

A culpabilização como efeito do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais

Guilt as the effect of the individual mode of subjectivity in the social policies

La culpa como efecto del modo individual de subjetividad en las políticas públicas

Moises Romanini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (UFRGS), RS, Brasil

Priscila Pavan Detoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (UFRGS), RS, Brasil

Resumo

A análise das políticas públicas no Brasil evidencia a reprodução de uma concepção segmentada da questão social. Neste artigo, propomos uma reflexão em relação às políticas sobre drogas e políticas da assistência social. Pretendemos problematizar alguns aspectos das referidas políticas, analisando o modo indivíduo de subjetivação presente em ambas. Ao analisar as noções de risco, vulnerabilidade e individualização como possíveis vetores do fracasso como uma tecnologia de subjetivação, sugerimos a culpabilização como possível efeito dessas políticas. O modo indivíduo, atualizado nessas políticas, coloca sérias limitações à construção de políticas efetivamente públicas. Por isso, resgatamos a aposta na construção do comum, enfatizando a dimensão pública de uma política.

Palavras-chave: Processos de Subjetivação. Modo Indivíduo. Assistência Social. Políticas sobre Drogas.

AbstractThe analysis of the public policies in Brazil highlights the reproduction of a segmented concept of social issue. In this article, we propose a reflection regarding politics about drugs and social welfare. We pretend to problematize some aspects of the aforementioned policies, analyzing the individual mode of subjectivation present in both. By analyzing the notions of risk, vulnerability, and individualization as possible vectors of failure as a subjectivation technology, we suggest culpability as the possible effect of these policies. The individual mode, updated in that policies, puts severe limitations to the construction of effectively public policies. Therefore, we rescued the bet on the construction of the common, highlighting the public dimension of politics.

Key Words: Subjectivity Process. Individual Mode. Social Welfare. Drug Politics.

Resumen

La análisis de las políticas públicas en Brasil pone en prueba la reproducción de un concepto segmentado del problema social. En este artículo, proponemos una reflexión con relación a las políticas sobre las drogas y las políticas de asistencia social. Queremos problematizar algunos de los aspectos de las referidas políticas, analizando el modo individual de subjetividad presente en las dos. Al analizar las nociones de riesgo, vulnerabilidad e individualización como posibles vectores del fracaso como una tecnología de subjetividad, sugerimos la culpa como posible efecto de esas políticas. El modo individual, inserido en estas políticas, pone serias limitaciones a la construcción de políticas que son públicas de efecto. Por eso, rescatamos la apuesta de la construcción del común, dando énfasis a la dimensión pública de una política.

Palabras clave: Procesos de subjetividad. Modo Individual. Asistencia Social. Políticas de Drogas.

Introdução

Diversos profissionais, em destaque os/as psicólogos/as, têm atuado nos campos da Saúde, Assistência Social, Educação, dentre outros. Historicamente, muitas das práticas da Psicologia nas políticas sociais têm partido da noção de um sujeito a-histórico, naturalizando aspectos sociais e psicológicos dos problemas e fenômenos encontrados cotidianamente. Os ditos aspectos “subjetivos” são tomados a partir de substancialismos, privilegiando o sujeito, sua “personalidade”, produzindo estratégias e intervenções descoladas do contexto social, cultural e histórico das pes-

soas e das comunidades nas quais estão inseridos. Com isso, naturaliza-se a tradicional dicotomia indivíduo e sociedade (Barros & Pimentel, 2012), e as intervenções da Psicologia sobre os sujeitos, e não com os sujeitos.

Tomando como desafio a constituição do coletivo em meio às forças privatizantes no campo das políticas sociais e a aposta na produção do comum nas práticas em psicologia, principalmente quando trabalhamos com políticas públicas, Barros e Pimentel (2012, p. 6) nos ajudam a compreender que os “processos de subjetivação são múltiplos, heterogênicos e podem resistir às diferentes tentativas de modulações que

caminham rumo à homogeneização das formas de existência”. Esta aposta na invenção de outros modos de existir no mundo, que não sejam pautados em práticas privatizantes, nos impele a acompanhar a sugestão das autoras em, em vez de pensar em sociedade, pensar em coletivos como plano de forças que não se confunde com a noção de social ou de sociedade. Coletivo, aqui, como exercício de composição, um trabalho constante, nunca dado de uma vez por todas, de construção de um mundo comum.

Partindo de uma concepção de subjetividade que não implica uma posse, mas sim uma produção incessante que ocorre a partir dos encontros que vivenciamos com o outro (o outro social, a natureza, os acontecimentos, as pessoas – aquilo que produz efeitos nas maneiras de viver), concebemos subjetividade a partir das ideias de Guattari, ao afirmar que “[...] subjetividade não é passível de totalização ou de centralização no indivíduo [...] a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro do social” (Guattari & Rolnik, 1996, p. 31).

Os valores, ideias e sentidos, por isso, ganham um registro singular, tornando-se matéria-prima para a expressão dos afetos em cada um dos encontros vividos pelas pessoas. A produção

de subjetividades, da qual cada sujeito é um efeito provisório, é sempre um processo aberto, um fluxo. A difusão desses modos de subjetivação ocorre a partir de uma série de instituições e práticas vigentes em um determinado contexto sócio histórico (Guattari & Rolnik, 1996). Os modos de subjetivação são, portanto, processos de constituição da subjetividade, são “processos que tanto constituirão objetos, quanto conformarão modos de existir” (Barros, 2009, p. 45).

Embora a matéria-prima que constitui as subjetividades seja algo mutante, através da qual é possível experimentar e inventar maneiras de perceber, agir e ser no mundo, ela pode ganhar força, tornando-se referência historicamente localizada. Há, por exemplo, um empreendimento que tenta nos convencer que existem riscos, perigos nas tentativas de romper com os valores capitalísticos de referência, colocando em xeque nosso estatuto de “humano”. Tal como discutido por Monteiro, Coimbra e Mendonça Filho (2006), no qual o “ter” um emprego tornou-se indicativo de “ser humano”, um valor de referência capitalista do qual ninguém pode escapar. E quem escapa é considerado culpado por seu “fracasso”. Individualização e totalização. E, conforme Barros,

individualização e totalização são efeitos de um mesmo modo de subjetivação, aquele desenvolvido a partir da instalação do Estado representativo moderno e que vem se aperfeiçoando até nossos dias. Neste jogo incessante de individualização/totalização, o que se produz é a oposição sistemática, mas complementar, entre indivíduo e comunidade. A comunidade era vista como uma soma de indivíduos, ficando clara a ênfase nos valores individuais como prioritários na comunidade. (Barros, 2009, p. 63).

A individualização, enquanto modo dominante de constituição dos objetos-sujeitos, é o que nos leva a pensar no modo indivíduo de subjetivação (Barros, 2009). A autora situa a emergência do modo indivíduo como modo dominante de subjetivação no século XVIII, período no qual vemos a passagem do feudalismo ao capitalismo. O capitalismo liberal defende a ideia de que as diferenças (de classe, sexo, idade) devem desaparecer frente as leis, pois todos têm os mesmos direitos (totalização). A defesa da propriedade privada, o acúmulo de capital, e a crença difundida de que seriam as características e esforços individuais que definiriam a ascensão na hierarquia social colocavam a categoria de indivíduo em um lugar central (individualização), foco de

políticas que visavam a corpos úteis e produtivos (Barros, 2009), mantendo o funcionamento da máquina capitalista.

Referenciada em Figueiredo, Barros (2009) destaca a relação do movimento iluminista e dos movimentos românticos na constituição do modo indivíduo de subjetivação. Por um lado, o Iluminismo, ao recusar que algo exterior pudesse determinar as ações do homem, buscou a exaltação da racionalidade, a supremacia da razão, o fim das crenças. Por outro, o movimento romântico, ao valorizar a expressão dos sentimentos e pensamentos, acabou fortalecendo o modo indivíduo de subjetivação, já que a exteriorização de sentimentos e pensamentos seria uma garantia de liberdade. Lembrando que a liberdade e a privacidade, associados a um projeto liberal, são a contrapartida de um projeto de Estado que valoriza as experiências individuais e que busca a preservação dos direitos à liberdade e à propriedade.

Através das práticas, Barros (2009) observa as produções cotidianas desse modo de subjetivação. Nas escolas, que separavam um tipo de ensino para o povo e outro para as camadas burguesas e aristocráticas, difundiu-se a ideia de igualdade de oportunidades e, por isso, a posição social almejada e conquistada dependia dos esforços indi-

viduais. Na oposição entre campo e cidade, por exemplo, observou-se a entrada do capitalismo no campo, visando à produtividade em maior escala. Na saúde, viu-se o desenvolvimento de uma medicina liberal e privada, submetida às leis do mercado (Foucault, 1979). Em resumo, a partir do século XVIII essas novas práticas passaram a constituir o modo indivíduo de subjetivação, marcado, constituído por diversos fatores, tais como:

Liberalismo econômico; crescimento da vida nas cidades em detrimento da atividade campesina; difusão das ideias iluministas (que aliavam a conquista da liberdade à razão e a uniam à crença na personalidade individual enquanto um princípio social); busca dos caminhos de exteriorização direta dos sentimentos e pensamentos, forjada pelo movimento romântico; mudança do papel do Estado, que passa a estender sua ação de modo mais difuso e amplo; separação das esferas pública e privada (trabalho *versus* família, por exemplo); mudanças nas instituições, como a escola (que passa a ter o papel cada vez mais preponderante de difusora e produtora dos ideais de igualdade) e a infância (que passa a ser objeto de preocupação e para a qual ficava reservada a frequência aos lugares chamados não-públicos); estabelecimento de uma polícia médica voltada para o bem-estar e a higiene de cada indivíduo e da população, privilegiando a infância e medi-

calizando a família [...]. (Barros, 2009, pp. 52-53).

Esse modo de subjetivação, que se constituiu ao longo do século XVIII, vem se atualizando de diferentes formas ao longo do tempo e sendo atravessado por relações de poder situadas historicamente. Nessa direção, Foucault (1998) propõe a hipótese de que houve uma transformação em que o direito do soberano de fazer morrer cedia lugar a um poder que gera e ordena a vida. Esse poder sobre a vida, o biopoder, desenvolveu-se durante os séculos XVII e XVIII, a partir de duas dimensões. A primeira referente a uma disciplina anátomo-política dos corpos individuais. A segunda, marcada por uma regulação biopolítica da população (natalidade e mortalidade, demografia, saúde, etc.).

A análise de Foucault (2012) enfatiza a ideia de que vários saberes e estratégias compõem a biopolítica da população conforme as contingências da época, o que pode (des)naturalizar características de um corpo em um momento histórico. A arte de governar um conjunto de viventes constituídos em população deve estabelecer suas regras e racionalizar, fazendo do Estado uma realidade específica e descontínua (Foucault, 2008).

Foucault nos mostra, portanto, que “diferentes contextos produziram diferentes conjuntos de saberes e poderes como técnicas de dominação” (Ferreira Neto, Kind, Barros, Azevedo & Abrantes, 2009, p. 459). Os autores ressaltam, contudo, que a gestão da vida através dessas técnicas de dominação não acontece de forma total, pois a vida “escapa continuamente”, existem forças que resistem. Nesse campo de forças móvel e transitório, a liberdade é construída em contraposição a processos de dominação historicamente definidos. A liberdade, uma prática ético-política, consiste na invenção de novos modos de subjetivação, novas formas de coexistência – construção do comum, conforme já referenciado.

Neste artigo propomos, então, uma reflexão sobre possíveis formas de atualização do modo indivíduo de subjetivação nas políticas sociais, tendo como foco a Política de Assistência Social e as Políticas sobre Drogas, no contexto das políticas de saúde. Para tal, contextualizamos de modo geral as políticas sociais no Brasil e questionamos a dimensão pública de tais políticas. Na sequência, analisamos possíveis maneiras de atualização do modo indivíduo nas políticas de assistência social e sobre drogas, tomando como instrumento de problematização a noção de culpabi-

lização. Partindo do risco, vulnerabilidade e individualização como formas de fazer funcionar a culpabilização, apontamos, ainda que parcialmente, o fracasso como uma tecnologia de subjetivação fundamental no funcionamento do modo indivíduo nas políticas analisadas. Por fim, resgatando a aposta do coletivo nessas políticas, buscamos discutir algumas possibilidades de construção de políticas efetivamente públicas nos campos da assistência social e das drogas.

Políticas sociais: políticas pretensamente públicas?

Com a aprovação da Constituição em 1988 e as leis em anos posteriores (Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8.069; Lei Orgânica da Saúde, Lei 8.080; Sistema Único de Saúde (SUS), Lei 8.142; Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), em 1993, e a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), em 2004), buscou-se consagrar o direito social como um dos principais objetivos da seguridade social através da tentativa de retirar da proteção social seu caráter assistencialista, focalizado e clientelista. As políticas sociais, portanto, adquirem um caráter universalista e igualitário, assegurando juridicamente direitos que deveriam

contemplar todos os cidadãos (Couto, 2006). Os programas sociais públicos, conforme a organização proposta por Draibe (2003) podem ser concebidos em três conjuntos: os universais (educação e saúde); os de seguridade social, emprego e renda (previdência social, programas de capacitação, etc.); e os voltados à pobreza (assistência social, programas de combate à pobreza, etc.).

Esses programas ou políticas sociais são estratégias estatais que buscam a resolução de problemas políticos, sociais e econômicos e têm sua eficácia discutida nos diversos setores aos quais eles se vinculam (saúde e assistência social, por exemplo). Ao considerar essas questões sociais, o Estado propõe a formulação e implementação de políticas públicas, transformando os problemas em objetos de intervenção sistemática. A política social dá lugar às políticas sociais, pois tais intervenções do Estado ocorrem de forma fragmentária e parcializada, respondendo às diferentes expressões da “questão social”.

Através da precarização e privatização de alguns serviços básicos à população, o projeto neoliberal cria condições para que a responsabilidade pelas sequelas sociais, antes apenas do domínio do Estado, passe a constituir uma “parceria” com dois outros “setores” – o mercado (privatização) e a so-

cidade civil. A principal consequência desse processo é o atendimento segmentado, com a oferta de serviços diferenciados conforme a capacidade financeira dos/as usuários/as (Montaño, 2002), o que contradiz o texto da Constituição de 1988.

Sob a égide do neoliberalismo, o funcionamento das políticas públicas de saúde – embora todos os avanços experimentados após a criação do SUS – tem assegurado uma forma mercantilista de prática profissional, que sobrevive da articulação entre interesses empresariais com os de profissionais de saúde (Campos, 1997). A precarização, oriunda da proposta de um Estado mínimo, gera também desinvestimento nos serviços substitutivos da Reforma Psiquiátrica. Esse desinvestimento e descaso da gestão pública, no entanto, é um desafio com dimensões muito mais amplas: o processo de universalização das políticas sociais no Brasil vem ocorrendo num contexto mundial de crise das políticas de bem-estar social, ou seja, sob a hegemonia histórica de políticas neoliberais, com consequência como o desemprego estrutural, a precarização das políticas públicas e dos vínculos de trabalho, a violência. Certamente, todos esses fatores geram fortes implicações no campo da saúde mental (Vasconcelos, 2010).

É nesse contexto que, em 2003, o Ministério da Saúde estabeleceu a Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas e reconheceu que houve um atraso histórico do SUS no enfrentamento de problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas. A atual política brasileira sobre drogas, atravessada e sustentada por controvérsias, por um lado ainda reproduz uma abordagem comprometida com o controle e a repressão e, por outro, propõe a redução dos danos e dos prejuízos como direcionamento terapêutico e político. A complementaridade entre o público e o privado presentes na política do SUS reflete-se nos atuais investimentos no campo das drogas. Vemos, ao mesmo tempo, esforços para a implementação e fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com a ampliação no número de Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e outras Drogas (CAPS AD) e equipes de Consultório na Rua, dispositivos construídos com uma proposta de Redução de Danos, bem como o investimento maciço na contratualização do poder público com serviços privados, como clínicas e comunidades terapêuticas, sustentadas no paradigma da abstinência. Tal contradição está presente no Plano de Enfrentamento ao Uso do Crack e Outras Drogas, lançado pelo

governo Federal em 2011, e que tem como eixos estruturantes o Cuidado (RAPS, Comunidades Terapêuticas), a Prevenção (escolas e comunidade) e a Autoridade (intervenção nas cracolândias e combate ao crime organizado), debate ao qual voltaremos na sequência do texto.

Controvérsias à parte, através de sua Política de Atenção Integral, o Ministério da Saúde “assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar e reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública” (Brasil, 2004, p. 9). O projeto propôs a criação de uma rede de atenção integral do SUS, que envolve ações de prevenção, promoção e proteção à saúde; a construção de malhas assistenciais formadas por dispositivos especializados (os CAPS AD) e não especializados (unidades básicas, programas de saúde familiar e hospitais em geral), bem como o estabelecimento de ações intersetoriais (Machado & Miranda, 2007).

Por outro lado, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), implantado em 2005, agrega a proteção social, a inclusão produtiva, a segurança alimentar e nutricional, em especial com o Programa Bolsa Família (PBF). O SUAS apresenta um modelo de gestão descentralizado e participativo, organi-

zando e regulando ações socioassistenciais em todo o território nacional. Tendo o território como base de atuação, os projetos e serviços no âmbito do SUAS focalizam as famílias, seus membros e indivíduos. Da mesma forma como ocorre no campo da saúde, o SUAS também tem reproduzido, em alguma medida, a lógica neoliberal operando com a culpabilização do fracasso individual e a não sustentação efetiva do Estado para a superação deste. Tem se questionado muito, por exemplo, se as mudanças em termos redistributivos têm sido significativas, em função dos baixos valores pagos no PBF. Alguns estudos ainda indicam que o PBF, do ponto de vista dos direitos sociais, é contrassenso, já que um direito não implica contrapartida, condição ou negociação. Além disso, sob a perspectiva neoliberal, o PBF assume um caráter focalizador, compensatório, emergencial, assistencialista e descontínuo, pois tem funcionado para distribuir e não redistribuir renda entre a população (Lobato, 2009; Zimmermann, 2006).

Considerando, portanto, os campos da saúde e da assistência social, vemos que se reproduz, uma vez mais, “a concepção segmentada da questão social e, em decorrência, a formulação e implementação de políticas sociais setorializadas sem um projeto para a socie-

dade que as articule e imprima um sentido político ao seu conjunto” (Cohn, 1999, p. 187). Cohn ainda conclui que “ao invés de se enfrentar a pobreza de uma ótica estrutural, vale dizer, da ótica da sua superação, a concepção oficial é de aliviar a pobreza dos ‘grupos socialmente mais vulneráveis’” (p. 187). Por isso, questionamo-nos, seguindo as reflexões apresentadas por Monteiro, Coimbra e Mendonça Filho (2006): as políticas de saúde e assistência social são políticas públicas? Ou são políticas pretensamente públicas?

Embora os autores partam de uma experiência no sistema prisional, o que nos auxilia a pensar nas sanções sociais a que os indivíduos são submetidos, seja na sua condição de dependência química seja na condição de pobreza, tomamos a noção de “pretensamente público” como fundamental para a reflexão que propomos sobre as políticas de assistência social e as políticas sobre drogas. Historicamente, no campo da saúde, observou-se a concomitância de serviços privados e estatais, a compra de leitos hospitalares privados e a desconfiança pública em relação à efetividade dos serviços estatais (Spink, Brigagão & Nascimento, 2014). Atualmente, percebemos que, em ambas as políticas, o público e o privado se “misturam”, através da noção de complemen-

taridade dos serviços, já previsto na Lei 8.080 do SUS, por exemplo. Ou seja, o Estado pode firmar convênios com instituições privadas, desde que os serviços prestados complementem a rede pública.

No caso da Política sobre Drogas, temos, neste momento, uma urgência por internações de usuários de crack. Diga-se de passagem, uma urgência construída em um determinado contexto de disputas políticas e ideológicas, sem que, com tal ponderação, desconsideremos a necessidade de intervenções, bem como a gravidade do problema. Só que tal fato, respaldado pelo aumento expressivo de ordens judiciais para internação involuntária e/ou compulsória de usuários de drogas, remete-nos ao difícil debate sobre o financiamento público das Comunidades Terapêuticas, que se fundamentam em uma moral religiosa.

A questão que levantamos aqui não é se as comunidades são ou não um bom lugar para o tratamento e se este funciona. A questão é: Como pode um estado laico investir o dinheiro público em instituições privadas de cunho religioso? O desinvestimento dos serviços públicos, característica importante do neoliberalismo, justifica a contratação de serviços privados, como as comunidades terapêuticas e as clínicas particulares. O mesmo ocorre com abrigos e

albergues vinculados à Política de Assistência Social, muitos deles de caráter privado, conveniados com as prefeituras municipais. Observa-se, também, em muitos municípios, a implementação de Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) vinculados a instituições privadas de cunho religioso. Uma atualização das Santas Casas de Misericórdia, presentes na história do campo da Assistência Social. Ao reforçarmos o setor privado como sinônimo de eficiência e qualidade, estamos legitimando e incentivando as políticas de privatização, tão caras ao neoliberalismo, atribuindo ao setor público a responsabilidade por todas as crises e dificuldades que encontramos na saúde e na assistência social.

Essa discussão nos remete ao paradoxo das políticas sociais na contemporaneidade: as políticas públicas emergem nesse contexto neoliberal, ou seja, é o modo indivíduo de subjetivação predominante em nossa sociedade que, ao mesmo tempo em que justifica a “fundação” dessas políticas, limita sua atuação diante dos problemas sociais. As condições de possibilidade para sua emergência, tornam-se, elas mesmas, em fatores limitantes de sua atuação. Por isso, podemos conceber tais políticas como pretensamente públicas. Veremos a seguir como as noções de risco,

vulnerabilidade e individualização fazem funcionar a culpabilização, através do fracasso como tecnologia de subjetivação, atualizando o modo indivíduo nas políticas de assistência social e sobre drogas.

Risco, vulnerabilidade e individualização nas políticas sociais: o fracasso como tecnologia de subjetivação, a culpabilização como efeito

Na lógica de proteção do Estado, sob execução das políticas públicas, o risco e a vulnerabilidade são noções fundamentais para diagnosticar problemas sociais e propor intervenções. O risco e a vulnerabilidade passam a taxar todas as situações. Dessa forma, a gestão de riscos passa a ser a gestão das fragilidades individuais, através da qual vai se traçando uma sobredeterminação das patologias individuais.

A concepção de riscos está ligada à produção de estratégias para o seu controle. Castel (1987) concebe o risco a partir da noção de governamentalidade, que pode ser entendida como constituída por táticas de governo do que deve ser atributo ou não do Estado, onde condensam as estratégias de poder do Estado, descritas pelos estudos foucaultianos, que podem estar dentro do poder

disciplinar ou biopoder (Foucault, 1998, 2002, 2005, 2008). O poder disciplinar estaria situado nas formas como o Estado regula e controla os corpos, o que pode ficar exposto pela forma como cria programas sociais para disciplinar os sujeitos.

Seguindo a lógica da governamentalidade neoliberal, Castel (1987) vai delimitando o risco entendido nesse âmbito individual, onde a dimensão social fica desfocada e o sujeito passa a ser o risco e a ser colocado em foco. Em parte pela própria concepção da psicologização da vida que se apropria do sentimento de interioridade e consciência individual, proporcionando a transformação dos problemas sociais em problemas individuais/psicológicos, seguindo os princípios de normatizar e normalizar os sujeitos (Castel, 1987).

Assim, desenvolve-se a concepção de uma subjetividade concebida na fragmentação, na qual o indivíduo é visto como a sua própria empresa, não existindo uma consciência de classe como a afirmação sindical ou as lutas coletivas e coesas contra formas de discriminação como o racismo, o sexismo e o machismo. Embora a PNAS enfatize as estigmatizações sociais em termos étnico, cultural e sexual, desvantagem pessoal resultante de deficiências e exclusão pela pobreza, ainda precisamos

avançar e entender esses marcadores sociais dos sujeitos como produtos e produtores de suas condições de vida, e não como meros atributos classificatórios.

Castel (1998) entende que a assistência social se inscreveu numa economia da salvação fundamentada nas formas discriminantes de pobreza, como se existisse um pobre bom e um pobre ruim: “O pobre mais digno de caridade é o que exhibe em seu corpo o sofrimento humano, bem como aquele envergonhado de sua condição” (Aguinsky, Fernandes & Tejados, 2009, p. 70). Dentro de um paradigma que “patologiza” a pobreza, essa fica vista não só como uma condição, mas como marca de um fracasso social. A problematização feita por Castel (1987) acerca da psicologização dessa população nos auxilia a entender o significado das intervenções psicológicas dentro de políticas socioassistenciais.

No campo da promoção da saúde, por exemplo, os documentos revelam uma ênfase no estilo de vida dos indivíduos, que passam a ser “estimulados” a desenvolver procedimentos de autovigilância e práticas autodisciplinadas. O foco nos estilos de vida e nas noções de risco e vulnerabilidade cria um regime de disciplinarização de comportamentos e condutas individuais –

como o imperativo “Não use drogas!” –, gerando um processo de culpabilização dos/as pacientes e despolitização do problema. A ênfase unilateral sobre os estilos e comportamentos individuais joga para o nível individual aquilo que tem um contorno sociopolítico mais ampliado (Ferreira Neto, Kind, Barros, Azevedo & Abrantes, 2009).

Robert Castel (1987) aponta para a transformação do risco que produziu um deslocamento das intervenções curativas terapêuticas para o gerenciamento administrativo preventivo das populações de risco – articulando o autocuidado como elemento disciplinar com uma regulação biopolítica. Assim, para Castel (1987), prevenir significa vigiar, ou seja, antecipar os acontecimentos indesejáveis, como doenças, anomalias, condutas desviantes nas formas de diagnósticos. Para ilustrar o autor retoma os riscos que sinalizam os comportamentos indesejáveis e correlações de fatores associados, como:

Ter nascido, por exemplo, de mãe solteira que é também empregada doméstica (ou sem profissão, estrangeira, estudante, assalariada agrícola...), menor de dezessete anos (ou mais de quarenta), tendo tido um número de gravidezes superior às taxas médias segundo a idade, etc. (Castel, 1987, p. 125).

Assim sendo, uma mãe de riscos geraria um filho de riscos. Essa probabilidade que calcula os riscos e as vulnerabilidades recai sobre a culpabilização do indivíduo que poderia vir a gerenciar sua condição.

Essa discussão aparece com força quando estamos falando no uso de drogas. Há, ainda, um discurso difundido na sociedade de que os jovens usam drogas porque fazem parte de uma família “desestruturada”, ou, ao contrário, que a família se desestrutura em função de algum familiar que usa drogas. Geralmente, no primeiro caso trata-se de famílias pobres – causadoras do uso. Entretanto, tais discursos desconsideram que a noção de família dissolvida ou desestruturada traz consigo o modelo de família burguesa oitocentista, e tudo o que foge desse padrão é considerado em desordem. Reside, portanto, nesses discursos, uma responsabilização e/ou culpabilização da dissolução da família pela situação de degradação social que vivemos, como se a crise social contemporânea não tivesse nenhuma relação com a degradação dos espaços públicos e de políticas sociais destinadas às camadas mais pobres da população (Romanini & Roso, 2013).

Mas como escapar do risco da arbitrariedade dessas operações estatísticas? Para Castel (1987), as avaliações

médico-psicológicas não se alimentam além de fontes de investigação, mais recorrentes pela informatização, como é o caso do Cadastro Único (CadÚnico), que sistematiza as vulnerabilidades de cada região do país com a implantação da PNAS. Ao trabalhar o risco se trabalha também o próprio conceito de normalidade, o que Castel (1987) pontua como uma das descobertas Freudianas. Assim, a psicoterapia se estendeu para os normais, o que constituiu uma posição de que tudo estaria no indivíduo, o seu sucesso ou insucesso, a sua riqueza ou a sua miséria.

Esses pressupostos são incorporados indiretamente quando as políticas socioassistenciais colocam o trabalho da psicologia na sua equipe básica. Afinal, não cabe a esses/as profissionais fazer psicoterapia, mas auxiliar para romper com os ciclos de pobreza e das vicissitudes da vida (Brasil, MDS, 2004). Assim, os serviços da PNAS ainda se situam num campo de psicopatologias associadas à pobreza. Centralizar as práticas do trabalho no CRAS em torno dos diagnósticos de risco e/ou de vulnerabilidade será uma estratégia de reafirmar a condição social subalterna que o sujeito se encontra?

O que a política da assistência social procura desde a Constituição de 1988 é construir práticas distintas das

tuteladoras e produzir autonomia dos sujeitos (Dias, 2009; Mendes & Silveira, 2009). Isso continua sendo um exercício dentro do poder e da resistência sobre as implicações no cotidiano, que podem privilegiar um sujeito em detrimento de outro e segregar nas relações entre a aplicação da política e a estabelecida entre usuário/a e serviço, caso não passem por uma problematização. Escolhe-se quem deve ser privilegiado com os benefícios dos serviços de assistência social: os poderes reguladores de uma estrutura binária (oposição entre o corpo social e quem trabalha pelo Estado) perpassam a sociedade e reinstalam a contra-história que deu origem ao racismo (Foucault, 2002). Os discursos biológicos/racistas propõem a necessidade de se defender a sociedade contra os perigos de uma raça sugerida/proposta como mais fraca, por isso elimina e segrega, como forma de normalizar a sociedade. Esses/essas cidadãos/cidadãs que se encontram em situação de vulnerabilidade e riscos numeram mais de 22 milhões de pessoas no Brasil, que recebem o menor valor de benefício social para poder sanar suas condições de extrema pobreza, bem como intervenções de profissionais da PNAS (Brasil, MDS, 2004).

Constitui o público usuário da política de assistência social cida-

dãos/cidadãs e grupos que se encontram em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem pessoal resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; uso de substâncias psicoativas; diferentes formas de violência advinda do núcleo familiar, grupos e indivíduos; inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal e informal; estratégias e alternativas diferenciadas de sobrevivência que podem representar risco pessoal e social (Brasil, MDS, 2004).

Essa lista de vulnerabilidades e riscos traz à tona a problemática do controle social, que confere uma proposta de Gestão de Riscos, através da qual a vulnerabilidade social está ligada ao risco que produz não só sofrimento, mas opera na rede relacional dos sujeitos: “Assistimos um advento de estratégias inéditas de tratamento dos problemas sociais, a partir da gestão de particularidades do indivíduo” (Castel, 1987, p. 17). Efeitos esses que se alastraram para formas de governamentalidade e organização dos serviços nas políticas públicas, como trazemos aqui para pensar o

caso da construção dos conceitos “mapeados” e incertos das vulnerabilidades e riscos e formas como essas situações precisam de intervenção das políticas sócio assistenciais.

Portanto, Castel (1987) nos ajuda a pensar no planejamento social como um trabalho de racionalização, coordenação e dos desdobramentos para dar conta dos riscos individuais. Tais estratégias, contudo, assemelham-se com uma perspectiva de mapeamento feito pelas intervenções de territorialidade e matricialidade sociofamiliar que prevê o cuidado com propostas pedagógicas centradas nas famílias, principalmente na infância como produção de risco, o que é (re)produzido no lugar de prevenção a situações de vulnerabilidades reiteradas pela PNAS que privilegiam o modo indivíduo dentro dos processos de subjetivação.

A noção de vulnerabilidade, que sustenta uma gestão dos riscos e a necessidade de preveni-los, está presente também no processo de patologização e criminalização do uso “leigo” de determinadas substâncias psicoativas, que foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o “problema das drogas”. A passagem do debate sobre drogas para a área biomédica tornou o problema uma questão de saúde pública. Percebemos, entretanto,

que tanto na concepção do/a usuário/a como criminoso/a quanto em sua concepção como doente a lógica subjacente é a do proibicionismo, que tem como princípio fundamental a punição e atua no indivíduo. No Brasil, hoje, temos um sério debate em curso – a disseminação das propostas de internação compulsória de usuários de drogas, especialmente de usuários de crack. Os diversos projetos de lei em tramitação propõem alterações na forma de acolher e tratar os usuários. Nesse momento, vamos nos deter no projeto de lei do Deputado Osmar Terra, pontuando algumas questões críticas e que entendemos fundamentais na reprodução da lógica capitalística e do modo indivíduo de subjetivação, discutidos no início deste artigo.

O artigo 1-B da proposição legislativa do deputado federal Osmar Terra (PL 7663/2010), que trata da proposta de alterações no Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas no Brasil, versa sobre a definição de programas de atendimento, suas unidades e nos remete a uma concepção de acolhimento. Segundo esse projeto de lei, o acolhimento “é a modalidade que se caracteriza pela oferta de programas de atenção que visam à abstinência” (Brasil, Ministério da Saúde, 2012). Para atingir esse objetivo, delineiam-se estratégias de cuidado fazendo referência à internação

de usuários, incluídas modalidades involuntária e compulsória.

Nota-se que o texto deste PL prioriza esta modalidade de atenção. Mas o deputado desconsidera o artigo 4º da Lei 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais (Brasil, 2001). O referido artigo indica que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Ou seja, a internação não deve ser considerada a primeira opção no tratamento às pessoas que sofrem com o uso de drogas.

Sobre a questão das internações involuntárias ou compulsórias, Merhy (2012) nos ajuda a pensar nelas como práticas repressivas e policiais. Retomando a ideia discutida anteriormente sobre a patologização, se concebemos o usuário de drogas como dependente químico, como uma vítima da substância, somente a abstinência e a interdição do contato com a droga podem produzir efeitos terapêuticos. Ou seja, somente com a internação compulsória é que a “vítima” teria a chance de escapar da captura-dependência (Merhy, 2012). A partir dessas considerações de Merhy, parece-nos mais clara a vinculação do proibicionismo com a patologização. As ações repressivas e policiais, apon-

tadas pelo autor, são também consequências da concepção da doença, que faz dessas pessoas sujeitos sem desejo e sem direito.

Nesse projeto de lei, portanto, o acolhimento é tarefa prioritária dos serviços de internação, seja em hospitais, seja em comunidades terapêuticas. Acolher como sinônimo de internar, isolar, desintoxicar. O objetivo final dessa “prática de acolhimento” é a abstinência. Tal proposta ignora a Redução de Danos como prática fundamentada na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (Brasil, 2003), pois coloca a abstinência como regra, como uma norma que define a fronteira entre o dentro e o fora do sistema, entre a cura e a doença, entre o normal e o patológico (Souza & Carvalho, 2012). Só que a polarização produzida por essa postura reconhece apenas duas posições ou discursos possíveis aos usuários: o discurso heroico, do sujeito que superou o inferno das drogas, e o discurso desesperado, daquela pessoa que não suporta mais o martírio (Petuco, 2010, 2011).

Ressaltamos, acompanhando o pensamento de Souza e Carvalho (2012), que antes de se tornar uma norma médica e jurídica, a abstinência era uma norma religiosa. A dicotomia bem e mal desdobrou-se e passou a ser ope-

rado pelo binarismo da lei lícito e ilícito e também pela norma médica normal e patológico. Devemos lembrar também que a Redução de Danos não contesta a abstinência como meta possível e desejada, como um direcionamento clínico em algum momento do tratamento, mas a abstinência como regra absoluta, como paradigma, assim como propõe o PL de Osmar Terra.

Dentro da lógica da abstinência, encontramos seu polo oposto, a recaída. Souza e Carvalho (2012) nos alertam para o fato de que a recaída comparece não como uma medida do fracasso das instituições, mas como medida do fracasso individual, da fraqueza do indivíduo que se deixou levar pelas “tentações pecaminosas”, da gravidade da doença, reforçando a necessidade de excluir a opinião e o desejo do “sujeito doente”. Vemos, portanto, que a abstinência como meta única, a dependência química como diagnóstico e a internação compulsória como medida de tratamento funcionam num círculo vicioso que individualiza o fracasso (Souza & Carvalho, 2012), sustentando e reproduzindo o modo indivíduo de subjetivação nas políticas sobre drogas. O fracasso como tecnologia de subjetivação, tendo a culpabilização como seu principal efeito. Em nossa reflexão, esse debate é fundamental, pois quando um profissional

ou uma equipe de saúde, ao acolher e atender uma pessoa que sofre com o uso ou abuso de drogas, coloca para si a tensão ou a polaridade “sou contra” ou “sou a favor” das drogas, “bem” e “mal”, formulará sua escuta, abordagem e acolhimento em combate ou simples aceitação em relação à experiência narrada pela pessoa.

A clínica, portanto, será produzida e conduzida a partir de um problema mal formulado (Souza & Carvalho, 2012), pois o combate ou a simples aceitação são maneiras de não entrar em contato com a experiência proporcionada pelo encontro entre o profissional e o usuário. Por isso apostamos na Redução de Danos, já que a direção proposta por ela é a “de acolher o outro na sua diferença, atualiza um sentido de universalidade aliado à dimensão singular da experiência com o uso de drogas que cada um pode ter” (Souza & Carvalho, 2012, p. 43).

Dessa maneira, percebemos que um problema de ordem social, atravessado por múltiplos fatores, acaba sendo reduzido à esfera individual. O indivíduo é culpado pelo seu fracasso – culpabilização –, pela recaída. Todos devem evitar o perigo das drogas (totalização). O indivíduo que não consegue acaba se tornando criminoso ou doente (ou ambos). Observamos, portanto, tan-

to nas políticas de assistência social quanto nas políticas sobre drogas, a atualização do modo indivíduo de subjetivação nessas políticas que se pretendem públicas. O fracasso, enquanto uma tecnologia de subjetivação, é atribuído ao indivíduo, culpabilizando-o por sua condição de pobreza ou por sua doença. A culpabilização, através das noções de risco, vulnerabilidade e individualização, sustenta e faz operar o modo indivíduo nessas políticas, políticas sociais, políticas pretensamente públicas, que trazem em seu bojo esse paradoxo.

Considerações finais: Construção do comum, construção de políticas efetivamente públicas?

Ao nos debruçarmos sobre as políticas de assistência social e políticas sobre drogas, percebemos que as noções de vulnerabilidade, risco e individualização dos problemas atuam como vetores de força que atualizam o modo indivíduo nas políticas (pretensamente) públicas, tomando o fracasso como tecnologia de subjetivação e tendo como efeito a culpabilização dos indivíduos. Em ambas as políticas recorre-se constantemente à individualização e à totalização, ora focando nas características e esforços individuais para o sucesso na sociedade capitalista, ora tornando o

sujeito e seus direitos numa categoria abstrata e totalizante. Reproduz-se, assim, o modo indivíduo de subjetivação em políticas que se propõem a promover outras formas de viver, ser e estar no mundo e que, ao propor essas formas de viver, acaba enredando os sujeitos em suas próprias contradições.

Se conseguirmos encontrar pontos de fuga nessa fachada de política pública, que pretende o bem dos indivíduos – a cura da dependência química ou tornar o pobre menos pobre –, talvez possamos pensar na questão dos direitos num plano comum, no qual os direitos são construídos na experiência concreta dos homens e não a partir de um homem e de direitos idealizados (Monteiro, Coimbra & Mendonça Filho, 2006). Tal como afirmam Barros e Passos (2005),

não havendo uma imagem definitiva e ideal d'O Homem, só nos resta aceitar a tarefa sempre inconclusa da reinvenção de nossa humanidade, o que não se pode fazer sem o trabalho também constante da produção de outros modos de vida, de novas práticas [...]. (p. 570).

O modo indivíduo, atualizado nessas políticas, coloca sérias limitações à construção de políticas efetivamente públicas, porque sustenta dicotomias como indivíduo e sociedade, bem e mal, certo e errado, o “bom” e o “mau” po-

bre, o abstinente e o “fracassado”, que recaiu no uso de drogas e/ou que não superou sua situação de riscos e vulnerabilidades diante da pobreza. Por isso, resgatamos a aposta na construção do comum, enfatizando a dimensão pública de uma política. O comum implica a abertura ao Outro, a composição de singularidades, o acolhimento à multiplicidade, a capacidade de diferir. Por isso, o comum sempre advém da experiência, é heterogêneo, acompanha práticas concretas e cria efeito de pertencimento. Como afirmam Barros e Pimentel (2012), desestabilizam-se as fronteiras entre saberes e atores, ocorrendo o atravessamento de diferentes semióticas através da experiência da dimensão do coletivo. Coletivo como experiência do comum, potencializando saberes até então excluídos.

Podemos pensar em diversas pistas para a construção do comum, de políticas efetivamente públicas: refletir sobre o processo de regionalização das ações em saúde e assistência social a partir do conceito de território, enquanto um espaço relacional (Barros & Pimentel, 2012); a aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e de gerir os processos de trabalho, entre produção de saúde e produção de subjetividade (Brasil, 2009); repensar e reformular a formação dos psicólogos,

buscando a superação de perspectivas que tomem os/as usuários/as das políticas públicas como sujeitos a-históricos, descolados de seus contextos de vida (Ferreira Neto, 2010; Romagnoli, 2012); criação de dispositivos centrados no acolhimento, na escuta e na presença dos cuidadores, e o trabalho em equipe como instrumento para superação do paradigma médico (Ferreira Neto, 2010); a redução de danos, que não minimiza a dependência à química e à substância, e entende que a dependência não se contrapõe à abstinência, mas à liberdade. Liberdade como prática ético-política de criação de novas formas de existir e construir o comum.

É justamente essa constante produção de outros modos de vida e de novas práticas que nos faz pensar no público como algo “construído a partir das experiências de cada homem inserido em uma coletividade” (Monteiro, Coimbra & Mendonça Filho, 2006, p. 11), lembrando que se nos tornamos operadores dessas políticas pretensamente públicas, não vamos mudar a máquina, mas precisamos colocar em questão as demandas que são naturalizadas para os serviços de psicologia, em especial as ligadas ao combate às drogas e às misérias. Desse modo, poderemos romper com a reprodução do sofrimento produzido pelo neoliberalismo e pelo

modo indivíduo de subjetivação: culpabilizando os sujeitos por sua condição, valendo-se do fracasso como uma estratégia de individualização de um problema que é sociopolítico.

Referências

- Aguinsky, B. G.; Fernandes, I., & Tejedós, Silvia da Silva. (2009). Entre a garantia de direitos e o reforço à subalternização: concepções e práticas ainda em disputa sobre o público-alvo da Política de Assistência Social. Em: J. M. R. Mendes, J. C. Prates, & B. G. Aguinsky (Orgs.). *O sistema Único de Assistência Social: entre a fundamentação e o desafio da implantação*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Barros, R. B. de. (2009). *Grupo: a afirmação de um simulacro*. (2a ed.). Porto Alegre: Sulina/Editora da UFRGS.
- Barros, M. E. B. de & Pimentel, E. H. do C. (2012). Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. *Polis e Psique*, 2(2), 3-22.
- Barros, R. & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(3), 561-571.
- Brasil. (1988). *Constituição 1988*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2001). *Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 – Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília: Diário Oficial da União.
- Brasil. (2004). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2004). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Política Nacional de Assistência Social*. Brasília: MDS.
- Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Formulário de posicionamento sobre proposição legislativa*. Recuperado em 26 de março de 2013 de <http://drogasedireitoshumanos.files.wordpress.com/2013/03/nt-ms-pl-7663-2010.pdf>.
- Campos, G. W. S. (1997). *Reforma da reforma – Repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec.

- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- _____. (1998). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Cohn, A. (1999). As políticas sociais no governo FHC. *Tempo Social*, 11, 183-197.
- Couto, B. R. (2006). *O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?* São Paulo: Cortez.
- Dias, D. D. (2009). *Política pública de assistência social, entre o controle e a autonomia*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Draibe, S. (2003). A política social no período FHC e o sistema de proteção social. *Tempo Social*, 15, 63-101.
- Ferreira Neto, J. L. (2010). A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. *Psicologia Ciência & Profissão*, 30(2), 390-403.
- Ferreira Neto, J. L., Kind, L., Barros, J. S., Azevedo, N. S., & Abrantes, T. M. (2009). Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde e Sociedade*, 18(3), 456-466.
- Foucault, M. (2002). Em defesa da sociedade. *Curso no Collège de France (1976-1977)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (1998). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (2012). O nascimento da medicina social. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- _____. (2008). Segurança, território, população. *Curso no Collège de France (1977-1978)*. São Paulo: Martins Fontes.
- _____. (2005). Os corpos dóceis. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, Michel (2007). *Microfísica do poder* (originalmente publicado em 1979, tradução de Roberto Machado). Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Guattari, F. & Rolnik, S. (1996). *Micropolítica: cartografias do desejo*. Petrópolis: Vozes.
- Lobato, L. V. C. (2009). Dilemas da institucionalização de políticas sociais em vinte anos de constituição de 1988. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 721-730.

- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciências, Saúde*, 14(3), 801-821.
- Mendes, J. M. R., & Silveira, E. (2009). Derrubando paredes: a construção da interdisciplinaridade. In: J. M. R. Mendes, J. C. Prates, & B. G. Aginsky. *O sistema único de assistência social: entre a fundamentação e o desafio da implantação*. Porto Alegre: Edipucrs.
- Merhy, E. (2012). Anormais do desejo: os novos não humanos? Os sinais que vêm da vida cotidiana e da rua. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania em debate*. Brasília: CFP.
- Montaño, C. (2002). *Terceiro setor e questão social*. São Paulo: Cortez.
- Monteiro, A., Coimbra, C., & Mendonça Filho, M. (2006). Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público? *Psicologia & Sociedade*, 18(2), 7-12.
- Petuco, D. R. S. (2010). Entre macro e micropolíticas: o movimento social de redução de danos e o campo político reflexivo das drogas. In: Conselho Federal de Psicologia. *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- _____. (2011). O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma redução de danos fecundada pela educação popular. Trabalho apresentado no V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas: Subjetividade, Cidadania e Políticas Públicas. Brasília, DF, Brasil.
- Romagnoli, R. C. (2012). O SUAS e a formação em psicologia: territórios em análise. *ECOS*, 1(2), 120-132.
- Romanini, M. & Roso, A. (2013). Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo “refugio humano”. *Psico USF*, 18(3), 373-382.
- Souza, T. de P., & Carvalho, S. R. (2012). Reduzindo danos e ampliando a clínica: desafios para a garantia do acesso universal e confrontos com a internação compulsória. *Polis e Psique*, 2 (número temático), 37-58.
- Spink, M. J., Brigagão, J. I. M. & Nascimento, V. L. V. do. (2014). Psicólogos(as) no SUS: a convi-

vência necessária com as políticas de saúde. In: I. F. de Oliveira, & O. H. Yamamoto (Orgs.). *Psicologia e políticas sociais: temas em debate* (pp. 47-74). Belém: UFPA.

Vasconcelos, E. M. (2010). Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: E. M. Vasconcelos (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira* (pp. 17-73). São Paulo: Hucitec.

Zimmermann, C. R. (2006). Os programas sociais sob a ótica dos direitos humanos: o caso do Bolsa Família do governo Lula no Brasil. *Revista Internacional de Direitos Humanos*, 4, 144-159.

E-mail: moisesromanini@yahoo.com.br

Priscila Pavan Detoni: Psicóloga, mestre e doutoranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), membro do Núcleo de Pesquisa em Sexualidade e Relações de Gênero (NUPSEX-UFRGS), professora do Curso de Psicologia Univates, bolsista Fapergs.

E-mail: pridetoni@yahoo.com.br

Enviado em: 21/10/2014 – **Aceito em:** 11/11/2014

Moises Romanini: Psicólogo, mestre em Psicologia (UFSM), doutorando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), membro dos grupos de pesquisa “Saúde, Minorias Sociais e Comunicação” e “Ideologia, Comunicação e Representações Sociais”, bolsista CAPES, professor do Departamento de Psicologia da Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).