

JUVENTUDE POBRE E NEGRA NA MIRA: BIO-NECROPOLÍTICA EM SAÚDE MENTAL

Rafaela Werneck Arenari Martins¹

Luana da Silveira²

RESUMO

O presente artigo defende a urgência do debate sobre os entraves causados pela falida guerra às drogas, reafirmada como política de Saúde através do decreto N° 9.761, de 11 de abril de 2019. A partir de uma pesquisa bibliográfica e da experiência de estágio na rede de atenção psicossocial, utilizando da pesquisa-intervenção como um modo de pesquisar, objetivamos afirmar os efeitos nefastos do proibicionismo em sua configuração fracassada. Nesse sentido, a guerra às drogas emerge como estratégia bio necropolítica, tendo como consequência a maior institucionalização tanto pela ótica da patologização como da criminalização, notadamente de jovens pobres e negros do Brasil.

PALAVRAS-CHAVE: Juventude; Drogas; Proibicionismo; Racismo.

¹ Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal Fluminense (UFF). Mestrado em Psicologia Institucional pela Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). Cursando especialização (Lato Sensu) em Saúde Mental e Atenção Psicossocial (UNESA).

² Professora adjunta do curso de Psicologia da UFF - Campos dos Goytacazes. Possui graduação em Psicologia pela UNISC (1998), especialização sob a forma de residência em Saúde Coletiva pelo ISC/UFBA (2002), mestrado em Saúde Coletiva - ISC/UFBA (2008), doutorado em Psicologia Social na UERJ (2013). Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-9532-7393>

**POOR BLACK YOUTH ON TARGET: BIO-NECROPOLITICS IN MENTAL
HEALTH**

ABSTRACT

This paper argues for the urgency of the debate on the obstacles caused by the war on drugs, reaffirmed as a health policy through Decree No. 9,761, of April 11, 2019. Based on a bibliographical research and on the experience of an internship in the psychosocial care network, using research-intervention as a way of researching, we aimed to affirm the harmful effects of prohibitionism in its failed configuration. Therefore, the war on drugs emerges as a bio necropolitical strategy, with the consequence of greater institutionalization, both through pathologization and criminalization, especially of poor and black young people in Brazil.

KEYWORDS: Youth; Drugs; Prohibitionism; Racism.

INTRODUÇÃO

Este artigo é fruto de análises e debates suscitados pela experiência de estágio com jovens usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Infantil- CAPS infantil³, no município de Campos dos Goytacazes, como também da pesquisa realizada no trabalho de conclusão de curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense na mesma cidade. Na ocasião, foi realizado o acompanhamento de um grupo de jovens encaminhados pela Justiça ao CAPS, por terem problemas relacionados ao uso de drogas, para receberem acompanhamento terapêutico individual no serviço e no território.

A saúde mental infanto-juvenil, enquanto campo de conhecimento em construção, aponta a necessidade de um cuidado ao selecionar estratégias para a realização de pesquisas e produção de saber. Para a realização dessa investigação, houve uma aproximação com a Pesquisa-Intervenção, enquanto proposta de atuação transformadora da realidade sócio-política, assumindo que toda pesquisa implica em intervenções na experiência social. Na pesquisa-intervenção há o exercício constante em romper com a ideia de uma suposta neutralidade e à objetividade do pesquisador (ROCHA E AGUIAR, 2003). Deste modo, consideramos a centralidade das análises políticas que compõem o percurso de pesquisar, enfatizando o compromisso com a dimensão ética dos processos de produção de saúde dos jovens que encontramos no dispositivo de atenção Psicossocial.

As experiências vivenciadas no serviço de saúde denotam a necessidade de articular o plano micropolítico no contexto local da formação e da atenção psicossocial atravessados pelo plano macropolítico, que, desde quando se deu o estágio e o TCC, e

³ CAPS são serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional (psicólogos, psiquiatras, assistente social, enfermeiros), atuando de forma interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do abuso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial. São serviços alternativos ao modelo asilar. O CAPS infantil (CAPSi) é pensado nessa mesma lógica, porém, para o atendimento de crianças e jovens (BRASIL, 2011).

especialmente a partir de 2019, quando a guerra às drogas é ainda mais valorizada e efetivada enquanto política pública. Torna-se, assim, urgente a modulação de debates e produções na direção dos desafios provocados por dispositivos tais como o decreto que aprova a Política Nacional sobre Drogas, Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. Esta altera o paradigma de cuidado das pessoas com uso prejudicial de álcool e outras drogas, regulamenta a internação involuntária e compulsória nas comunidades terapêuticas, assim como a criminalização de usuários e traficantes.

A transversalização desses planos evidencia que essas decisões são efeitos de uma política proibicionista e racista que viola direitos humanos e afetam de modo nefasto a juventude, principalmente pobre, negra e periférica, o que difere de países onde as drogas foram legalizadas e descriminalizadas, como é o caso de Portugal e Holanda (MARTINS, 2013; RODRIGUES, 2004), entre outros países. Nesses não houve aumento do consumo e da criminalidade, o que permite a criação de políticas de atenção ao usuário, deslocando as drogas do âmbito da segurança pública para colocá-la enquanto uma questão de Saúde Pública para quem tenha uso problemático, discernindo do uso recreativo, terapêutico ou sagrado (SOUZA, 2013).

Desta forma, acompanhando esses jovens em um CAPS no qual eram avaliados e encaminhados para participar de um grupo de dependentes químicos, sem considerar a relação subjetiva de cada um deles com a droga utilizada foi possível pensar na complexidade desse campo ainda tão pouco discutido, que é a saúde mental do público infanto-juvenil, principalmente no que se refere ao uso de drogas. Esse fato ainda se intensifica pelo entendimento de que o campo da saúde mental no âmbito da infância e juventude não é de maneira alguma isolado, mas atravessado e composto por outros, como as políticas públicas, a judicialização da vida, a guerra às drogas, a medicalização e tantos outros.

Para isso, é indispensável que, em primeiro lugar, sejam feitas algumas análises sobre o conceito de adolescência no contemporâneo brasileiro e uma delimitação do porquê, neste trabalho, fazemos uma aposta na noção de juventude enquanto um posicionamento ético e político.

A JUVENTUDE ENQUANTO APOSTA POLÍTICA

A nomenclatura “adolescência” está amplamente presente no cotidiano, inclusive nos serviços de Saúde, que usam como modelo a vida estadunidense de classe média, como se essa devesse ser adotada pelo restante do mundo. A noção de adolescência surge articulada a uma lógica desenvolvimentista, constituindo-se enquanto uma etapa do desenvolvimento pela qual, supostamente, todos passariam da mesma maneira e de forma obrigatória. Para se efetivar como tal, essa noção contou com a ajuda do saber psicológico predominante, que atribuiu algumas características que seriam intrínsecas a essa etapa da vida, tomando esse padrão como base para diferenciar sujeitos normais e anormais, de acordo com seu grau de aproximação às normas. Outras aliadas para a edificação desse conceito foram as práticas médicas, que relacionaram determinadas mudanças hormonais, físicas, próprias dessa etapa, como responsáveis por algumas características psicológico-existenciais. Essas acabam sendo consideradas como uma suposta identidade adolescente (COIMBRA, BOCCO e NASCIMENTO, 2005).

Margaret Mead (1951) mostrou, a partir de uma perspectiva do relativismo cultural, na sua experiência de pesquisa em Samoa, que a adolescência é um fenômeno fabricado socialmente, manifestando-se de formas diferentes e até mesmo inexistindo em alguns lugares. Apesar da difusão massiva e comercial da figura do adolescente como o grande ícone dos tempos contemporâneos, Mead nos lembra que ela é engendrada por movimentos históricos e culturais. De acordo com Lepre (2005), foi no século XVIII que surgiram as primeiras tentativas de definir, claramente, suas características e apenas no século XX o adolescente moderno típico se estabeleceu como modelo ideal.

Nas experiências de estágio com jovens, no CAPSi, mais uma vez a noção de adolescência propagada pelos próprios manuais psiquiátricos e psicológicos aparecia como uma construção tão artificial que não contemplava aqueles sujeitos. A partir da convivência com jovens usuários do serviço de saúde, em sua maioria provenientes de abrigos e direcionados pela Assistência Social do município, no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), as disparidades com relação ao suposto modelo

eram mais evidentes, pois tinham suas próprias formas de experienciar a entrada no mundo do trabalho, o início das relações sexuais, o contato com a morte e o uso de drogas, por exemplo. Em nada essas experiências correspondiam à descrição tradicional dos adolescentes de classe média e alta, nem dos manuais de psicologia, constituindo, então, uma forma específica de vivência.

Bocco (2006) nos convida a apostar no conceito de juventude no lugar de adolescência, sem a tentativa de delimitar uma faixa etária específica nem uma série de comportamentos reconhecidos como pertencendo a tal categoria. Ela defende que afirmar o conceito de juventude é uma aposta também política, pois a partir dele é possível descrever um plano vital sem início e fim pré-determinados. “Então, falar em juventude é falar de uma intensidade com máxima potência de transformação em todos os sentidos possíveis, independente de idades e de clichês identitários.” (BOCCO, 2006, p. 65). Pensar em juventude é uma convocação de trazer ao debate intensidades ao invés de uma identidade. Tomando essa noção como basilar, podemos fazer análises mais detalhadas de quem são esses jovens que encontramos no CAPSi durante o estágio, quando foi possível acompanhá-los numa perspectiva de pesquisa-intervenção, que articula a função clínica com a de produção do conhecimento

Afinal, quem são os jovens “DQ” do CAPSi? O nome do grupo era Grupo de Dependência Química, ou “grupo DQ”, formado por uma média de dez meninos e duas meninas que iam esporadicamente aos encontros e reuniões. Todos pobres e negros, a maioria vinha de abrigos da Assistência Social e todos estavam ali por determinações judiciais. O critério para ser encaminhado a esse grupo era simplesmente fazer uso esporádico de alguma substância psicoativa (produto estigmatizado que o senso comum naturalizou chamar de droga) ou possuir algum envolvimento com o varejo do tráfico relacionado ao produto.

As questões raciais são centrais para essa análise, pois em uma cidade com uma história marcada por práticas coloniais ainda presentes, palco do extermínio e exclusão dos povos negros, naquele Centro de Atenção Psicossocial eles eram os personagens centrais. Os usuários desse CAPSi, que ali estavam por decisões judiciais, por supostamente experienciarem o abuso de drogas, eram todos negros. Este fato chama

atenção para uma história que se reflete no encarceramento em massa e no genocídio desses jovens. O Atlas da Violência, publicado em 2017, aponta que o Brasil é o país com o maior número absoluto de homicídios no mundo, sendo que a taxa mais alta de mortes violentas se concentra na faixa dos 21 anos. Entre os anos de 2005 e 2015, a taxa de homicídios entre jovens de 15 a 29 anos aumentou 17%. Isso significa que, nesse mesmo período, 318 mil jovens foram assassinados no país. Embora não seja possível estimar quantas dessas mortes estão relacionadas às drogas, sabemos que grande parte delas é provocada pela violência causada pela “guerra às drogas”. Os custos dessa guerra recaem desproporcionalmente sobre os jovens negros, a maioria do sexo masculino. De cada 100 pessoas que sofrem homicídio no país, 71 delas são negras. Essa situação tem se agravado: na última década, a taxa de homicídios da população negra aumentou 18%, enquanto a mesma taxa entre as pessoas de outras etnias diminuiu 12%. (CERQUEIRA et. al. 2017).

O fenômeno da violência que atinge a população negra relaciona-se a um processo histórico de desumanização dessa população. Para Almeida (2014), isso é um componente da violência estrutural reproduzida através da violência racial institucionalizada. Essa violência é reproduzida pelas inúmeras políticas e ações do Estado (GOUVEIA, 2018), como por exemplo, a atual Política Nacional sobre Drogas, que, ao declarar guerra a uma substância, na verdade, está sentenciando a morte de corpos de jovens negros e negras. Essa afirmação se atualiza quando pensamos nos jovens que faziam parte do grupo acompanhado durante o estágio – hoje⁴, cinco deles estão encarcerados e dois mortos.

Dados como esses que delineiam os “destinos” desses jovens negros não serviu, como ferramenta para repensar as polícias públicas municipais, nem como instrumento para análises das práticas no dispositivo de Atenção Psicossocial. Entendemos que esse processo de silenciamento diante do encarceramento, assim como do genocídio de jovens negros seja um fenômeno isolado, específico dessa cidade ou da Rede de Atenção Psicossocial, mas trata-se de um projeto macropolítico que arquiteta a vida e a morte desses corpos.

⁴ Essas informações chegaram até o serviço de saúde por meios extraoficiais, no ano de 2019.

EFEITOS BIOPOLÍTICOS E NECROPOLÍTICOS DO PROIBICIONISMO

Essa política de criminalização do uso de drogas age como um dispositivo de poder que “gera a vida e a faz se ordenar em função de seus reclamos” (FOUCAULT, 1979). Ou seja, os processos relacionados à vida humana começam a ser levados em conta por mecanismos de poder e de saber que tentam controlá-los e modificá-los, isso o autor denomina como biopolítica. Ademais, para além da gestão da vida, o proibicionismo é também um dispositivo de necropolítica (MBEMBE, 2011) que proporciona uma distribuição arquitetada e racional da morte através de aparatos em torno da figura do inimigo social e que garantem a impunidade daqueles que gerem estas práticas em nome de uma suposta defesa da sociedade.

Assim, a vida humana torna-se objeto de saber e de poder, um poder que não se exerce apenas sobre sujeitos de direito, que têm como limite a morte, mas sobre a vida e sua preservação. Essa forma de controle e intervenção sobre a população é denominada biopoder e se configura por meio da disciplina encarnada nas instituições como escolas, hospitais, fábricas e neste caso, também o CAPSi, que faz uso de técnicas de coerção exercendo um enquadramento do tempo, do espaço e do movimento dos indivíduos, resultando na disciplinarização dos corpos.⁵ Outra forma de caracterizar o biopoder é a biopolítica, que não incide diretamente sobre o corpo do indivíduo, mas sobre a população como espécie humana. Trata-se da base no manejo de processos biológicos, na proliferação, nos nascimentos, na mortalidade e também na saúde. (FOUCAULT, 1987; PELBART, 2003).

Esses são mecanismos que tratam de uma regulamentação da vida, fazer viver determinadas vidas e deixar morrer outras. Os saberes e os fazeres direcionam como cada uma deve viver e, com isso, também se faz um controle dos acontecimentos populacionais, específicos, como é o caso da população de jovens negros no Brasil. É

⁵ Foucault (1987) vai falar desse processo de disciplinarização como aquele que torna o corpo “tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos.” (FOUCAULT, 1987, p. 164).

sobre a vida que são direcionadas essas estratégias do Estado a fim de maximizar a força produtiva da população. (FOUCAULT, 1987).

A gestão biopolítica é realizada através de práticas de exclusão, tais como a vigilância, a patologização e medicalização da sexualidade, da loucura e da delinquência, dentre outros. Esse poder regulamentar da vida consiste “em fazer viver e em deixar morrer” (FOUCAULT, 2005 p. 207). É neste contexto que se insere o que autor chama de racismo de estado como dispositivo de poder, tendo em vista que

O discurso racista foi apenas um episódio, uma fase, a variação, a retomada em todo caso, no final do século XIX, do discurso da guerra das raças, uma retomada desse velho discurso, já secular naquele momento, em termos sociobiológicos, com finalidades essencialmente de conservadorismo social e, pelo menos em certo número de casos, de dominação colonial. (FOUCAULT, 2005, p. 55).

Esse discurso racista tomou contornos mais nítidos e mais extremos a partir das experiências de colonização européias. Essas experiências propiciam que os dispositivos de poder possam operar através da violência de Estado sob uma lógica civilizatória. A própria escravidão “pode ser considerada como uma das primeiras manifestações da experimentação biopolítica” (MBEMBE, 2011, p. 31)⁶ pautada no racismo de Estado. O poder, que antes se ocupava da regulamentação da vida, passa a gerir a morte. É a política que não é mais apenas de vida, ela permite a morte de certos corpos, e por isso, é chamada de necropolítica.

Não é difícil entender que a guerra às drogas é uma estratégia necropolítica, práticas de extermínio de um inimigo que tem classe e cor específicas. Essa é uma tentativa de arquitetar programas destinados à manutenção da ordem e do progresso com a imposição de regras mais duras a todos aqueles que se enquadrarem no perfil supostamente perigoso: pobres e negros. (JÚNIOR, 2016).

Para uma maior eficácia nesse sentido, as ações não se limitam àqueles que quebram, de acordo com os critérios dos governantes, o contrato social, mas se voltam também para os que poderiam causar problemas, agindo com uma lógica baseada

⁶ Tradução nossa para: “[...] puede considerarse como una de las primeras manifestaciones de la experimentación biopolítica.” (MBEMBE, 2011, p. 31).

unicamente em preceitos morais, de caráter preventivo para assegurar o futuro da nação. Crianças “desobedientes”, jovens “violentos”, “menores abandonados”, usuários de substâncias psicoativas/drogas, passam a ser os atores preferidos para receber esse tratamento por encarnarem os maiores medos dos “cidadãos de bem” (RIZZINI; PILLOTTI, 1995; RIZZINI, 1997; BOCCO, 2006).

Em um país com a herança de mais de trezentos anos de escravidão, com dois períodos ditatoriais esses atravessamentos exercessem um papel fundamental na constituição das percepções e subjetividades sobre a pobreza. As teorias racistas e eugênicas surgidas em todo o mundo a partir de Darwin e Lamarck e com o movimento higienista no Brasil no início do século XX, estabeleceu-se uma relação entre negros e pobres e os diversos vícios, doenças e degenerescências, entre a ociosidade e a delinquência, transformando em criminoso potencial todo aquele que não estivesse inserido no mercado de trabalho (COIMBRA; NASCIMENTO, 2003).

A esses corpos que geram desordem são instituídas medidas de coerção, controle, contenção, na tentativa de neutralização e transformação. Esses sujeitos considerados “anormais”, como aponta Foucault (2010) são, portanto, rotulados como ameaça vigente, o que supostamente serviria de justificativa para a sua exclusão em instituições que lidem com esse tipo de desordem.

Assim, os pobres passam a representar um perigo social a ser combatido, exigindo medidas coercitivas sobre essa população. Sendo as crianças e os jovens os “futuros homens de bem”, suas maneiras de viver precisavam ser especialmente controladas para evitar que se tornassem as novas classes perigosas, recaindo sobre eles o grande foco das intervenções ditas preventivas (COIMBRA, 2001; 2004).

Existe, então, produção de medo desses *anormais*. Silva (2015) destaca que esse medo do estranho, do diferente, é uma construção social e histórica. Analisar essa construção subjetiva do medo ao longo da história se mostra importante, pois é ele que legitima as práticas de violência de controle social desses grupos minoritários específicos, como é o caso dos usuários de drogas.

Com essa trajetória histórica é comum que se naturalize determinados segmentos sociais como inferiores, menos humanos, passíveis de tratamentos invasivos

e dolorosos e sem qualquer direito a protestar (BOCCO, 2006). Além disso, instaura-se uma vigilância sobre esses corpos que, simplesmente por serem negros e pobres, são enquadrados como supostos perigosos. Isso corresponde ao que Foucault (2002) chama de periculosidade e significa que o indivíduo deve ser considerado pela sociedade não apenas por seus atos, mas ao nível de suas virtualidades: “não ao nível das infrações efetivas a uma lei também efetiva, mas sim das virtualidades de comportamento que elas representam.” (FOUCAULT, 2002, p. 88). Ou seja, instaura-se um plano de controle penal punitivo que precisa de uma série de poderes paralelos à Justiça para poder operar, tais como a polícia, para vigiar, e as instituições psicológicas, psiquiátricas, médicas, criminológicas e pedagógicas, para corrigir. É o que o autor denomina de ortopedia social, a qual encontramos plenamente vigentes nas práticas cotidianas.

A JUDICIALIZAÇÃO DA VIDA E A PATOLOGIZAÇÃO DOS ATOS INFRACIONAIS

Durante o período no qual acompanhamos o grupo de adolescentes, foi possível perceber dois movimentos, o da judicialização da juventude que fazia uso de drogas, na medida em que os jovens ali estavam por questões judiciais e não por um desejo próprio, e o inverso, alguns jovens que não faziam uso de drogas, nem possuíam questões de sofrimento mental, mas estavam em alguma situação de envolvimento com atos infracionais e, por isso, acabavam sendo diagnosticados e medicalizados. Nos casos extremos, eram mandados para comunidades terapêuticas para um suposto tratamento e uma proteção de si mesmos e da sociedade.

A patologização de atos infracionais também é uma questão que demanda análises profundas. Muitos jovens que estavam no CAPSi, naquele período foram encaminhados para tratamento em comunidades terapêuticas⁷ por estarem envolvidas

⁷ As comunidades terapêuticas têm o objetivo de recuperar dependentes de drogas, por meio do paradigma da abstinência. Elas são financiadas ou cofinanciadas por entidades religiosas e pelo Estado, tendo como projeto terapêutico o tratamento religioso. Este tipo de tratamento substitui ou incrementa outras formas de cuidado, como a medicamentosa, com privação de liberdade do interno. (RIBEIRO; MINAYO, 2015).

com o tráfico de drogas e, por essa razão, ganhavam um diagnóstico de TOD⁸ e a consequente medicalização. Vicentin, Gramkow e Matsumoto (2010), destacam que “essa espécie de ‘Justiça Terapêutica’ aplica um modelo de atendimento compulsório em que o adolescente, para cumprir a sanção pela sua transgressão, fica sujeito a tratamento imposto como dever e não como um direito à saúde.” (GRAMKOW; MATSUMOTO, 2010, p. 270).

Fica evidente como os corpos de uma *certa juventude* estão sendo interpelados por toda sorte de mecanismos de controle e disciplina fantasiadas de cuidado e garantia de direitos. Essa aliança entre direito e psiquiatria é uma das grandes responsáveis pela institucionalização de jovens em comunidades Terapêuticas e manicômios. Foucault (2010) reforça que algumas propriedades pautam o discurso psiquiátrico relacionado à matéria penal, destacando que esses são discursos de poder, pois sentenciam sobre a vida de alguém. São também discursos de verdade, trazidos e legitimados pela ciência. E, por fim, são falas pautadas em um caráter puramente moral.

A institucionalização da infância e da adolescência em locais que supostamente objetivam uma terapêutica normatização desses sujeitos que são desviantes da conduta que se postula como adequada, como os usuários de substâncias psicoativas como álcool e drogas e infratores, têm sido a resposta dada pelo Estado para problemas que são muito mais complexos. Basaglia (2005) compreendia o manicômio, as prisões e tantas outras como instituições de violência. “A violência e a exclusão justificam-se no plano da necessidade, como consequências da finalidade educativa, no caso das primeiras, e da ‘culpa’ e da ‘doença’, no das outras.” (BASAGLIA, 2005, p. 94).

Gouveia (2018) destaca que essas instituições de violência reproduzem opressões e desigualdades, além de realizarem o controle dos corpos e comportamentos, destacando, ainda, a naturalização da violência institucional sobre os corpos negros. “Experimentamos inúmeros formatos e formas de *apartheid* social, expressas pela via da medicalização e patologização da vida, pela internação compulsória, pela

⁸ O TOD – Transtorno Desafiador Opositivo é um “tipo de transtorno de conduta que ocorre habitualmente em crianças jovens, caracterizado essencialmente por um comportamento provocador, desobediente ou perturbador, e não acompanhado de comportamentos delituosos ou de condutas agressivas ou dissociadas graves.” (OMS, 1994).

esterilização coercitiva, pela higienização urbana e demais fenômenos” (GOUVEIA, 2018, p. 13).

Nesse contexto, cabe também destacar a importância da Redução de Danos (RD) como princípio e diretriz do cuidado em Saúde Mental. A RD é um dispositivo baseado na defesa dos direitos humanos, que

considera a multiplicidade das subjetividades possíveis formadas por conexões e contextos diversos dentro de nossa realidade e por isso não aceita uma única forma de cuidar e de orientar pessoas usuárias e profissionais que atuam na temática do uso de drogas (PRADO; OTSUKA, 2019, p.20).

O método de intervenção da RD seguiu uma produção coletiva do conhecimento, produzidos pelos redutores de danos a partir das imprevisibilidades, tanto clínicas quanto políticas.

A construção coletiva de práticas de cuidado, realizada por pessoas que, a princípio, deveriam ser pacientes, doentes ou criminosos, equivoca os lugares instituídos de saber. A distinção entre “quem cuida” e “quem é cuidado” não pode, então, ser definida *a priori*, a partir de lugares estabelecidos de antemão. Na RD, o lugar de cuidador emerge a partir da própria experiência coletiva, ele surge a partir de uma tomada de atitude. A atitude de cuidado pode ser tomada por qualquer um que coopere clínico-politicamente, de modo que a localização do cuidador deixa de ser legitimada por uma especialidade, tornando-se referida a uma postura ética”(SOUZA, 2013. p. 99).

A RD, então, parte de uma concepção na qual o usuário de drogas é um cidadão detentor de direitos como o da seguridade social, o do trabalho e o direito de usufruir do sistema público social de saúde e educação. Como sujeito de direitos, o indivíduo é considerado autor de sua própria história. As ações da RD consideram a complexidade do fenômeno; o processo de adoecimento como resultante da pluralidade de fatores biopsicossociais; as particularidades, diversidades culturais, direitos humanos e de cidadania de cada usuário e o trabalho intersetorial como modo de organização dos serviços de atenção (ANDRADE, 2002; PINTO, et. al., 2014).

Isto posto, a discussão sobre essa juventude que é criminalizada, seja por ser usuária de substâncias psicoativas/drogas ou autora de atos infracionais, diz respeito ao

modo de subjetivação do contemporâneo e tem maior gravidade do que podemos perceber. Para Bocco (2006) é necessário fazer uma análise sobre nosso funcionamento enquanto sociedade, as maneiras pelas quais produzimos infâncias e juventudes desiguais, como criminalizamos os pobres, como organizamos o mundo do trabalho, do ensino, da cultura e como judicializamos vidas. Reconhecer essas maneiras de lidar com essa juventude nos compromete de forma efetiva com a não reprodução desse modelo, mas com a criação de outras práticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é possível pensar nas questões relacionadas à Saúde Mental, sem trazer questões raciais para o centro do debate, já que esse é um marcador estrutural das práticas de saúde em muitos contextos, assim como de todas as práticas sociais no Brasil e mesmo além deste. É importante, também, destacar a guerra às drogas enquanto uma estratégia do necropoder, que extermina diariamente vidas de jovens negros e pobres, como aqueles que acompanhamos neste CAPSi.

Afirmamos aqui a urgência dos debates sobre as políticas de saúde brasileiras, que não devem ser problematizadas de forma isolada, pois vão atingir diretamente a população que é atendida pelos serviços da Rede de Atenção Psicossocial, ou seja, é a população negra e pobre quem principalmente sofrerá com essas políticas.

É necessário que a crítica ao proibicionismo seja feita a partir da observação das violências pautadas pelo racismo, que é sua origem e sua consequência. A partir daí, deve-se seguir o debate sério e constante sobre a descriminalização e legalização das drogas em todas as esferas do campo social, já que são explícitos os efeitos nefastos deste modelo proibicionista, na Saúde e na vida da população, principalmente a pobre e negra.

Assim, uma luta antimanicomial não pode se separar da luta antirracista, já que compreender que o racismo é estrutural na nossa sociedade é entender como a população negra vivenciará de formas diversas a exclusão e violências. Deste modo, ao

relacionamos a Luta Antimanicomial à questão étnico-racial apontamos a necessidade de reflexões e ações sobre o tratamento destinado a esta população no âmbito da Saúde Mental.

Junto com a luta antimanicomial e antiproibicionista, portanto, é urgente que se amplie o debate sobre a complexidade que envolve os processos de descriminalização das drogas e legalização das mesmas, já que a guerra às drogas legitima a seletividade penal e a criminalização da pobreza, criando uma cortina de fumaça que dificulta o atendimento, no âmbito da saúde, de quem efetivamente precisa de atendimento pelo problema de uso abusivo de drogas e não pelo conflito com a lei. No campo da infância e juventude é ainda mais urgente, já que as pessoas acompanhadas pelo estágio trazem marcas do classismo, racismo e são corpos matáveis.

A produção de novos conhecimentos e práticas pode contribuir para a mudança deste cenário de horror, o que nos convoca politicamente a expandir as intervenções com o corpo social, com profissionais que têm os direitos humanos como norteadores de práticas que apostem na afirmação de uma juventude livre que não seja silenciada, encarcerada nem morta.

Sobre o artigo

Recebido: 13 de dezembro 2019

Aprovado: 21 de dezembro de 2021

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. **Desumanização da população negra: genocídio como princípio tácito do capitalismo.** *Revista Em Pauta*, Rio de Janeiro, n. 34, v. 12, p. 131-154, 2014. Disponível em <http://oaji.net/articles/2015/281-1432671327.pdf> . Acesso em: 15 nov. 2019.
- ANDRADE, T. M. Redução de danos: um novo paradigma? In: **Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas.** Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de_danos-_um_novo_paradigma.pdf . Acesso em: 15 nov. 2019.
- BARROS, R. B. Grupo: **A afirmação de um simulacro.** Porto Alegre: Sulina, 2007.
- BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Garamond, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** 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. Brasília: Diário Oficial da União, 2011.
- BOCCO, F. Cartografias da infração juvenil. Porto Alegre: **Abrapso Sul**, 2006.
- CERQUEIRA, D.; LIMA, R. S.; BUENO, S., VALENCIA., H., MACHADO, P. H. **Atlas da violência 2017.** Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2017. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=30411 Acesso em: 15 nov. 2019.
- COIMBRA, C. **Operação Rio: o mito das classes perigosas.** Rio de Janeiro: Oficina do autor/Intertexto, 2001.
- COIMBRA, C. Produzindo a periculosidade do adolescente na contemporaneidade. In: MELLO, A., CASTRO, A.L. e GEIGER, M. (Orgs). **Conversando sobre adolescência e contemporaneidade.** Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia 7, 2004.
- COIMBRA, C. BOCCO, F.; NASCIMENTO, M. **Subvertendo o Conceito de Adolescência.** *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 57, 2005.

COIMBRA, Cecília. NASCIMENTO, M. L. A produção de crianças e jovens perigosos: a quem interessa. **Jovens em tempo real**, p. 58-63, 2003.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs**: capitalismo e esquizofrenia. São Paulo: Editora 34, v.1, 1995.

FOUCAULT, M. O Nascimento da Medicina Social. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, pp. 79-98.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. Ed. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **A verdade e as formas jurídicas**. Rio de Janeiro: Nau, 2002.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade**. Curso no Collège de France, 1975-1976. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **Os Anormais**. Curso no Collège de France, 1974-1975. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010.

GOUVEIA, R. “Holocausto ou Navio Negreiro?”: inquietações para a Reforma Psiquiátrica brasileira. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 3, p.10-23, 2018. Disponível em [http://www.periodicos.ufes.br/?journal=argumentum&page=article&op=view&path\[\]=21483](http://www.periodicos.ufes.br/?journal=argumentum&page=article&op=view&path[]=21483) . Acesso em: 15 nov. 2019.

JÚNIOR, A. R. As drogas, os inimigos e a necropolítica. **Cadernos do CEAS**: Revista crítica de humanidades, n. 238, p. 595-610, 2016. Disponível em: <https://cadernosdoceas.ucsal.br/index.php/cadernosdoceas/article/view/251>. Acesso em: 15 nov. 2019.

LEMOS, F. C. S. et al. Notas sobre a genealogia e a pesquisa cartográfica. **ECOS**, v. 5, p. 210-218, mai.2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/index.php/ecos/article/view/1474/0> . Acesso em: 15 nov. 2019.

LEPRE, R. M. **Adolescência e construção da identidade**. [2005, on-line]. Disponível em <https://docplayer.com.br/20743719-Adolescencia-e-construcao-da-identidade-rita-melissa-lepre.html>. Acesso em: 15 nov. 19

MARTINS, V. A política de descriminalização de drogas em Portugal. **Serv. Soc. & Soc.**, São Paulo, n. 114, p. 332-346, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a07.pdf>. Acesso em 15. nov. 2019.

MBEMBE, A. **Necropolítica**. Barcelona: Melusina, 2011.

MEAD, M. **Adolescência y cultura en Samoa**. 1. edición. Buenos Aires: Editorial Paidós, 1951.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. São Paulo: Edusp, 1994.

PINTO, D. O. et al. Redução de danos com crianças e adolescentes em situação de abrigo. In: TAVARES, L. A.; JANE CRESUS, J. C. **A adolescência e o consumo de drogas: Uma rede informal de saberes e práticas**. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia - CETAD/UFBA, 2014, p. 93-117.

PELBART, P.P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo, Iluminuras, 2003.

PRADO, A. L.; OTSUKA, Ed. Práticas em Redução de Danos. In: **Cadernos Temáticos CRP SP: Álcool e outras drogas: subsídios para sustentação da política antimanicomial e de redução de danos**. São Paulo, 2019.

RIBEIRO, F. R. L. ; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 515-526, 2015.

RIZZINI, I. **O século perdido: raízes históricas das políticas públicas para a infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Universitária Santa Úrsula e Amais Livraria e Editora, 1997.

RIZZINI, I.; PILLOTTI, F. **A arte de governar crianças: a história das políticas sociais, da legislação e da assistência à infância no Brasil**. Rio de Janeiro: Instituto Interamericano del Niño; Editora Universitária Santa Úrsula, 1995.

ROCHA, M; AGUIAR, K. Pesquisa-Intervenção e a produção de novas análises. In: **Psicol. Cienc. Prof.**, Brasília, v.23, n.4, dez, 2003.

RODRIGUES, T. Drogas, proibição e abolição das penas. **Curso livre de abolicionismo penal**. Rio de Janeiro: Revan, 2004, p. 131-151.

SILVA, A. **Das vidas que não (se) contam: dispositivos de desinstitucionalização da medida de segurança no Pará. 2015. 345 f.** Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/17130/1/Alyne%20Alvarez%20Silva.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2019.

SOUZA, T. de P. **A norma de abstinência e o dispositivo " drogas": direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355 f.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Unicamp, São Paulo, 2013. Disponível em http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312021/1/Souza_TadeudePaula_D.pdf. Acesso em: 15 nov. 2019.

VICENTIN, M. C.; GRAMKOW, G.; MATSUMOTO, A. E. Patologização da adolescência e alianças psi-jurídicas: algumas considerações sobre a internação psiquiátrica involuntária. **Direito à Saúde**, v. 12, n.3, 2010, p. 268-272. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/pdf/bis/v12n3/v12n3a09.pdf> Acesso em: 15. nov. 2019.