecho, E2 anuncia que, após o Estado *empurrar goela abaixo* suas ações, ele *vê no que dá*. Essa frase torna implícito que o Estado planejou toda sua ação e execução levando em consideração apenas seu ponto de vista e de modo irresponsável, na medida em que, “ver no que dá” é uma consequência posterior à ação e, com isso, a entrevistada nos indica de que não havia nenhum dado ou pesquisa que fundamentasse as ações do Estado e sim seu único interesse em fazer alianças que lhe convinham. Aqui, aparece um ponto em comum com E1/ SE, pois o mesmo nos evidenciou em seu discurso que o Estado planeja suas ações em seus gabinetes e perde a possibilidade de dialogar com a realidade que receberá essas ações.

Através de todo o exposto, E2/ SL chega a uma conclusão que nos sugere uma distorção mais na forma de a ação ser realizada do que de seu conteúdo, nos evidenciando que não foi realizada entre Estado e municípios

nenhuma pactuação, nenhum entendimento do que é, então, assim, acho que aí que está o grande gargalo e o grande erro dessa ação. É o que confunde tudo, porque não é natureza da ação, é como a ação é imposta, porque chega o Estado tomando lugar dentro do município, que já tem algumas ações a respeito, e acaba tirando a referência ou, que a gente sabe a dificuldade que o indivíduo tem, de pactuar, às vezes uma situação de saúde difícil ou não quer deixar a droga, é uma opção dele, é uma escolha que ele tem a fazer, mas que às vezes a pessoa consegue vincular um serviço, Consultório de Rua, Consultório na Rua, tem uma sessão.

Nesse sentido, em continuidade aos trechos anteriores, E2/ SL explicita o que afirmou através do trecho selecionado anteriormente, uma vez que anuncia a irresponsabilidade do Estado com a realidade do município como o *grande* erro da ação. Nessa direção, o Estado erra, mas segue operando, pois, segundo E2, não se trata da natureza da ação, mas do modo como ela é “imposta” (em contraposição a ser ‘implantada’). Nesse sentido, se o erro da ação é ser imposta e o Governo Mineiro necessita dar um produto e uma resposta à população, através das interações como estratégia eleitoreira, o aspecto que fica implícito na ação é o de que o usuário não é nem foi mencionado em momento algum dessa ação. Nessa direção, E2/ SL anuncia que essa verticalidade imposta das ações do Governo gera um distanciamento (ou não aproximação) do Estado em relação a essas pessoas, uma vez que a solução de interná-las e afasta-las de seus territórios as exime da possibilidade de aproximação e, até mesmo, da possibilidade do Estado conhecê-las e reconhecê-las como copartícipes da mesma realidade social,

histórica, geográfica e, principalmente, de seu tratamento. Nesse sentido, mais uma vez, E2 demonstra que os serviços que fazem laço social com o usuário de modo horizontal (em contraposição à imposição do Estado em suas ações) são os serviços públicos territorializados, entendendo que é na horizontalidade a possibilidade de se colocar em prática termos como: escolha; pessoa; vínculo; sessão, todos significantes utilizados por E2/ SL.

Nesse sentido, E2/ SL sustenta que a maneira de o Estado intervir através da imposição da ação governamental não trouxe diálogos, seja entre Estado e Usuários, seja entre Estado e Municípios, dizendo que *olha, não tem que ter policial! Porque tudo aquilo que a gente está construindo está sendo destruído. Algumas queixas, às vezes de violência mesmo, né? De violação de direitos, então, assim, perdeu, sabe, assim? Saiu completamente do...*

E2/ SL explicita aqui, como a intervenção do Estado nas políticas sobre drogas vem destruindo ações no campo de atuação dos profissionais que já as realizavam nos municípios. Nesse sentido, sua fala justifica o modo como seu discurso veio se formando ao longo dos trechos selecionados acima citados, uma vez que ela pontua várias tensões entre a atuação do Estado, que são significadas como violentas, impositivas e eleitoreiras e, ao mesmo tempo, as atuações nos municípios e localidades, em que existe vínculo, cuidado e atenção. Nesse sentido, este trecho, assim como em vários anteriores, E2/ SL vincula as palavras violência e violação de direitos, por exemplo, ao Estado e, associado a essas aproximações, que isso *se perdeu*. Ou seja, a ação ‘deixou-se perder’ ou ‘perdeu-se’ em privilegiar o financiamento de entidades ao invés de construir laço com aquele que é nomeado como favorecido pela ação do Estado.

Nessa direção, E2/ SL, de modo muito semelhante ao discurso de E2/ SE, entende e justifica que a transferência da gestão do “Aliança pela Vida” para o setor saúde foi um ganho, uma vez que esse setor, por definição, estabelece ações que priorizam a produção de saúde ou nos utilizando de suas próprias palavras, não ‘perdeu-se’, pois se trata de uma ‘missão’ do setor. E2/ SL nos diz que

então, assim, acho que ir para a saúde tem um movimento super positivo, muito interessante e tem essa prerrogativa também que eu acho que é de missão, assim, que é de ver os serviços, todos eles, sendo contemplados, e a saúde tem participação nisso e pode fazer isso melhorar, então, eu acho que foi um ganho. Não desfazendo da SUPOD, mas é porque a SUPOD, realmente, não tem...ela não se posicionou.

Sendo assim, E2/ SL também nos aponta que a transferência de parte da gestão do “Aliança pela Vida” para o setor da saúde foi um ganho na medida em que o setor carrega em si a missão de abranger vários tipos de serviços a fim de garantir a saúde da população e, nesse sentido, ela deixa implícito que, por ser tão responsável e lidar com uma demanda como a que tem, enquanto SUS, o setor tem como pressuposto o estabelecimento de relações de modo mais horizontalizado, contrapondo-se aos setores menores ou, reconhecidamente, com menor visibilidade social ou dotação orçamentária. Além disso, como já dito por E2, o setor saúde apresenta a participação popular e o controle social como prerrogativas, que são perspectivas participativas e aproximativas da população-alvo em comparação a outras ações, como o “Aliança pela Vida”. Por fim, E2 anuncia, como estratégia discursiva de denegação, num primeiro momento, que a SUPOD, do Governo Mineiro, não fez e não se posicionou sobre a realidade de imposição (implantação) do “Aliança pela Vida”, deixando implícito que, esse não-posicionamento indica um não-querer-saber ou uma alienação que lhe resguardava algum privilégio, numa balança em que pesa de um lado os interesses da SUPOD e o das comunidades terapêuticas e do outro lado o setor saúde e a gestão humanizada da ação.

7 – Considerações Finais

Nosso sétimo capítulo traz apontamentos que visam a conclusão de nosso texto, trazendo alguns indicadores do que consideramos como possíveis ou pertinentes em relação aos desafios colocados à realidade brasileira no que tange às políticas sobre “drogas” nos dias de hoje. Seguidamente, o último item de nosso texto traz nosso referencial utilizado para sustentar, auxiliar, ensinar e dialogar com o texto que se faz presente.

Aqui, pretendemos construir algo na direção de uma conclusão, entendendo que alguns pontos trabalhados nos permitem esse exercício e outros nem tanto. Nesse sentido, um dos pontos que permanecem sem a possibilidade de conclusão, é o próprio “Aliança pela Vida”, pois que o mesmo continua em vigor, mesmo com o governo que se nomeia contrário às direções ideológicas do governo que implantou a ação no ano de 2011. Dessa forma, dizemos que não há uma perspectiva de conclusão, pois o mesmo, através da gestão da SUPOD, tem sido veiculado como o carro-chefe das ações dessa subsecretaria e, com isso, essa ação segue completando o seu quarto ano de existência e sem perspectivas de término, como dito em uma das entrevistas. Desse modo, o caráter temporário da ação, de fato, deu lugar ao caráter permanente, mas sem, necessariamente, assumir, ao menos no que pudemos observar, a robustez de uma política pública, visto que a ação atinge uma perspectiva muito aquém do que poderia quando se comparada a uma política pública como os CAPS, por exemplo.

Dessa maneira, se expõe a nós o quão controversa se tornou a constituição de uma identidade política num contexto de coligações, uma vez que a gestão atual do Estado Mineiro (até o presente momento) não rompeu, na prática, com a ação governamental que, como visto, não demonstra sinais de conquistas no campo do tratamento aos usuários de álcool e outras “drogas” de modo equiparável ao número de comunidades terapêuticas que têm surgido no país e, em especial, no Estado de Minas Gerais.

O Estado de Minas Gerais, de acordo com o Censo das Comunidades Terapêuticas no Brasil (<http://www.mapa-ct.ufrgs.br/>) conta, atualmente, com 106 comunidades terapêuticas cadastradas na SENAD. Entretanto, de acordo com o Observatório Mineiro de Informações sobre Drogas (www.omid.mg.gov.br), existem apenas 28 entidades vinculadas ao Estado. Dessa forma, existem grandes distorções no campo de informações que nos indicam que não há, até o momento ou disponível ao amplo conhecimento, um mapeamento real da quantidade de comunidades terapêuticas existentes em nosso Estado.

De acordo com o site da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) (<http://www.febract.org.br/?navega=filiadas&estado=MG>), estão vinculadas a essa federação 12 entidades mineiras. Pela Associação Mineira de Comunidades Terapêuticas e Instituições Afins (AMICTIA) não foi possível encontrar site oficial ou número de entidades vinculadas a essa instituição. O único dado encontrado foi sua página na rede social *Facebook*.

Desse modo, podemos observar certa dificuldade em encontrar bases de dados consolidadas que nos permitam acessá-los a fim de conhecer melhor a realidade das comunidades terapêuticas em Minas Gerais. Nesse sentido, se reitera aqui nosso esforço em traçar um critério de distinção entre as comunidades terapêuticas em “originárias” e “atuais”. Como já mencionado anteriormente, essa distinção de nomenclatura se fez uma vez que, historicamente, as comunidades terapêuticas originárias tiveram grande impacto na realidade dos hospitais psiquiátricos, na tentativa de quebrar os muros “simbólicos” enfrentados por aqueles sujeitos que se encontravam enclausurados. Esses muros representavam a estigmatização, o embotamento afetivo e a incapacidade.

Nesse sentido, nossa trajetória pela história da psiquiatria e da Reforma Psiquiátrica Brasileira se deu porque as denominadas comunidades terapêuticas “originárias” ou velhas buscaram romper com essa reprodução, como pode ser observado em nosso terceiro capítulo. Da mesma forma, entendemos necessária a criação da adjetivação de “atuais” ou “novas”, por entender que estas incorrem, repetidamente, em certo nível de reprodução da lógica mais rígida dos hospitais psiquiátricos, que se traduz em ver naquele sujeito que ali se encontra a incapacidade em lidar com seu ambiente de origem numa relação não compulsiva com um objeto ou uma “droga”.

Nesse sentido, a reprodução da lógica manicomial está em pressupor que o sujeito deve estar em um ambiente “livre das drogas” para se ver livre do desejo de usá-las, quando, o que é possível de se promover (já que não se pode manter o sujeito internado sem perspectiva de alta) é uma resignificação da relação que o sujeito estabelece com o seu objeto de desejo, visto que não será possível construir outro mundo que não contenha “droga” alguma a qual o sujeito venha a desejar.

Desse modo, a lógica do hospital psiquiátrico e das comunidades terapêuticas atuais se encontra, justamente, em tentar isolar o sujeito do convívio social, como estratégia de retirá-lo da possibilidade de estabelecer relação com o objeto de desejo, que pode ser uma relação tresloucada, diferente ou compulsiva. Nesse sentido, ambos modelos

desconsideram a realidade em que o humano se encontra enquanto inadaptado e criador de cultura.

Assim, nosso trabalho, antes de querer encerrar a discussão sobre o uso de “drogas”, buscou compreender condicionantes e determinantes que fazem com que algumas pessoas e entidades busquem o pressuposto do asilamento ou de “uma humanidade sem drogas” como modelo de tratamento. Desse modo, pôde ser observado que, qualquer ação e estratégia que leve em consideração a abstinência de uma relação desajustada no humano, desconsidera sua própria humanidade em prol de interesses particulares que não reconhece o outro como seu semelhante. Dessa maneira, entendemos que este estudo logrou demonstrar que ações e políticas nacionais vêm produzindo algumas des-humanidades ao colocar o usuário de álcool e outras “drogas” como um ser que fracassa ou que não tem condições de responder pelos seus atos, sejam eles de quaisquer ordens.

Assim, de modo a tentar responder aos nossos objetivos, geral e específico, vale retomar a riqueza que o método de realização de entrevistas permitiu ilustrar e enaltecer a potência desse trabalho. Nesse sentido, mais que o autor, as falas dos entrevistados nos permitiram observar a quem a realização das PPP respondem. Isso se tornou mais claro no processo de análise das entrevistas realizado acima, pois em mais de um contexto (e por conseguinte em mais de um discurso), se pode observar que as PPP atendem aos interesses “polítiques” e particulares daqueles que defendem e criam espaços, como a ação governamental, para o agrupamento de pessoas que tenham interesses comuns que, não necessariamente, dizem respeito a quem sofrerá as ações, como no caso dos usuários de “drogas”.

Isso pode ser observado também através dos diferentes momentos em que, nas análises das entrevistas, os entrevistados citaram a questão “financeira” da ação governamental, isto é, os interesses passam pela questão política partidária, que envolve, de maneira acoplada, a questão financeira. Esse dado se torna mais compreensível ao observarmos nos debates atuais da política nacional o esforço em se combater o financiamento privado de campanhas de candidatos aos governos. Nesse sentido, o “Aliança pela Vida” constrói um caminho muito aproximado, pois os envolvidos na criação da ação a utilizam, como visto nas entrevistas, como “trampolim político” ou “bandeira política” na tentativa de garantir votos e respaldos através das PPP.

Trata-se, então, de um jogo de barganhas em que o político barganha votos para se manter onde está e, em troca, oferece o financiamento público das entidades privadas. No

caso específico dessa ação governamental, sem atravessamentos que permitiriam controle estatal do modo como esse financiamento está sendo realizado ou da forma como a verba está sendo utilizada.

Desse modo, o hiperfinanciamento favorece e oportuniza aos dois lados da “bandeira das drogas” a quem quer se recandidatar se utilizando de um lado dessa bandeira e o outro lado, que são aqueles que garantem os votos que sustentam ou não uma das faces dessa bandeira.

O que não se discute no balançar dessa bandeira hasteada é o lugar que o usuário de “drogas” e seus familiares ocupam aí, já que a bandeira só tem dois lados. Nesse sentido, o usuário é, no campo discursivo, para quem a bandeira está de pé. Porém, muitas vezes, nessa dinâmica de “apenas dois lados da mesma bandeira”, o usuário é, em verdade, aquele que recebe o finco da bandeira, isto é, aquele em que a bandeira é fincada a fim de se manter de pé.

Dessa maneira, entendemos que muito ainda há a se fazer em prol da construção de uma política sobre “drogas” que atenda, de fato, aos anseios e realidades do maior número possível de pessoas. Algumas ações, como a PRD e os Consultórios de Rua, como mencionadas ao longo de nosso texto, são demonstrativos de que é possível realizar ações integradas e com resultados eficazes de prevenção, tratamento e reinserção do usuário de álcool e outras “drogas”. Entretanto, também são ações que têm baixa receptividade por parte do governo, uma vez que o mesmo, também como observado através das entrevistas, está entremeado de interesses que escapam à política pública.

Dessa maneira, esperamos ter conseguido desvelar, mesmo que minimamente, com nosso trabalho, os vieses e contingências que circundam as ações governamentais “Aliança pela Vida” e “Território Aliança”, que são parte de um contexto de “guerra” que, cotidianamente, temos que enfrentar e que ainda não dão sinais muito evidentes de seu fim.

8 - Referências

- Alves, G. da A. (2011). A requalificação do centro de São Paulo. *Estudos Avançados*, 25(71), 109-118. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142011000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-40142011000100008.
- Amarante, P. D. C. (2010). A Reforma Psiquiátrica Brasileira. In W. Melo, F. M. Lopes, M. T. Marchiori, A. G. Martins, D. R. Matos, & M. A. Silveira et al. (Orgs.), *Quando Acabar o Maluco Sou Eu* (pp. 19-31). Rio de Janeiro: Espaço Artaud.
- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2013). *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Recuperado em 09 de julho, 2014, de <http://www.casacivil.gov.br/noticias/perfil-brasil.pdf>
- Bittencourt, M. (2013, 22 de maio). Câmara vota hoje nova lei antidrogas que prevê internação forçada. *Portal Terra*. Recuperado em 05 de agosto, 2014, de <http://noticias.terra.com.br/brasil/politica/camara-vota-hoje-nova-lei-antidrogas-que-preve-internacao-forcada,0a1e2b84104ce310VgnVCM3000009acceb0aRCRD.html>.
- Bucher, R. (1992). *Drogas e Drogadicção no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Carneiro, H. (2002). As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. *Outubro*, 6, 115-128. Recuperado de http://www.revistaoutubro.com.br/edicoes/06/out6_10.pdf
- Carvalho, H. B., Bueno, R., & Brasil, P. (2000). Infecção pelo HIV e seus determinantes em sete cidades brasileiras. In F. Mesquita, & S. Seibel (Orgs.), *Consumo de drogas: desafios e perspectivas* (pp. 21-53). São Paulo: Hucitec.
- Carvalho, J. M. de. (1997). Mandonismo, Coronelismo, Clientelismo: Uma Discussão Conceitual. *Dados*, 40(2), n.d. Recuperado em 21 de abril, 2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0011-52581997000200003&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0011-52581997000200003

Decreto-Lei n. 891 (1938, 25 de novembro). Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Recuperado em 25 de outubro de 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm.

Chiaravalloti Neto, F., Gandolfi, D., Moraes, M. S., Fochi, E. L., Ferreira, E. M. A., Frasseto, A. C. et al. (2000). Programa de Redução de Danos em São José do Rio Preto. In F. Mesquita, & S. Seibel (Orgs.), *Consumo de drogas: desafios e perspectivas* (pp. 161-171). São Paulo: Hucitec.

Conselho Federal de Psicologia (s.n.). *Drogas e Cidadania*. Recuperado de drogasecidadania.cfp.org.br.

Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (2013). *Documento de Referências Técnicas para a atuação de Psicólogos (os) em Políticas Públicas de Álcool e Outras drogas*. Recuperado em 12 de maio, 2014, de http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/12/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.131.pdf

Costa, J. F. (1989). *História da Psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Cortez.

De León, G. (2003). *A Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola.

Decreto n. 45.739 (2011, 22 de setembro). Regulamenta a ação governamental "Cartão Aliança pela Vida" e estabelece os critérios para a concessão de benefício no âmbito do Programa Social Rede Complementar de Suporte Social e Atenção ao Usuário de Álcool ou Outras drogas, que trata do inciso VI do anexo da Lei nº 18.692, de 30 de dezembro de 2009, e dá outras providências. Recuperado em 12 de novembro, 2014, de <http://ws.mp.mg.gov.br/biblio/informa/230916336.htm>

Decreto n. 7.179 (2010, 20 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria seu comitê gestor, e dá outras providências. Recuperado de 4 de

novembro, 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm

Delgado, P. G. G. et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In M.F. Mello, A.A.F. Mello, & R. Kohn (Orgs.) *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 207-223). Porto Alegre: ArtMed.

Deliberação CIB-SUS/MG n. 1297 (2012, 24 de outubro). Aprova o financiamento de tratamento para usuários de álcool, crack e outras drogas em caráter temporário denominada “Cartão Aliança pela Vida para – nos termos da ação governamental”. Recuperado em 20 de agosto, 2014, de <http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Republicacao%20Minuta%201.297%20Cartao%20Alianca.pdf>

Dominguez, B. & Batalha, E. & Morosini, L. (2013). Álcool é droga. *Radis: Comunicação e Saúde*, 132, 12-24.

Fiore, M. (2007). *Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público*. São Paulo: FAPESP.

Foucault, M. (1996). *A Ordem do Discurso – aula inaugural no Collège de France*, pronunciada em 2 de dezembro de 1970. São Paulo: Edições Loyola.

Freud, S. (2006). *O mal-estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1930).

Gil, A. C. (2009). *Estudo de Caso*. São Paulo: Atlas.

Gradella, O., Batista, J. B. (2013). *Enfrentamento ao crack: contradições e implicações sociais e econômicas de um programa governamental*. XVII Encontro Nacional Práticas Sociais, Políticas Públicas e Direitos Humanos.

Jones, M. (1972). *A Comunidade Terapêutica*. Petrópolis, RJ: Vozes. (Originalmente publicado em 1968).

- Jorge, M. A. S. (1997). *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro. Recuperado em 12 de março, 2014, de <http://portalteses.icict.fiocruz.br/pdf/FIOCRUZ/1997/jorgemasm/capa.pdf>
- Labigalini, Jr. E. (2000). O uso de *cannabis* por dependentes de crack: um exemplo de redução de danos. In F., Mesquita, S., & Seibel (Orgs.), *Consumo de drogas: desafios e perspectivas* (pp. 173-184). São Paulo: Hucitec.
- Langdon, E., Maluf, S., Tornquist, S. (2008). Ética e política na pesquisa: os métodos qualitativos e seus resultados. In I. Guerriero, L. Schmidt, F. Ziecker (Orgs.), *Ética nas Pesquisas em Ciências Humanas e Sociais na Saúde* (pp. 128-147). São Paulo: Aderaldo e Rothschild.
- Lei n. 10.216*. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Recuperado em 2 de abril, 2014, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- Lopes, F. M., Oliveira, T. R., Matos, D. R., & Machado, M. N. da M. (2014). Contribuição à Historiografia da Saúde Mental: análise do discurso de 1991 do presidente da Associação Internacional de Psiquiatria. *Memorandum* (no prelo).
- Machado, M. N. da M. (2008). Análise do Discurso e Psicologia Social: um vínculo esquecido. *Mnemosine*, 4(2), 20-37. Recuperado em 12 de maio, 2014, de http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/146/pdf_132
- Medina, M. G., Aquino, R., Filho, N. de A., & Filho, A. N. (2012). Epidemiologia do Uso/Abuso de Substâncias Psicoativas. In N. Almeida Filho, & M. L. Barreto (Orgs.), *Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, Métodos e Aplicações* (pp. 527-544). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Melo, W. (2001). *Nise da Silveira*. Rio de Janeiro: Imago.

- Melo, W. (Coord.). (2013). *Oswaldo dos Santos*. Rio de Janeiro: Fundação Miguel de Cervantes.
- Mesquita, F., Bueno, R., Lopes, G. T., Piconez, D., Haddad, I. M. T., & Araujo, P. J. (2000). Diagnóstico rápido e pronta resposta. In F. Mesquita, & S. Seibel (Orgs.), *Consumo de drogas: desafios e perspectivas* (pp. 123-160). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2013). *Prevenção do Uso de Drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias* (Vol. 5). Brasília: SENAD.
- Moffatt, A. (1980). *Psicoterapia do Oprimido*. São Paulo: Cortez.
- Moncau, G. (2013, janeiro). A internação compulsória é sistema de isolamento social, não de tratamento. *Revista Caros Amigos*, 175. Recuperado em 11 de junho, 2014, de <http://www.carosamigos.com.br/index.php/politica-2/2888-entrevista-dartiu-xavier-a-internacao-compulsoria-e-sistema-de-isolamento-social-nao-de-tratamento>;
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DTS e AIDS (2004). *A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Autor. Recuperado em 12 de fevereiro, 2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
- Portaria n. 2.197/GM* (2004, 14 de outubro). Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Recuperado em 12 de junho, 2013, de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>
- Portaria n. 3.088* (2011, 23 de dezembro). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro.

Portaria n. 336 (2002, 19 de fevereiro). Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em 17 de outubro, 2013, de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf

Projeto de Lei n. 3.657 (1989, 12 de setembro). Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Recuperado em 12 de novembro, 2013, de <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=20004>

Queiroz, I. S. de. (2001). Os Programas de Redução de Danos como Espaços de Exercício da Cidadania dos Usuários de drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(4), 2-15.

Resolução n. 3/GSIPR/CH/CONAD (2005, 27 de outubro). Aprova a Política Nacional sobre drogas. Recuperado em 4 de julho, 2013, de <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Legislacao/326979.pdf>

Rodrigues, T. M. S. (2002). A infundável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. *São Paulo em Perspectiva*, 16(2), 102-111. Recuperado em 1 de abril, 2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392002000200012&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-88392002000200012.

Saad, L. (2010). Medicina Legal: o discurso médico e a criminalização da maconha. *Revista de História*, 2, 59-7. Recuperado em 1 de maio, 2013, de <http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/Medicina%20legal%20e%20o%20discurso%20sobre%20criminaliza%C3%A7%C3%A3o%20da%20maconha.pdf>

Sales, A. (1977). Antipsiquiatria e Psiquiatria. In *Associação Cearense de Letras*, s/n, 86-91. Recuperado em 9 de julho, 2013, de http://www.ceara.pro.br/acl/revistas/revistas/1977/ACL_1977_09_Antipsiquiatria_e_Psiquiatria_Aderbal_Sales.pdf

- Santos, O. (1967). Destino da Praxiterapia em uma comunidade terapêutica. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 16(3/4), 267-278.
- Rosa, J. G. (1962). Sorôco, sua mãe e sua filha. In J. G. Rosa, *Primeiras Estórias*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Rosário, R. (2013, 26 de abril). Planalto apóia internação à força de dependente de drogas. *Estadão*. Recuperado em 5 de julho, 2013, de: <http://noticias.uol.com.br/ultimas-noticias/agencia-estado/2013/04/26/planalto-apoia-internacao-a-forca-de-viciado.htm>
- Salles, M. H. N. de. (2013). *Política de Drogas no Brasil – Temos o melhor modelo?* Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Seibel, S. D., & Toscano, A. Jr. (2001). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Stake, R. E. (2012). *A arte da investigação com estudos de caso*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

9 – Anexos

9.1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “As Novas Comunidades Terapêuticas e as Velhas Políticas sobre drogas no Brasil: um estudo de caso sobre a ‘Aliança pela Vida’”.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender como se deu a implantação da ação governamental “Aliança pela Vida” nos estado de Minas Gerais e quais são seus condicionantes e determinantes em relação às Políticas Nacionais sobre Drogas do Estado Brasileiro e caso você participe, nós o convidaremos a indicar mais pessoas, como você, que auxiliaram na elaboração e implantação dessa ação em Minas Gerais.

Não há riscos ou desconfortos no estudo: está sendo informado de que não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo caso você não se sinta à vontade.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará minha participação. Sei que meu nome não

será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.
Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei.....//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: _____

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o
Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São
João del-Rei – cepes@ufsj.edu.br / (32) 3379-2413.

9.2 – Carta de aprovação da Pesquisa pela CEPES



Memo Nº 013/2015/UFSJ/CEPES

20 de maio de 2015

De: **Prof.ª Adriana Guimarães Rodrigues**
Coordenadora da CEPES

Para: Pesquisador: **Felippe de Mello Lopes**


Assunto: Parecer e considerações

Prezado pesquisador,

Comunicamos a V.Sª. que o Protocolo 008/2014 CEPES intitulado "As novas Comunidades Terapêuticas e as Velhas Políticas sobre Drogas nos Brasil: em estudo de caso sobre a "Aliança pela Vida" teve o seguinte parecer:

"Pode-se concluir que o projeto de pesquisa "As novas Comunidades Terapêuticas e as Velhas Políticas sobre Drogas nos Brasil: em estudo de caso sobre a "Aliança pela Vida" está em consonância com os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos nos termos da Resolução 466/12 e artigos referidos no protocolo de pesquisa da CEPES/UFSJ. Somos, portanto, de parecer favorável à aprovação do referido projeto, salvo melhor juízo."

Atenciosamente,


Professor Adriana Guimarães Rodrigues

Coordenadora da CEPES