

Maria Salete Bessa Jorge
Leny Trad Bonfim
Paulo Henrique Dias Quinderé
Leilson Lira de Lima
Orgs.

2ª Edição



OLHARES PLURAIS SOBRE O FENÔMENO DO CRACK

UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Frago	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Maria Salete Bessa Jorge
Leny Alves Bonfim Trad
Paulo Henrique Dias Quinderé
Leilson Lira de Lima
(Organizadores)

OLHARES PLURAIS SOBRE O FENÔMENO DO *CRACK*

2ª Edição
Revisada e ampliada
Fortaleza - CE
2015



OLHARES PLURAIS SOBRE O FENÔMENO DO CRACK

© 2015 *Copyright by* Maria Salette Bessa Jorge, Leny Alves Bonfim Trad, Paulo Henrique Dias
Quinderé e Leilson Lira de Lima

Efetuada depósito legal na Biblioteca Nacional

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS

Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (085) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

Editora filiada à



Coordenação Editorial

Erasmio Miessa Ruiz

Imagem da Capa

Guto Bitú

Revisão de Texto

Vanda Bastos

Diagramação

Narcelio de Sousa Lopes

Ficha Catalográfica

Vanessa Cavalcante Lima – CRB 3/1166

O 42 Olhares plurais sobre o fenômeno do crack [livro eletrônico] / Maria Salette Bessa Jorge...
[et al.]. – 2. ed. – Fortaleza: EdUECE, 2015.

421 p.
ISBN : 978-85-7826-328-7

1. Ciências Sociais – Estudos sobre o uso de drogas. 2. Atenção à saúde – Drogas – Reflexões. 3. Cuidado clínico – Usuários de crack. I. Título.

CDD: 616

“Dizem que eu sou louco por pensar assim.
Mas, louco é quem me diz que não é feliz. Não é feliz!”

Arnaldo Batista

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
<i>Maria Salete Bessa Jorge; Leny Alves Bomfim Trad; Paulo Henrique Dias Quinderé; Leilson Lira de Lima.</i>	
PREFÁCIO	17
<i>Edward MacRae.</i>	
PREFÁCIO DA 2ª EDIÇÃO	21
<i>Mônica Nunes de Torrenté.</i>	

PARTE I PERSPECTIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

CAPÍTULO 1 - CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS AO ESTUDO SOBRE O USO DE DROGAS E O DIÁLOGO COM A PRODUÇÃO NACIONAL CONTEMPORÂNEA	26
--	-----------

Sérgio do Nascimento Silva Trad (MJ; ISC/UFBA); Leny Alves Bomfim Trad (ISC/UFBA); Oriol Romaní (Rovira i Virgili/ES).

CAPÍTULO 2 - ABORDAGENS QUALITATIVAS NO ESTUDO SOBRE DROGAS: CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA REFLEXIVA E DA HERMENÊUTICA	72
---	-----------

Leny Alves Bomfim Trad; Maria Salete Bessa Jorge; Sérgio do Nascimento Silva Trad; Leilson Lira de Lima; Antonio Germane Alves Pinto; José Jackson Coelho Sampaio.

PARTE II
REDES E DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO
À SAÚDE NO CAMPO DAS DROGAS:
CONTROVÉRSIAS, LIMITES E
POSSIBILIDADES

CAPÍTULO 3 - REFORMA E CONTRARREFORMA: REFLEXÕES EM TORNO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS..... 94

Silvio Yasui.

CAPÍTULO 4 - REDE ASSISTENCIAL AOS USUÁRIOS DE CRACK: CORRESPONSABILIZAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO?..... 114

Maria Salete Bessa Jorge; Leilson Lira de Lima; Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos; José Jackson Coelho Sampaio; Ranson Soares de Souza; Helena Alves de Carvalho Sampaio.

CAPÍTULO 5 - A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE CRACK: FLUXOS E TECNOLOGIAS 134

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos; Leilson Lira de Lima; Milena Lima de Paula; Paulo Henrique Silva Rodrigues; Paulo Henrique Dias Quinderé; Maria Salete Bessa Jorge.

CAPÍTULO 6 - (DES)CUIDADO E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RUA: POLÍTICAS E ENFRENTAMENTOS 160

Ana Maria Zurwick; Maria Salete Bessa Jorge.

CAPÍTULO 7 - DO PONTO DE ENCONTRO AOS PONTOS DE CIDADANIA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE RUA 178

Patrícia von Flach; Antônio Nery Filho; Gabriel Pamponet.

PARTE III
**A CLÍNICA DO CRACK: ABORDAGENS,
EXPERIÊNCIAS E DESAFIOS**

**CAPÍTULO 8 - A CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA AOS
USUÁRIOS DE *CRACK* NA PERSPECTIVA DA REFOR-
MA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA..... 219**

Paulo Henrique Dias Quinderé; Guilherme Bruno Fontes Vieira; Indara Cavalcante Bezerra; Erasmo Miessa Ruiz; Emilia Cristina Carvalho Rocha; Maria Salete Bessa Jorge.

**CAPÍTULO 9 - A ELABORAÇÃO DE PROJETOS TE-
RAPÊUTICOS SINGULARES: DESAFIOS NA SUPERA-
ÇÃO DA CLÍNICA TRADICIONAL NO CAPSAD 256**

Leilson Lira de Lima; Sérgio do Nascimento Silva Trad; Maria Salete Bessa Jorge; Ivana Lima Verde Gomes; Rândson Soares de Souza; Jamine Borges de Morais.

**CAPÍTULO 10 - SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA RE-
LAÇÃO DE USO DO *CRACK* NA EXPERIÊNCIA DOS
USUÁRIOS: O EFÊMERO EFEITO 292**

Paulo Henrique Dias Quinderé; Milena Lima de Paula; Lourdes Suelen Pontes Costa; Leonardo Macêdo de Queiroz; Erasmo Miessa Ruiz; Maria Salete Bessa Jorge.

**CAPÍTULO 11 - A FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO
DO PROBLEMA DO *CRACK*: ENTRELACANDO VUL-
NERABILIDADE SOCIAL, RESILIÊNCIA E PROTE-
ÇÃO SOCIAL 323**

Leny Alves Bomfim Trad.

**CAPÍTULO 12 - O OLHAR DOS FAMILIARES AOS
USUÁRIOS DE *CRACK*: SENTIDOS, SIGNIFICADOS E
EXPERIÊNCIAS 350**

Milena Lima de Paula; Danielle Christina Moura dos Santos; Leny Alves Bomfim Trad; Indara Cavalcante Bezerra; Jardelyne Corrêa da Penha; Maria Salete Bessa Jorge.

CAPÍTULO 13 - REDE SOCIAL DE APOIO AO USUÁRIO DE *CRACK*: CONFIGURAÇÃO, POTENCIALIDADES E LIMITES..... 384

Renata Alves Albuquerque, Maria Salete Bessa Jorge, Milena Lima de Paula, Juliana Mara de Freitas Sena, Guilherme Bruno Fontes Vieira, Maria Raquel Rodrigues Carvalho.

APRESENTAÇÃO

Maria Salete Bessa Jorge
Leny Alves Bomfim Trad
Paulo Henrique Dias Quinderé
Leilson Lira de Lima

Desde os anos 1990, com a redemocratização no Brasil, o debate nacional sobre o tema das drogas adquiriu novos contornos. O cenário de então favoreceu o adensamento da crítica ao enfoque proibicionista, fundamento que pautou historicamente as políticas de drogas no Brasil, repercutindo, também, na abordagem do tema pela Saúde Pública.

Os desdobramentos desse processo se refletiram na década seguinte, culminando, em 2003, com a incorporação da redução de danos como uma das estratégias da Política Nacional de Drogas. Em termos práticos, tal incorporação passaria a adquirir concretude com a criação, no mesmo ano, dos Centros de Atenção Psicossocial ao Álcool e Outras Drogas (CAPSad). A portaria de criação do CAPSad informava que este espaço deveria adotar o modelo de redução de danos, com vistas a minimizar os possíveis efeitos adversos no uso de substâncias psicoativas sem, necessariamente, interromper o uso, almejando a integração social e a cidadania dos usuários de drogas¹. Também era referida a necessidade de humanizar a atenção ao usuário de drogas, considerando as suas necessidades e de seus familiares.

¹ Portaria GM nº 305, de 3 de maio de 2002 – Estabelece normas para cadastramento e funcionamento dos CAPS ad. Portaria GM nº 305, de 3 de maio de 2002 – Estabelece normas para cadastramento e funcionamento dos CAPS ad.

Passados dez anos do momento que marcou a aposta do Brasil em políticas públicas orientadas pelo modelo de redução de danos no campo de atenção às drogas, constatamos uma reemergência de estratégias alinhadas com os enfoques pautados na díade delinquência-enfermidade. O aparente incremento do consumo de *crack*, particularmente nas grandes cidades brasileiras e, sobretudo, a amplificação deste fenômeno pela mídia nacional, contribui para construir o “pânico moral” em torno deste problema e impulsionar as investidas dos segmentos mais conservadores perante o tema das drogas.

Reeditam-se os discursos de outrora cujas tônicas oscilam entre associar o uso de drogas a grupos sociais vistos como perigosos e ameaçadores ou realçar o potencial destrutivo da substância consumida, desta feita, o *crack*, cujo efeito físico-químico sobre o organismo conduz a pessoa à perda total de controle sobre si mesma. Em ambos os casos, corre-se para reforçar no imaginário social uma visão estigmatizante do usuário de drogas. Estas visões estão presentes, também, nos serviços de saúde e se expressam na produção de práticas segregacionistas e nas dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com a população de usuários de *crack* que procuram estes equipamentos ou que transitam nos territórios de atuação das equipes.

Confirma-se, neste quadro, a tese defendida por um conjunto de estudos produzidos no campo das Ciências Humanas e Sociais de que o objeto *droga* se revela especialmente suscetível a julgamentos morais. Por conseguinte, os sentidos e ações relacionados às drogas prescindem, muitas vezes, de fundamentos racionais ou de evidências científicas.

Cabe esclarecer que as experiências desveladas neste livro não se concentram nos efeitos fisiológicos que o *crack* engendra no organismo humano nem pretendem estimar taxas de incidência ou prevalência relativas ao seu consumo na população brasileira. O foco se dirige à multiplicidade de sentidos, relações, práticas e forças sociais mobilizadas em torno do fenômeno das drogas, em particular, o *crack*. Os autores aqui reunidos compartilham do entendimento de que o fenômeno das drogas, destacando-se, neste trabalho, o *crack*, suscita percepções e intervenções sensíveis, compartilhadas e também responsáveis e que respeitem a condição de sujeito e cidadão das pessoas afetadas.

O livro articula três eixos temáticos em torno do *crack*: modelos e redes de atenção e cuidado; configurações e desafios da clínica e significados; e experiências de usuários e familiares. Os trabalhos adotaram como referencial comum de análise o enfoque sociocultural acerca do fenômeno das drogas cujo fundamento consiste na compreensão de que o uso destas substâncias, seus efeitos, controle e significados constituem um todo complexo resultante da imbricação de características relativas às pessoas (usuários); às substâncias (as drogas); e aos contextos (social, cultural, político). No plano metodológico, o esteio comum dos trabalhos empíricos é o método qualitativo, notadamente de inspiração fenomenológica e/ou hermenêutica.

Em seu conjunto, os trabalhos desta coletânea são produtos de um esforço coletivo vinculado aos seguintes projetos: 1) a pesquisa “A Atenção Clínica na Produção do Cuidado aos Usuários de *Crack*: assistência à saúde e redes sociais de apoio” (CNPq, MS), coordenada pela Profa.

Dra. Maria Salete Bessa Jorge; o projeto “Família e Condições Crônicas: explorando itinerários terapêuticos, redes sócioassistenciais e acessibilidade” (PROCAD-MCTI/CNPQ/MEC/Capes), que deu ensejo às parcerias acadêmicas entre os pesquisadores e alunos de pós-graduação vinculados ao referido projeto de pesquisa; e o Programa Integrado de Pesquisa, Ensino e Extensão “Comunidade, Família e Saúde” (FASA), do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, coordenado pela Profa. Dra. Leny Alves Bonfim Trad.

A coletânea está organizada em quatro partes. A primeira – Perspectivas Teóricas e Metodológicas – se inicia com o capítulo de Sérgio Trad, Leny Trad e Oriol Romani, que expressa o estado da arte sobre a temática das drogas, recuperando marcos históricos na produção de visões e/ou paradigmas acerca do fenômeno. O texto ressalta, sobretudo, as contribuições das Ciências Humanas e Sociais, detendo-se, no último segmento, na revisão da produção contemporânea brasileira. O segundo capítulo, de Leny Trad *et al.*, se centra nas reflexões sobre as potencialidades dos métodos qualitativos para o estudo das dimensões socioculturais do fenômeno das drogas, enfoque este adotado pelo conjunto de estudos empíricos reunidos nesta obra. O texto ressalta, particularmente, os fundamentos da etnografia de base reflexiva e de vertentes hermenêuticas.

A segunda parte, intitulada **Modelos e Redes de Cuidado no Campo das Drogas: controvérsias, limites e possibilidades** – é encabeçada pelo texto de Sílvio Yasui (Capítulo 3), que discute, preliminarmente, a reforma e a contrarreforma no campo da saúde mental, centrando-se, no

decorrer de sua análise, nos limites das intervenções em curso relacionadas ao *crack*, na estratégia das comunidades terapêuticas e nas internações compulsórias no enfrentamento do *crack*. O Capítulo 4, de Maria Salete Bessa Jorge *et al.*, expressa a conformação da rede de cuidados aos usuários de *crack* e seus desdobramentos para a atenção integral. O texto interroga se a rede de atenção ao usuário de *crack* contribui para a corresponsabilização do cuidado neste campo ou se, ao contrário, favorece sua fragmentação.

O Capítulo 5, de Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos *et al.*, objetiva debater fluxos e tecnologias na textura de organização do cuidado aos usuários de drogas, incluindo o *crack*, privilegiando o âmbito da atenção primária de saúde. Na continuidade, o Capítulo 6, de Ana Maria Zuwick e Maria Salete Bessa Jorge, traz uma retrospectiva da construção dos marcos legais de regulamentação (leis, portarias, decretos etc.) da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, no Brasil, demarcando alguns avanços, limites e desafios. O texto tem como foco privilegiado o debate acerca da garantia de acesso à atenção integral no âmbito do SUS por parte da população em situação de rua, usuários de *crack*, em consonância com o princípio de referenciais em rede, acesso universal e intersetorialidade.

Fechando este bloco, o texto de Patrícia von Flach, Antônio Nery Filho e Gabriel Pamponet descreve a experiência de implantação e gestão técnica do “Ponto de Cidadania” - dispositivo de apoio psicossocial dirigido a usuários de substâncias psicoativas em situação de rua - na cidade de Salvador, Bahia. O capítulo traz reflexões sobre o caráter singular da relação com as drogas no espaço da rua, proble-

matiza os limites e as possibilidades das práticas de cuidado neste âmbito peculiar e traz, por fim, algumas considerações vinculadas a bioética.

Abrindo a terceira parte da coletânea — **A Clínica do Crack: abordagens, experiências e desafios** —, o Capítulo 8, de Paulo Henrique Dias Quinderé *et al.*, tem como eixo condutor “Qual modelo de clínica é adotado pelos profissionais de saúde para o usuário de *crack*?”. Com base nesta indagação, os autores fazem uma crítica aos modelos vigentes, confrontando postulados teóricos e as visões de usuários de *crack* em acompanhamento em um determinado CAPS-ad e de profissionais da mesma instituição. O texto discute, ainda, caminhos para uma abordagem mais centrada nas necessidades dos sujeitos.

Seguindo pela mesma trilha, o capítulo seguinte, de Leilson Lira de Lima *et al.*, também problematiza o modelo clínico hegemônico que prevalece, também, nos Caps-ad. Os autores, apoiados em dados empíricos, discutem as dificuldades em operacionalizar o modelo de redução de danos, superando o foco exclusivo na abstinência e ressaltam a necessidade de investimento em projetos terapêuticos que levem em conta a singularidade dos usuários de drogas e estimulem a sua autonomia nas decisões relativas às pautas de uso, controle etc.

A quarta e última parte da coletânea, **Significados e Experiências de Usuários, Familiares e Redes de Apoio**, inicia-se com o Capítulo 10, de Paulo Henrique Dias Quinderé *et al.*, que analisa os sentidos, significados e experiências subjetivas constituídas pelos usuários de *crack* na sua trajetória de consumo. As evidências empíricas expressas neste tra-

balho desvelam as idiosincrasias perpassadas pelos diversos contextos em que a relação do uso da droga se estabelece.

O Capítulo 11, de Leny Trad, explora a interface entre os conceitos de vulnerabilidade, resiliência e proteção social, ao abordar determinantes sociais do problema das drogas em geral ou, particularmente, do *crack* e as estratégias de enfrentamento, pela família, pelo Estado e pelas redes sociais de apoio.

O capítulo seguinte, de Milena Lima de Paula *et al.*, examina os significados, sentidos e experiências relatadas por familiares de usuários de *crack* em situação de tratamento. O trabalho procura também fornecer subsídios que possam orientar os profissionais de saúde na produção de intervenções junto aos familiares de usuários de *crack*. Este bloco se encerra com o Capítulo 13, de Renata Alves Albuquerque *et al.*, que aborda as configurações das redes sociais de apoio a usuários de *crack*, problematizando o papel destas redes na produção do cuidado e a articulação entre os seus diferentes componentes, considerando os âmbitos formais e informais.

PREFÁCIO

Os meios de comunicação coletiva dedicam grande cobertura a uma suposta “epidemia do *crack*” que estaria assolando o país e até ameaçando os lares da classe média. As matérias, tanto na imprensa escrita quanto na eletrônica, costumam vir acompanhados de imagens de crianças e jovens maltrapilhos, geralmente em situação de rua. Implícita ou explicitamente, sugere-se que a condição de miséria e abandono, em que se encontram, é consequência do uso que fazem desta substância psicoativa.

Observa-se aqui um característico exemplo do chamado “pânico social”. Exagerando as dimensões relativas do problema e demonstrando uma análise superficial da situação, os meios de comunicação social propõem, como solução, medidas de natureza autoritária, como internações involuntárias e até compulsórias, apesar de a experiência clínica mostrar sua ineficácia. Assim, é expressa a situação como relacionada a patologias individuais, causadas pelo agente maligno “droga”, desviando a atenção das condições mais gerais, de miséria, em que vive a maior parte dos atingidos.

A constante referência a uma suposta “epidemia” deixa clara a intenção de se “medicalizar” o que é um problema de natureza essencialmente social, uma vez que, neste caso, não existe um vetor biológico, mas, sim, comportamental, que floresce e se difunde em um determinado contexto sociocultural. Mesmo estudos de natureza epidemiológica não conseguem detectar mudanças significativas na incidência do uso de *crack* que justifiquem o emprego do termo “epidemia”, da maneira como fazem os jornais e as *media*.

Perante o alarme instalado entre o público, anunciar soluções para o problema passa a render dividendos políticos e financeiros. Mesmo entidades de cunho essencialmente religioso e destituídas de qualquer experiência com a clínica de base científica se propõem a preencher o vácuo deixado pela ainda deficiente rede de atenção aos usuários de *crack*, em fase de estabelecimento pelo SUS. O peso político de seus aliados no governo levou à constituição de uma rede alternativa de “unidades acolhedoras”, formada por comunidades terapêuticas que, apesar de não se disporem a acatar as exigências mínimas do Ministério da Saúde para serviços de saúde, deverá ser amplamente financiada com verbas públicas.

Tais comunidades terapêuticas deixam de lado as abordagens ambulatoriais dos CAPSad voltadas, primariamente, para a inserção social do usuário problemático em seu próprio meio social e, quando ele se mostra incapaz de cessar seu consumo de drogas, para o estabelecimento de práticas de uso que priorizem a redução de danos e riscos. Propõem, ao invés, a internação do paciente por longos períodos em unidades onde ele é mantido distanciado de sua família e de seu contexto sociocultural, sujeito a regime de abstinência total do uso de qualquer psicoativo, desrespeito que é considerado razão suficiente para a sua expulsão definitiva do programa de tratamento.

Essas instituições contam, porém, com grande apoio de agentes com fortes interesses políticos e econômicos de curto prazo, pois são eficientes ao proverem locais, distantes do olhar crítico do público, para onde enviar a população carente retirada das ruas em campanhas de higienização e

“embelezamento” urbano. Ajudam a varrer a sujeira para debaixo do tapete, em um período em que o Brasil se prepara para se tornar uma grande vitrine, ao sediar uma série de eventos esportivos que devem situar o país no foco de toda a imprensa mundial.

Com suporte na sua experiência, pesquisadores e outros profissionais ligados à Universidade Estadual do Ceará e/ou ao Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde – Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia buscam, por intermédio desta coletânea, apontar outros caminhos que fujam dos apelos simplistas e repressivos propugnados. Ao chamarem a atenção para a importância de fatores de ordem social na constituição desta população usuária de *crack*, enfatizam também a necessidade de se recorrer a outros quadros conceituais e a metodologias que não se restrinjam às Ciências Biológicas e às Ciências Exatas.

Metodologias qualitativas são especialmente importantes para tratar de populações cujos números são difíceis de estimar em decorrência da estigmatização social e da sua consequente ocultação. Como a utilização de substâncias psicoativas legais e ilegais é uma prática complexa, carregada de conotações socioculturais que influenciam as motivações e ações dos sujeitos, muitas vezes, os pesquisadores devem optar por uma inserção mais aprofundada no campo, em uma abordagem etnográfica que ajude a avaliar todas as complexidades que se expressam na realidade cotidiana dos usuários.

Assim, neste livro, confere-se destaque às contribuições das Ciências Sociais e às metodologias de cunho qualitativo. Examina-se, também, o real modo de funcionamento

das redes e dispositivos de atenção aos usuários de drogas em geral e de *crack* em específico, dedicando grande atenção aos desafios das novas maneiras de clinicar que estão sendo desenvolvidas no seio da rede pública voltada ao atendimento de drogadependentes.

Ante todas as lacunas demonstradas pelos serviços públicos de atendimento a essa população, outro importante setor a ser abordado é aquele formado pelos familiares e amigos dos drogadependentes. É a situação de percebido abandono, perante as difíceis realidades sociais e econômicas, desencadeadas pela presença de um dependente de drogas, que motiva muitas reações de apoio a medidas arbitrárias e intolerantes por parte de familiares e amigos de usuários. Assim, vários dos trabalhos desta coletânea se dedicam ao estudo das famílias e de outras redes de apoio social que se estabelecem ao redor dos usuários, no entendimento de que são elas que ajudam a moldar os significados a se atribuir ao uso de substâncias psicoativas e fornecem o apoio e motivação para superar os problemas dos drogadependentes.

Assim, só resta dar as boas-vindas a um livro que preenche lacunas importantes na discussão realista e desapaixonada das dificuldades exibidas atualmente pelo uso de *crack* e outras substâncias psicoativas, ao mesmo tempo em que cuida de evitar os lugares-comuns geralmente empregados nas abordagens deste tema.

Edward MacRae

Professor associado III da Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais-FFCH/UFBA; Pesquisador associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas- CETAD0/UFBA.

PREFÁCIO DA 2^A EDIÇÃO

A reedição de um livro acadêmico tende a demonstrar a robustez do seu conteúdo e a sua aceitação por uma comunidade de pares. No caso do livro “***Crack: Olhares Plurais: Significados, Itinerários e Políticas Públicas***”, a ampliação do seu público tem um significado a mais, pois aponta para uma necessária divulgação de uma produção que vai na contra-corrente do que a mídia brasileira, de amplo alcance e formadora de opinião, tem tendido a veicular, de forma dominante, enquanto ideias em torno de um assunto tão complexo quanto delicado como o que envolve o tema do *crack*. Esse tema ganha, no Brasil contemporâneo, um lugar emblemático, hegemonicamente interpretado a partir de uma perspectiva moral, ancorada em valores de uma sociedade desigual e discriminatória, que reforça a marginalização de determinados grupos sociais, os grupos de jovens, majoritariamente pobres, que já sofrem em decorrência de um processo histórico de exclusão social e que, além do mais, se veem associados, de forma maciça e culpabilizadora, ao uso problemático de *crack* no nosso país. De um lado, desconhecem-se experiências de uso desta substância em outras camadas sociais, associando o produto – substância psicoativa – a um grupo exclusivo que se quer estigmatizar, reeditando um conceito tão questionado cientificamente e por movimentos sociais de “grupo de risco”. Trata-se, portanto, de um mecanismo, já descrito na clássica antropologia de Mary Douglas, de atribuição de marcas de impureza referidas a determinados grupos sociais ou, para evocar um autor mais recente, Bauman, de atribuir-lhes a sujeira da pós-modernidade.

Por outro lado, muito pouco esforço de compreensão mais aprofundado do fenômeno dos usos do *crack*, inclusive por grupos altamente penalizados e discriminados, como aqueles compostos por pessoas em situação de rua, foi engendrado nos meios de comunicação de largo alcance. Isso produz e, em grande medida, reflete, um pensamento do senso comum acrítico que reina no atual momento histórico. Nessa perspectiva, o acesso a textos que se propõem, de modo bastante concatenado e plural, a enfrentar a reflexão sobre dimensões complementares que configuram os modos de uso do *crack* nas suas múltiplas facetas é tanto oportuno quanto meritório. A escolha em transitar por aspectos que vão de instrumentos para a pesquisa científica à descrição de uma clínica mais sensível voltada para pessoas que sofrem pelo uso inadequado do *crack*, da circunscrição política e histórica à análise de como essa realidade se expressa, de fato, na vida concreta e como afeta, mas também é gerida, na micropolítica da vida cotidiana, torna esse livro pertinente para vários propósitos e amplia seu alcance. Sobretudo, contribui para a produção de um pensamento sobre um mesmo e relevante tema, agregando autores, no desafio de abordá-lo a partir do aporte teórico das ciências sociais de forma inovadora e calcado em resultados de pesquisa empírica ou de revisões criteriosas de literatura.

Os leitores e leitoras vão ter a grata surpresa de passar por uma riqueza de relatos de pessoas diretamente envolvidas na realidade dos usos do *crack*, seja como usuário direto, seja como familiar ou, ainda, profissionais, trazendo à tona a polifonia em torno destas experiências. A vivacidade das narrativas e sua diversidade de sentidos configura

uma realidade muito mais múltipla do que aquela que querem apresentar aqueles que a tornam reificada e mecânica. Têm-se aí elementos que permitem contextualizar esses usos, compreender o quanto eles são frutos das relações sociais e de problemas socialmente produzidos. A sociedade contemporânea, no seu consumismo normativamente estimulado, na fugacidade dos seus vínculos e na exclusão dos seus indesejados constitui matriz sociocultural que produz compreensão tanto para usos “perversos” quanto para usos “de sobrevivência” de substâncias psicoativas. Aliado a isso, a ausência de um Estado de proteção e de bem-estar social em uma sociedade de tanta desigualdade gera um esgarçamento do tecido social e um estado de sofrimento social, frequentemente relacionado a comportamentos que buscam alívio para o mal-estar produzido. Por essas pistas lançadas, fortalecem-se argumentos que se contrapõem aos discursos que individualizam o problema ou que estigmatizam grupos sociais. Isso sem perder de vista a dimensão subjetiva desses usos nem os aspectos que tornam esses coletivos mais socialmente vulneráveis.

Outros capítulos, menos empíricos, complementam o livro, no sentido de oferecer boas revisões de literatura sobre o tema e ferramentas conceituais úteis para abordá-lo, em suas múltiplas dimensões, inclusive para outras pesquisas. Desse modo, os temas das redes sociais, família, modelos de atenção, Estado e proteção social são alguns desses conceitos que são abordados com propriedade nesta obra, sem deixar de lado, é claro, a pungente dimensão política que atravessa esse fenômeno no Brasil atual. Esse aspecto transversaliza os capítulos, além de ser tomado em particular na

caracterização de uma visível estratégia de Contra-Reforma Psiquiátrica, articulada por alguns segmentos da sociedade brasileira na conjuntura mais recente, tomando com *álibi* o tema das drogas.

Esse conjunto de textos tece uma intertextualidade muito rica para aqueles que querem compreender o cenário atual do *crack*, mas também de outras drogas ilícitas, nos seus usos e abusos, não apenas de utilização pelos usuários, mas também nos seus usos e abusos conceituais e interpretativos por aqueles que se arvoram, de modo fácil, ou oportunista, a falar dessa realidade. A compreensão que ele nos aporta tem o potencial de gerar busca de soluções mais multifacetadas para um problema complexo, práticas de cuidado mais sensíveis e atitudes respeitadas e éticas. Por tudo isso, a sua leitura é bastante recomendada.

Mônica Nunes de Torrenté

Professora Associada II do Instituto de Saúde Coletiva, UFBA;
Cordenadora do Núcleo Interdisciplinar em Saúde Mental
(NISAM).

PARTE I

PERSPECTIVAS TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

CAPÍTULO 1

CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS AO ESTUDO SOBRE O USO DE DROGAS E O DIÁLOGO COM A PRODUÇÃO NACIONAL CONTEMPORÂNEA²

Sérgio do Nascimento Silva Trad (MJ; ISC/UFBA)

Leny Alves Bomfim Trad (ISC/UFBA)

Oriol Romaní (Rovira i Virgili/ES)

Este capítulo aborda a trajetória da produção do conhecimento sobre o fenômeno das drogas no decorrer dos séculos XX e XXI, realçando as contribuições das Ciências Sociais. No percurso analítico que se segue, pretende-se assinalar ideias e/ou paradigmas dominantes em cada momento os quais configuram distintos modelos de explicação ou entendimento do fenômeno das drogas.

No decorrer da explanação, destaca-se uma série de elementos reveladores do papel desempenhado pelas Ciências Sociais, tanto na redefinição das concepções hegemônicas como nas atuais práticas de prevenção. A última seção é reservada, especificamente, às contribuições à produção contemporânea brasileira.

2 O texto integra parte da tese de doutorado de Sérgio Trad. Leny Trad atualizou a revisão da literatura, ampliando outros aspectos da discussão. Oriol Romaní, orientador da tese, fez a revisão final do texto.

1 ASCENSÃO E CRISE DO MODELO MÉDICO DE ABORDAGEM DAS DROGAS

Desde o século XIX, substâncias psicoativas, como as bebidas alcoólicas e o ópio, que antes tinham tido um papel importante na economia dos Estados modernos (CARNEIRO, 2003), passaram a ser vistas de outra forma. Em meio à Revolução Industrial e ao processo civilizatório que estava em marcha, seu consumo foi associado a improdutividade no trabalho e a comportamentos imorais, ao mesmo tempo em que se enalteciam outras drogas, como a cocaína, o café, a heroína etc. (SCHIVELBUSCH, 1995).

Com as mudanças tecnológico-sociais que aconteciam, contudo, a Medicina começa a investigar as causas e os efeitos do uso de bebidas alcoólicas. De acordo com Alain Cerclé (2001), o médico e político Benjamin Rush foi um dos pioneiros no tema. Ele elaborou quatro princípios básicos para o entendimento da “embriaguez crônica”, que são seguidos até hoje, com algumas variações. São eles: i) o agente causal é a bebida alcoólica; ii) o ébrio não tem controle sobre o ato de beber; iii) o ébrio é uma pessoa que bebe compulsivamente, portanto, trata-se de uma enfermidade; e iv) a abstinência total é o único meio de cura.

Posteriormente, em 1850, o médico suíço Magnus Huss cunhou a expressão “alcooolismo crônico” e, como seus contemporâneos, considerou que se tratava de uma enfermidade “que independia do indivíduo”. Formaram-se, então, duas correntes de estudos sobre o alcooolismo, uma voltada para os mecanismos neurológicos e a dependência psicológica em relação ao produto e outra interessada nos impactos somáticos da substância, tais como cirrose, pleurite, dano ce-

rebral etc. A lógica destes primeiros modelos de abordagem do alcoolismo estava em sintonia com as transformações no campo da prevenção à saúde assim como com o desenvolvimento tecnológico-científico proporcionado pela Revolução Industrial e com o surgimento de novas disciplinas na formação médica, como a Psiquiatria e a Antropologia (CERCLÉ, 2001).

No campo da prevenção à saúde, a “teoria do contágio”, que considera ser necessário “prevenir a ocorrência de doenças pela interrupção da transmissão do contágio entre o hospedeiro (suscetível) e o agente causal (micróbio)”, dividia espaço com a teoria miasmática, que preconizava ações voltadas para mudanças no ambiente social mais amplo. Uma vez consolidada a proposição do “contágio”, o enfoque biomédico passou a ser a base teórico-conceitual e tecnológica da chamada Medicina Científica, principalmente por se tratar de um enfoque mais harmonioso com o desenvolvimento industrial, ao contrário do foco biossocial da miasmática (TEIXEIRA, 2001, p. 85). Na questão das drogas, de acordo com as bases do modelo “contagionista”, buscou-se impedir o contato entre o agente (a droga) e o hospedeiro (indivíduo), mediante a repressão à venda e ao uso das drogas consideradas ilegais.

No século XX, contudo, apesar da elaboração de um entendimento médico sobre o alcoolismo, em países como os EUA e a Finlândia, as lideranças civis, religiosas, políticas e científicas incorporaram um sentido moral à bebida espirituosa, ao ópio e à maconha (BASTOS *et al.*, 2003). Graças à capacidade de adaptação da classe médico-farmacêutica ao discurso moral desta parcela da sociedade, a percepção nega-

tiva destas substâncias desencadeou um processo internacional de normatização e regulamentação do uso das substâncias psicoativas, conhecido como “Era Proibicionista”.

Durante o conturbado período da década de 1920, Lewin (1970) formulou as premissas da Psicofarmacologia moderna, classificando as substâncias psicoativas em cinco tipos: eufóricas, alucinógenas (*phantásticas*), embriagantes, hipnóticas e excitantes. Já na década de 1940, Jellineck instituiu uma classificação dos tipos de bebedores de álcool considerada um marco para a moderna conceituação do problema, apesar das críticas e revisões por que passou sua tipologia (MUSUMECI, 1999). Depois de o alcoolismo ter sido desvinculado da esfera moral para se inscrever no campo das patologias, a ênfase investigativa se centrou nos aspectos fisiológicos do problema, diminuindo-se as investigações voltadas para os resultados da ingestão excessiva. Somente em 1951, a adição ao álcool foi considerada como enfermidade pela Organização Mundial de Saúde (OMS), ocorrendo, desde então, um incremento nas investigações sobre os padrões de consumo.

As conclusões precipitadas da primeira metade do século XX, constituídas com suporte em juízos de valores e na ideia de que a delinquência social era causada pelo uso de drogas, começaram a se atenuar com a constatação dos inúmeros casos de dependência química entre ex-combatentes de guerra e ídolos do mundo das artes e do esporte. Verdadeiros ícones da sociedade, entende-se, tais personagens não poderiam ser tratadas como delinquentes, surgindo, assim, outros significados atribuídos ao uso de drogas: o de pessoas enfermas com problemas existenciais que se tornavam

dependentes do uso de drogas. Em 1957, a *Narcotic Control Act* expressou, então, uma nova definição científica sobre a dependência que se aproxima das versões atuais:

Um sujeito com certas características psicológicas determinadas, que elege este modo de enfrentar as diversas razões de seus problemas, que normalmente ignora. Uma das razões está em sua incorporação em algum grupo social, onde se pratique e se valorize. (ESCOHOTADO, 1995, p. 377).

Os anos 1960 representaram um marco divisor no tema das drogas. Neste período, a OMS declarou que era insolúvel o problema da “definição técnica dos estupefacientes”, haja vista se tratar de uma questão extrafarmacológica, passando então a classificar as substâncias psicoativas em drogas lícitas e ilícitas para o uso. A abordagem normativa e repressiva do “modelo proibicionista” das drogas somente entrou em crise nas últimas décadas do século XX, à medida que crescia a importância da Psicologia Social e das Ciências Sociais na compreensão do fenômeno.

Na década de 1980, a publicação da trilogia do sociólogo Antonio Escotado, *História de las drogas*, tornou-se um marco da literatura ibero-americana sobre o tema, contribuindo para a compreensão da trajetória histórico-social do fenômeno das drogas e para a ruptura com o paradigma “proibicionista”. Discordando do discurso hegemônico, o

autor advertia para a noção de que, até o século XIX, a concepção médica sobre o uso de drogas era bastante distinta da atual. Predominava, então, a ideia grega de *pharmakon*, ou seja, as substâncias químicas tanto poderiam trazer benefícios para o corpo como levar à loucura e até à morte. Fator importante na determinação dos resultados do uso de tais substâncias era a quantidade utilizada assim como a intenção daquele que as administrava e não as substâncias em si (ESCOHOTADO, 1992, p. 20).

Por outro lado, a popularidade que adquiriu essa obra obscureceu outras publicações claramente antiproibicionistas publicadas também naquele momento, algumas das quais advogavam um tipo de intervenção radicalmente distinta ante os problemas relacionados com as drogas e, explícita ou implicitamente, eram críticas ao individualismo metodológico de tipo liberal que sustentava Escohotado (ver GONZALEZ *et al.*, 1989; DEL OLMO, 1992). Essas publicações, apesar de serem menos conhecidas, tiveram impacto decisivo entre os profissionais de drogas que então estavam se formando tanto na Espanha como, incipientemente, nos países latino-americanos.

Entre os autores mais recentes, fundamentais para a proposição de uma história das drogas mais complexa e profunda, destacam-se Richard Davenport-Hines³ e David Courtwright⁴ que desvelam o entrelaçado de significados e práticas imerso no desenvolvimento da indústria, dos Estados modernos, das novas culturas urbanas etc.

3 *Las drogas y la formación del mundo moderno. Breve historia de las sustancias adictivas*, 2003.

4 *La búsqueda del olvido. Historia global de las drogas 1500-2000*, 2002.

2 AS CONCEPÇÕES DOMINANTES NO BRASIL ATÉ A DÉCADA DE 1960

Dentre os primeiros estudos sobre o uso de drogas no Brasil estão as teses médicas da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, entre 1861 e 1889. Os estudos do estado mental dos usuários de ópio e álcool consideravam-no como próximo da loucura (GONDRA, 2004), enquanto na Faculdade de Medicina da Bahia, Raimunda Nina Rodrigues relacionava a incidência de alcoolismo na população negra a sua vulnerabilidade como raça inferior à dos brancos (FIORE, 2005). Este tipo de representação social associando a debilidade de determinado grupo ao uso de drogas, como o álcool, aos poucos foi sendo ampliada para outras drogas. Afirmações como a de Nina Rodrigues e de outros médicos da época só vieram reforçar as conclusões de Menendez e Pardo (2001), de que não é o álcool como droga o elemento estigmatizado pelas sociedades, mas determinados grupos sociais e comportamentos.

Com a adoção do modelo assistencialista, pelo Estado brasileiro, o paradigma moral, que relaciona a perda de controle do uso e a intoxicação aguda a debilidades no caráter e falta de controle, foi substituído pelo modelo médico. Concomitante a esta mudança, a Psiquiatria delimitava seu campo de atuação munida de conceitos como civilização, raça, alcoolismo, delinquência e criminalidade (MITSUKO, 1998). Na prática, identificavam o “desvio” psíquico por meio da observação dos hábitos e comportamentos da população pobre em contraste com o mundo urbano-industrial (ENGEL, 1999).

A participação da Medicina e da Psiquiatria foi decisiva na constituição do problema das drogas no Brasil, seja

do ponto de vista jurídico seja influenciando no debate público, ainda que não o fosse de maneira unânime (FIORE, 2005). Para Adiala (2006, p. 8), ainda que houvesse uma preocupação dos setores sanitários com o consumo de bebidas alcoólicas e os inúmeros internamentos de usuários nos manicômios, as bases da prevenção às drogas tiveram origem no discurso moralista da Medicina Social.

Os trabalhos pioneiros dos médicos nordestinos Rodrigues Dória (1986; 1915) e Francisco Iglesias (1986; 1918) sobre a maconha representam bem este momento do pensamento médico brasileiro sobre as drogas e a população pobre negra e mestiça. Expondo suas preocupações com o consumo da maconha pela população rural negra, associavam seu efeito e o comportamento dos usuários à loucura e à criminalidade, considerando que a proibição era a forma única de evitar que o “vício” chegasse aos meios urbanos.

Dória apoiava a ideia de que a toxicidade da planta induzia o usuário a comportamentos degenerativos e aberrações sociais e à insanidade mental, principalmente entre a população negra. Já Iglesias (1986, p. 45), que havia presenciado uma reunião de “diambistas” em um povoado rural de Sergipe, descreveu o usuário habitual de maconha como um indivíduo “que mesmo depois da embriaguez, tem aspectos e modos de idiota; é um homem à margem”.

A ação ideológica dos médicos brasileiros, nas décadas de 1920 e 1930, os quais apontavam para uma semelhança nas propriedades farmacológicas entre a maconha e o ópio, também contribuiu para a proibição. Pesquisadores chegavam a afirmar que a toxicomania era uma das causas da loucura e do aumento da criminalidade entre os brasi-

leiros (ADIALA, 1986). Para eles, os homens comuns, sob os efeitos destas substâncias, se tornavam agressivos, violentos, delinquentes, além de exibirem uma sensualidade desenfreada, o que exigia medidas profiláticas que contivessem o consumo, restringindo seu uso e das demais substâncias “venenosas”.

Durante a Era Vargas, a maconha foi proibida, com o Brasil incorporando, categoricamente, as medidas proibitivas internacionais e repetindo o mesmo discurso: “o toxicômano vive em um mundo da fantasia, esquecendo a realidade, como escravo à procura da droga, sendo capaz de crimes que possa satisfazer sua fome de veneno” (VARGAS; NUNES, 1993, p. 73). Além de reforçar a faceta demoníaca das drogas, as representações vigentes ajudavam a estigmatizar os usuários de determinadas substâncias. No limite, as imagens formadas em torno das substâncias e dos respectivos grupos de consumidores forneciam o combustível para o acirramento das políticas repressivas e da criminalização – um processo que corresponde plenamente àquele descrito pelo antropólogo Oriol Romani:

La inclusión en el ámbito penal de muy distintas actividades (de tipo médico, lúdico, religioso, etc.) relacionadas con lo que a partir de esta situación se definirá como ‘droga’ supone la estigmatización de muchas de estas actividades, así como la creación de una categoría, la del ‘adicto’ en su versión anglosajona, o del ‘drogadicto’, en la europea, que será encarnada por un hombre urbano, joven, de aspecto tenebroso, en fin, un personaje digno de toda

sospecha. Se trata de la creación de una imagen cultural que forma parte del proceso de criminalización de algunas drogas, imagen que, en distintas situaciones históricas concretas de, sobre todo, el último tercio del siglo XX, ha contribuido a aquella ampliación del consenso alrededor del poder a la que nos hemos referido antes (2003, p. 434).

Se, antes da década de 1960, o consumo de maconha e de cocaína era associado à prostituição, à criminalidade e à loucura, com a ditadura militar, as drogas foram associadas à juventude, incorporando novos significados ao imaginário social, como a delinquência juvenil e a alienação político-social (DEL OLMO, 1990). Ao mesmo tempo, surgiram milhares de simpatizantes das drogas ilegais, conferindo novos significados a estas substâncias, como o enaltecimento do prazer, instituindo, assim, uma nova era no campo das drogas (SCHIVELBUSCH, 1995).

Nesse momento, é interessante notar que, apesar do modelo proibicionista de prevenção conceder mais ênfase à substância e menos aos sujeitos e contextos, as evidências apontam que as restrições ao consumo refletiam a intolerância perante as diferenças socioculturais. Constata-se, sobretudo, que, graças à capacidade de adaptação do modelo médico ao modelo jurídico, o proibicionismo foi legitimado sob a égide do paradigma médico-moral. Mesmo entre aqueles que procuravam desmistificar os efeitos atribuídos à maconha, como o incitamento à violência e à loucura, persistiu a defesa à proibição do seu consumo e de outras drogas.

3 MODELOS TEÓRICOS PARA ABORDAGEM DAS DROGAS

Na década de 1970, inicia-se a produção de modelos teóricos mais refinados para a compreensão do fenômeno das drogas, seja no que diz respeito ao consumo, seja no controle e regulação do seu uso. A concepção de Nowlis (1977, p. 15), que identifica quatro tipos ideais atuando na prevenção às drogas – os modelos jurídico-moral, o médico ou da saúde pública, o psicossocial e o sociocultural – pode ser considerada uma das mais difundidas e referidas por outros autores. Apesar das suas diferenças, os modelos possuem como referência a mesma tríade: a pessoa, a substância e o contexto. Diferem, entretanto, no que concerne à ênfase e aos significados atribuídos a cada um destes elementos.

O *modelo jurídico-moral* valoriza as drogas em si, classificando-as em inofensivas ou perigosas. Neste, as drogas são agentes ativos e o público é a vítima. Existe uma dicotomia na classificação das pessoas – utilizadora e não utilizadora – assim como na classificação geral, baseada nos conceitos de legalidade e ilegalidade, de finalidade medicinal ou não medicinal. Seu principal objetivo consiste em situar certas substâncias fora do alcance do público, protegendo e vigiando as pessoas por meio de medidas legais que controlem o acesso à droga.

O *modelo médico* ou *da saúde pública* considera, simultaneamente, as drogas, a pessoa e o contexto. Adota-se, aqui, o modelo epidemiológico de saúde (em uma transposição do esquema de doença contagiosa): a droga é o agente; o indivíduo que a consome é o hospedeiro; e o meio ambiente, o contexto. Neste modelo, a droga tem o papel mais importan-

te entre os três elementos, sendo definida como geradora de dependência. O objetivo central, nesta perspectiva, é tratar o uso de maneira preventiva, visando a diminuir a aceitação social da droga. Sugere-se, para tanto, o aumento do preço das substâncias geradoras de dependência como estratégia de controle de seu uso.

O *modelo psicossocial* valoriza o consumidor, ponto central das ações de intervenção, considerando a droga e a pessoa como fatores complexos e dinâmicos. Nesta perspectiva, a utilização de drogas consiste em um comportamento que só persistirá enquanto desempenhar uma função para a pessoa. Objetiva, ainda, estabelecer distinções entre as diferentes quantidades, frequências e modalidades de utilização da substância, dentre as demais funções desempenhadas pelo uso da droga assim como determinar os efeitos produzidos por diferentes modos de utilização em pessoas diferentes.

O *modelo sociocultural* enfatiza o contexto, considerando que as substâncias conferem significação e importância, a depender do modo como uma dada sociedade define o seu uso e os seus utilizadores e a eles reage. O uso de drogas é visto como um comportamento que se desvia do normal e que deve ser encarado e tratado como qualquer outro desviante ou destrutivo e, ainda, que este comportamento varia de uma cultura a outra, de uma subcultura a outra. Seu objetivo central é estabelecer distinções entre a proveniência dos comportamentos que podem ser oriundos da própria pessoa ou da reação da sociedade diante dele.

Sandra Cristina Pillon, Margarita Antonia Luis e Ronaldo Laranjeira (2003, p. 7) identificam os modelos de prevenção e tratamento de forma semelhante a Nowlis. Uma

das diferenças é que a modalidade jurídico-moral se desdobra em *ética-legal* e, também, *moral*. Para os autores, no Brasil, predomina o modelo médico de prevenção, “centralizado nas formulações da psiquiatria, havendo possibilidade de abertura para o contexto da saúde pública (saúde da família e redução de danos, trabalhos comunitários)”. Chamam a atenção, ainda, para a experiência em outros países com os novos modelos assistenciais disponíveis os quais têm como objetivo promover iniciativas no âmbito específico das comunidades.

No entendimento de Escohotado (1992, p. 20), o modelo que predomina na prevenção é o jurídico-médico, chamado também de proibicionista, com normas jurídicas proibitivas e punitivas quanto ao uso de determinadas substâncias psicoativas. Tal modelo foi elaborado inicialmente no campo moral e, só posteriormente, assumido pelas autoridades médicas e farmacêuticas – ainda que resultasse em contradições ante as concepções médicas do século XIX. O abandono de termos utilizados até então, como *pharmakon*, resultou em designações tecnicamente mais imprecisas, como as palavras “narcótico” e “entorpecente”, que antes se referiam aos sedativos e calmantes como os opiáceos. Com a visão proibicionista, a designação passou a servir para todas as substâncias psicoativas que fossem proibidas, valendo também a associação dessas drogas ao crime e às atitudes antissociais.

A compreensão do fenômeno por parte de Juan Gamella, com destaque para seus conceitos de *ciclos* e *mareas*, reforça os postulados de Escohotado, há pouco referidos. Na perspectiva do autor, os problemas associados ao uso de

drogas tendem a ser estabelecidos em forma de “ondas” ou ciclos, com claras ascensões e declínios, às vezes tão marcados que ensejam situações novas e até imprevistas. Para ele, este fato elementar chama pouco a atenção dos especialistas “*que no analizan estos procesos recurrentes más allá del enraizado uso de metáforas epidemiológicas*” (2001, p. 10). Na proposição de Gamella (2002), os regimes contemporâneos de controle das drogas são oriundos da reação, no século XIX, às crises dos ciclos do álcool e do ópio, em que drogas consumidas pelo estado de prazer que proporcionavam representaram também o oposto à ideia de trabalho, em pleno auge da Revolução Industrial. Por esta razão, diversos grupos que buscavam uma homogeneidade moral e cultural impossível de se alcançar no Ocidente se posicionavam contra o consumo destas drogas. Os benefícios e funções das bebidas alcoólicas, por exemplo, começaram então a ser questionados, entendendo-se que o álcool corrompia a moral, que era uma bebida perversa. Já o ciclo do ópio, na China, culminou com uma grande crise de consumo ensejada pelo interesse econômico de grandes potências, que popularizou e estimulou o consumo de ópio, alterando os tradicionais padrões e controle de uso.

A repercussão negativa do cenário da China no imaginário coletivo de outros países pode ser percebida no caso da ocupação das ilhas Filipinas pelos EUA e a consequente proibição do ópio. Após o caso das Filipinas, líderes religiosos, como os bispos Homer Stuntz e Charles Brent, e outras lideranças civis iniciaram uma cruzada contra o ópio que resultou na proibição internacional de seus derivados e de drogas como a maconha e a cocaína (GAMELLA, 1992).

Durante décadas, os alarmes em relação ao ópio, à cocaína e à maconha fizeram com que o consumo permanecesse restrito aos setores “desviados” e excluídos, com a transgressão justificando o sistema repressivo e punitivo aplicado a estas substâncias psicoativas (GAMELLA, 2003). Porém, com os insurgentes da contracultura, com os jovens de classe média questionando o sistema político e socioeconômico ocidental e ainda consumindo drogas proibidas, o panorama mudou.

As políticas públicas de drogas endureceram, também em ondas, como aconteceu com a “guerra às drogas” desencadeada na década de 1980. Ao mesmo tempo, ampliavam-se as críticas da contracultura ao caráter ideológico da perseguição seletiva de certas substâncias químicas e à hipocrisia, ante tantas outras que eram legais, como o tabaco, o álcool e os psicofármacos. As elites intelectuais europeias e ianques passaram, então, a perceber o uso das drogas ilegais como um fato social, apostando na redução dos danos derivados do uso, reconhecendo a existência de estilos de vida associados ao status de se consumir “coisas” proibidas e as consequências para o usuário.

Nos países democráticos modernos, passou a existir, então, uma nova forma de interação do Estado com as pessoas, inclusive nas ações de controle sobre as drogas. Se, por um lado, existia uma percepção de que os cidadãos são mais livres e autônomos, de outra parte, acontecia um controle crescente limitante das opções ou liberdades individuais; esta é uma das condições. Trata-se de uma necessidade do Estado moderno, que requer dos cidadãos maior homogeneidade e mais coordenação de suas ações, mediante a

coerção ou “disciplinas” mais profundas, até inconscientes, e nem sempre fáceis de identificar nos agentes ou instituições únicas (GAMELLA, 2001). Em realidade, as políticas de drogas se entende melhor, se consideramos que constituem parte da forma de governo na Modernidade, que Foucault (2007) analisou sob o conceito de biopolítica.

Thomas Szasz (1992), pensando na intervenção estatal no campo das drogas, adverte para o fato de que se ampliam cada vez mais as responsabilidades do Estado moderno as quais redefinem a visão liberal dos direitos individuais. Pode-se dizer que o controle sobre as drogas se tornou mais complexo, apesar de ainda incluir, entre suas estratégias, a proibição e penalizações como a morte. Diferente do início do século passado, outros mecanismos e agentes estão envolvidos, como os profissionais médicos que “tratam” o problema do “abuso” ou da dependência assim como os policiais e os juízes especializados. Para o autor, um maior controle social, mais exaustivo e profundo, contribui, também, para apresentar novas formas de problematização do uso de drogas, tornando mais difícil delimitar os elementos de regulação da conduta. Lei, norma moral, paradigma internalizado se fundem, se complementam e se contradizem com uma grande heterogeneidade de ofertas e tentações.

A ideia de prevenção proposta por Castel e Coppel (1991) procura evitar a dicotomia em que se enredaram as políticas de Estado pautadas na desordem do sujeito *versus* a ordem da lei e leva em conta os controles formais em diferentes níveis, modos e instâncias de regulação. As modalidades deveriam ser mobilizadas por políticas de drogas que buscassem maior eficácia, com destaque para os controles

societários e os autocontroles que, até o final do século retrasado, se mostraram capazes de regular adequadamente as práticas com drogas sem grande auxílio de leis específicas. Ao analisarem os meios de controle das drogas, os autores distinguem três modalidades que atuam nas sociedades: os *heterocontroles* – instituições que possuem dupla função: a defesa social ou da saúde pública e a proteção do indivíduo *toxicômano*, considerado como incapaz de administrar o consumo e necessitando de ajuda; os *controles societários* – as ações informais de regulação exercidas na interlocução dos diversos agentes sociais e o usuário de drogas, legais e ilegais, na escola, em casa, no trabalho, na rua, pela televisão; e o *autocontrole* – que se refere à conduta do usuário exercida na regulação do uso e na manutenção de uma “boa relação” entre o indivíduo-usuário e a sociedade em que vive.

Nesta concepção, o Estado se configura como um heterocontrole, que atende aos interesses políticos e desconsidera a multidimensionalidade da toxicomania, limitando as abordagens à delinquência e/ou à patologia. Desta forma, ao atuar no enfrentamento de uma ameaça percebida como sendo um “flagelo social”, via de regra, este se sobrepõe às regulamentações espontâneas e tradicionais dos controles societários. Aprofundando mais o entendimento sobre o papel do Estado na questão das drogas, Joan Colom (2001) distingue duas formas de atuação pública sobre o consumo. Uma, mais antiga, funcionando em suporte ao *modelo clássico* baseado no Direito e na Moral. Nesta forma, há uma abordagem liberal das drogas em que o Estado valoriza o caráter e a prudência da pessoa e não a legislação como responsável pelo uso racional e aceitável de drogas. Já a outra forma de

abordagem ocorre por meio do *modelo intervencionista*, que resulta da fusão do discurso moral do século XIX com o discurso médico do início do século XX. Posteriormente, este modelo adquiriu a forma de prevenção da saúde pública.

Podemos dizer que o declínio ou a “metamorfose” do modelo clássico, que envolvia as três modalidades de prevenção propostas por este último, decorre da ascensão, nos EUA, de uma visão proibitiva das drogas pautada no binômio delinquência–enfermidade. Nesta discussão, é importante considerar a ascensão das teorias antiliberais, no início do século passado, que permitiram ao Estado se tornar cada vez mais intervencionista, em todos os âmbitos (COMELLES, 1985), incluindo o da saúde e das drogas.

Para Colom (2001), uma das diferenças fundamentais que separa o modelo clássico do intervencionista é de natureza ética. Enquanto, no modelo clássico, a lei considera as pessoas como adultos responsáveis pelo uso de suas drogas e pelos danos causados a terceiros, no perfil intervencionista, as drogas são consideradas como perigosas, devendo ser proibidas e seu uso erradicado da sociedade. Esta posição jurídica do Estado, paternalista em seu momento de criação, proíbe o uso de drogas por considerar legítimo proteger a liberdade da pessoa, os direitos de terceiros e o bem-estar de todos, opondo-se, com efeito, ao modelo clássico que privilegia a liberdade e o controle moral e que, portanto, se encontra mais próximo dos valores democráticos, como destacava Wright Mills (SCHIVELBUSCH, 1995).

Dentre as concepções contemporâneas, merecem relevo as proposições do antropólogo catalão Oriol Romanií cujas contribuições significativas ao estudo das drogas se

reflete em sua destacada presença entre as referências bibliográficas da produção socioantropológica brasileira. Romaní (2004) assinala que os modelos de percepção e gestão das drogas decorrem, sobretudo, de três modelos – penal, médico e sociocultural. Os dois primeiros são os que realmente orientam e definem o “problema da droga”, sendo determinantes para os tratados internacionais, leis, normas e a organização do controle das drogas. Desta forma, nos momentos de elaboração das ações de intervenção, prevalece a visão de delinquência e enfermidade.

Constituindo uma perspectiva privilegiada na análise do consumo de drogas, Romaní aborda o problema como um “fenômeno social total”⁵. Sua concepção extrapola os limites da tríade original de Nowlis, propondo que o fenômeno seja observado com origem em três âmbitos da espécie humana: da variedade genética, privilegiando sua complexidade biológica, fisiológica e bioquímica; da variedade psíquica de cada pessoa, produto de uma experiência única e irrepetível; e da variedade de sociedades e culturas que se criou como elemento indispensável à sua sobrevivência. Os três níveis estão inter-relacionados. O problema está na importância conferida a cada um deles. Na abordagem sociocultural proposta, a essência humana está no campo social e em seus conflitos, no elemento psíquico e, finalmente, no biológico. Ao definir a problemática das drogas como um “fenômeno social total”, reconhece-se os componentes básicos que lhe conferem uma coerência geral e significados determinados.

Reportando ao cenário atual, deve-se considerar a existência de agentes sociais, atores diferentes envolvidos

5 Para maior aprofundamento deste conceito, ver a obra de Marcel Mauss.

ou mobilizados com a questão das drogas. Inserem-se, aqui, indústrias relacionadas às drogas legais e ilegais, profissões ligadas à cultura das drogas (burocratas, administradores de organismos de controles, policiais, advogados e juízes, sanitaristas, investigadores), os meios de comunicação, os segmentos da sociedade que encontram na venda informal a alternativa de sobrevivência.

Nesta perspectiva, os significados ou imagens sociais produzidos em torno das drogas podem variar em função das diferentes posições referidas há pouco bem como dos modos de uso e das finalidades presentes em cada momento. Se observarmos como o conjunto de drogas se insere em distintos contextos sociais, encontraremos sentidos associados ao corpo, ao trabalho, às festas, ao prestígio social, à identificação com determinado grupo etc. (ROMANÍ, 2004).

No polo mais negativo e estigmatizante, o uso de drogas pode significar a marginalização de determinada pessoa ou grupo social e, principalmente nestas situações, contribuir para mobilizar grupos de pressão contrários ao seu uso. Como destaca o autor, o fenômeno das drogas, em particular as visões em torno dos significados e consequências de seu uso, pode facilmente ser alvo de manipulações político-ideológicas.

Ao mencionar a relação entre drogas e processos da marginalização ou estigmatização, é imperativo assinalar as contribuições de Howard Becker (2009) que, com base na sua teoria do desvio social, abriu uma via na abordagem do uso de drogas no âmbito da sociedade contemporânea. Em *Outsiders*, de 1993, o autor reuniu uma série de trabalhos realizados ou publicados na década de 1950 abordando o

tema do desvio social, incluindo uma etnografia sobre o uso de maconha entre músicos de *jazz*.

Uma contribuição importante de *Outsiders* reside no reconhecimento de que a oposição entre o comportamento aceitável socialmente e a rotulação do que é desviante resulta de um campo em disputa de poder. As relações de poder, diferenciadas e analisadas com origem na distinção entre grupos sociais dominantes e grupos dominados, estabelecem, assim, verdadeiras “subculturas” no âmbito da sociedade moderna. Becker (2009) enfatizou que os contextos sociais, políticos e culturais desempenham importante papel nos padrões de uso das drogas assim como na determinação de muitas das suas consequências.

Em outro trabalho – *Uma teoria da ação coletiva* – em que aborda outra vez o tema das drogas, Howard Becker procura afirmar a importância da tríade indivíduo–contexto–substância para o entendimento do fenômeno das drogas em detrimento do modelo hegemônico da biomedicina:

Evidências experimentais, antropológicas e sociológicas convenceram grande parte dos observadores de que os efeitos de uma droga variam muito, dependendo de variações na fisiologia e psicologia das pessoas que as tomam, do estado em que a pessoa se encontra quando ingere a droga e da situação na qual ocorre a ingestão da droga. Podemos entender melhor o contexto social das experiências com drogas mostrando como seu caráter depende da quantidade

e tipo de conhecimento a que a pessoa que toma a droga tem acesso. Desde que a distribuição do conhecimento é uma função da organização social dos grupos nos quais as drogas são usadas, as experiências com drogas variam de acordo com as variações na organização social. (BECKER, 1977, p. 181).

Becker reafirma, nesse trabalho, a importância do autocontrole e dos controles sociais para o agravamento ou não da saúde dos usuários de drogas, questionando, assim, o conceito vigente de drogadependência. Ele analisa como o conhecimento sobre as substâncias entre os usuários pode influenciar os rituais de uso e reitera a importância da análise do cenário em que as drogas são consumidas como elemento imprescindível para compreender os fatores que interferem na decisão de consumir, os seus efeitos específicos etc. É o papel que assumem as relações de poder e os conflitos envolvendo o uso de drogas – elementos que repercutem sobre os controles sociais informais e formais associados a este comportamento, seus efeitos e consequências.

O conceito de drogadependência e a alusão aos controles informais, dois temas referidos por Becker, são recuperados nos trabalhos de Romaní (2007). Com relação ao primeiro, o autor pondera que foi de suma importância, para o campo das drogas, a emergência, na década de 1970, de novas hipóteses sobre fármaco-dependência, baseadas na interrelação droga–sujeito–contexto, a exemplo de Kramer

e Cameron⁶. O objeto droga deixa, então, de ser visto pela perspectiva do modelo penal ou do padrão médico, prevalecendo as relações entre substâncias, sujeitos e contextos. Romaní, contudo, encontra algumas limitações na incorporação desta visão que se referem ao peso relativo atribuído a cada um destes elementos e reforça a ideia de primazia do contexto sociocultural sobre os demais elementos, pois é com origem nele que são constituídos determinados tipos de sujeitos sociais e de substâncias/drogas. Nesta linha, argumenta que,

[...] *cuando hablamos de drogodependencia no hablamos sólo, o principalmente, de los efectos farmacológicos de una – o varias– sustancias sobre un individuo, sino de un conjunto más o menos articulado (constructo sociocultural) de procesos de identificación, de construcción del yo, de estrategias de interacción y de negociación del rol, etc. Es decir, de todo un entramado dinámico que, junto con muchos otros elementos relacionales, psicológicos y culturales, contribuye a la construcción del sujeto, y le va orientando en su existencia, aunque en estos casos sea a través de conflictos básicos de su vida* (ROMANÍ, 2007, p. 20).

Quanto aos controles informais (ROMANÍ, 2004), salienta-se os papéis desempenhados pela pessoa e o seu entorno como agentes ativos na produção das ações para re-

6 KRAMER, J. F.; CAMERON, D.C. *Manual sobre la dependencia de las drogas*. Ginebra: OMS, 1975.

solução/superação de danos, padecimentos e enfermidades. Mesmo nas sociedades contemporâneas mais complexas e globalizadas, onde a presença do médico é ampla, a autoatenção aparece à frente nas estatísticas sobre atenção imediata entre os microgrupos (LEVIN, 1983). Já aqueles reconhecidos como especialistas na esfera da atenção em saúde são agrupados em instituições vinculadas à intervenção sobre a saúde e aportam soluções desde fora para o mundo do sujeito enfermo. Este tipo de assistência, executada dentro de uma lógica e perspectiva profissional, se dá mediante um conjunto de técnicas, rituais aplicados e complexos processos de mobilização os quais refletem determinada visão de mundo e seus correspondentes sistemas normativos, facilitando ao especialista atuar, ao mesmo tempo, como controle social.

Cabe avançar na proposição de um marco conceitual alternativo de prevenção para categorias tradicionais, como prevenção primária, secundária e terciária: *um marco conceitual mais complexo no qual se destacam quatro elementos básicos: o controle, a influência, o desenho ambiental e o desenvolvimento de competências* (ROMANÍ, 2008, p. 304). Neste caso, o ponto de partida é a cultura e o conhecimento dos mundos locais de significados, devendo-se trabalhar com a microcultura do grupo por meio de um modelo participativo, o que implica ver as possíveis vias de prevenção com base nos seus interesses. Pode-se aplicar, em distintos momentos em que se encontra a população em relação ao consumo de drogas, implicando certa capacidade de controle nos usos e na distribuição de drogas – controle da capacidade de influência e desenvolvimento de competências, mecanismos informais de controle ligados à cultura do grupo –, capacidade destes

grupos de assumirem certo nível de autocontrole, alguma normatividade do grupo sobre o indivíduo e sua relação com os consumos (de drogas e de outras coisas).

4 CONTRIBUIÇÕES DAS CIÊNCIAS SOCIAIS NO BRASIL: AUTORES E OBRAS EMBLEMÁTICAS E PRODUÇÕES RECENTES

A produção científica brasileira acerca das substâncias psicoativas legais e ilegais aponta um desenvolvimento mais significativo desde a década de 1980. Apesar do incremento notável de estudos ancorados na perspectiva sociocultural, que serão comentados em seguida, as pesquisas epidemiológicas e de cunho positivista ainda ocupam posição dominante na produção sobre o tema. Em rápida consulta na base de dados *Scielo.br* (06/2013), utilizando o descritor *drogas* (sem restrição de período), foi identificado um total de 295 artigos. Destes, cerca de 10% são de produção de outros países da América Latina; mais de 90% foram produzidos da década de 1990 em diante e cerca de 80% são de base epidemiológica. Convém mencionar que a produção dos cientistas sociais atuantes no campo das drogas no Brasil é publicada em livros, notadamente, em coletâneas.

Os estudos epidemiológicos ou inquéritos concentram sua atenção nas modalidades de drogas consumidas ou em prevalência do uso, perfil de consumidor, fatores de risco e proteção e efeitos das substâncias sobre o organismo ou comportamento. É interessante notar que, gradativamente, os estudos epidemiológicos assimilam, ainda que parcialmente, abordagens e perspectivas socioculturais de

compreensão do fenômeno das drogas. Isto é notório no que concerne à discussão acerca dos *determinantes* do uso ou consumo de drogas, abusivo ou não, sendo valorizada a associação entre fatores psicossociais, culturais e farmacológicos.

Detendo-se no foco de interesse desta seção, o primeiro aspecto a destacar diz respeito às repercussões da tese de Gilberto Velho (1998, p. 57), defendida no início da década de 1970⁷, para o campo dos estudos sobre drogas no Brasil. O uso de drogas é destacado, na sua obra, como “um fenômeno que é estrutural a todas as configurações etnográficas ou históricas”. Os conceitos de subcultura e contracultura de Velho lançam luz sobre a construção social em torno do fenômeno das drogas, em particular, da imagem produzida acerca dos consumidores. Seu trabalho recorre à noção de desvio de Becker (já referida) para desvelar uma sociedade que tende “a traçar limites rígidos entre o normal e o anormal, o ajustado e o desviante, o típico e o atípico”, um processo no qual certos comportamentos são classificados e cristalizados com procedência em fronteiras absolutas. Nestes termos, as definições de *inadaptado* ou de *desviante*, acionadas frequentemente para referir os consumidores de drogas, se filiam a uma visão estática e pouco complexa da vida sociocultural. Posteriormente, Velho (1981) identifica, por trás da acusação de “drogado”, o intento de gerações mais velhas de exercerem controle social sobre as mais novas.

Paulatinamente, foram surgindo outros trabalhos, asserindo o caráter histórico-social do fenômeno das drogas. Merece destaque a publicação de algumas coletâneas, a partir do final dos anos 1980, reunindo ensaios e pesquisas empí-

⁷ Gilberto Velho é, por excelência, o antropólogo urbano brasileiro de maior notoriedade. A tese só foi publicada em 1987. A edição referida é a de 1998.

ricas de médicos, antropólogos e sociólogos que se tornaram referência no campo das drogas. Encabeçando a lista, figura a publicação *Diamba Sarabamba* (1986), organizada pelo antropólogo paulista Anthony Henman e o filósofo Osvaldo Pessoa Jr. A obra se divide em duas partes: a primeira destaca o discurso médico e procura estabelecer as bases históricas do processo de criminalização da maconha no Brasil; a segunda parte encerra os “argumentos libertários” em prol da descriminalização do uso desta substância no Brasil apoiados em considerações sociais, jurídicas e culturais.

Dois trabalhos merecem destaque especial nessa coletânea. O primeiro é uma etnografia do próprio Henman na qual ele descreve e analisa o uso da maconha entre os índios teneteharas do Maranhão. Seu relato procura mostrar que o consumo da maconha neste grupo resulta de processos de socialização implícitos nas práticas cotidianas desta comunidade indígena. Henman constata que os problemas associados ao uso da maconha no meio rural maranhense são, principalmente, de ordem legal que incluem além de prisões, situações de tortura. Seus dados revelam que a produção de uma ótica do uso problemático de drogas entre os índios maranhenses, incluindo uma suposta associação com o tráfico de maconha, está intrinsecamente associada a uma complexa situação de fricção interétnica. Cabe destacar o fato de que a relação histórica entre drogas e racismo no Brasil é apontada, também, nos estudos de Adiala (1986) que revelam como o costume de fumar entre os negros assumia uma conotação pejorativa entre a elite brasileira, justificando ações repressivas e abusivas.

Henman ressalta, em seu texto, que o uso “não pro-

blemático” da maconha observado entre os índios teneteharas não deve ser encarado como um caso singular. O autor enfatiza que os processos de ritualização no consumo da maconha se acham presentes em todas as camadas e classes sociais do Brasil.

O segundo trabalho a ser destacado da coletânea referida é o do antropólogo Luis Mott. Seu texto procede à reconstituição histórica da introdução e uso continuado da maconha no Brasil, lançando mão de arquivos históricos e de vasta bibliografia. Uma importante contribuição do seu trabalho consiste na desmistificação do uso da *cannabis* entre os grupos afro-brasileiros.

Referindo-se a pesquisas de cunho histórico no campo das drogas, não se pode deixar de mencionar aqui as contribuições da obra de Henrique Carneiro para a elucidação da trajetória histórico-cultural das drogas no Brasil. Destacamos, mais recentemente, a coletânea organizada por ele e Venâncio (2005) intitulada *Álcool e drogas na História do Brasil*.

O tema da descriminalização das drogas, focalizando, mais uma vez, o modelo de prevenção baseado no paradigma da redução de danos, é retomado na obra organizada por Alba Zaluar, *Drogas e cidadania: repressão ou redução de riscos* (1999). A coletânea reúne trabalhos da própria Zaluar, de Gilberto Velho, Antony Henman, Edward MacRae, entre outros. Na introdução da coletânea, Zaluar denuncia os efeitos nefastos da fragmentação institucional, da centralização decisória e da burocratização dos serviços públicos brasileiros como fatores que contribuem para o desrespeito às garantias constitucionais que deveriam limitar a ação

policial no país. São inventariados, entre os exemplos deste desrespeito, os casos de “revistas humilhantes, provas plantadas, processos pelo porte de droga com a caracterização de crime de tráfico” que podem resultar em prisões injustas ou em extorsões ilegais.

No capítulo de sua autoria, Zaluar expressa alguns achados de uma pesquisa realizada em um bairro popular do Rio de Janeiro, por meio de depoimentos recolhidos entre indivíduos que, de algum modo, conviveram com “bocas de fumo”. Privilegiando a visão sobre as relações entre os usuários e os policiais, o estudo identifica uma atuação indiscriminada da polícia no que se refere a usuários e traficantes. Constatou-se que a quantidade de droga apreendida não era um critério a guiar a ação policial. Esta era movida muito mais pela finalidade de “mostrar eficiência no trabalho”. A autora chama a atenção para o fato de que a indefinição que pairava em torno das denominações *porte, uso e tráfico* contribuía para ampliar o poder potencial da polícia no Brasil.

Ainda nessa obra, o artigo de Gilberto Velho traz algumas ponderações importantes para entender o contexto mais contemporâneo do problema das drogas no Brasil e além de suas fronteiras. Por um lado, ele volta a assegurar os limites dos modelos explicativos baseados em premissas fisiológicas e psicológicas, conduzindo quase sempre a um processo de rotulações e estigmatizações, mas, por outro lado, enfatiza que seria uma ingenuidade ignorar que o fenômeno das drogas se insere em um sistema complexo de interesses políticos e econômicos filiados a redes de naturezas distintas de âmbito nacional e internacional. Questiona, assim, a visão que reconhece o uso rotineiro ou eventual de

drogas como parte de um dado repertório cultural, sem que sejam consideradas as implicações de natureza econômica e política deste comportamento. Nos termos de Velho, ao se tratar de droga, lida-se com “um fenômeno cultural que apresenta a sua inevitável dimensão de poder” (VELHO, 1999, p. 27).

Seguindo trilha semelhante à de Velho, o texto de Antônio Luiz Paixão (1999, p. 144) situa as drogas como problema, ao mesmo tempo, social e político, trazendo à tona alguns dilemas ou fragilidades conceituais que permeiam seu enfrentamento seja no campo da pesquisa social ou das políticas públicas. Para o autor, o grande desafio para a Sociologia humana, ao abordar o tema das drogas, consiste em lograr “a articulação analítica dos elementos instrumentais (preço, poder e riscos) e simbólicos (rebeldia, anomia e normalidade) envolvida na simultaneidade de repressão legal, da mortandade de jovens e da *network* do poder dos traficantes”.

Cabe destacar, ainda, o capítulo do antropólogo Edward MacRae (1999), referência na abordagem sociocultural das drogas no Brasil, que descreve a batalha pela legalização no interior do Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) do uso da *ayahuasca*, substância de utilização milenar entre populações indígenas e, recentemente, entre populações urbanas brasileiras. Seu trabalho evidencia o emprego ritualístico e socialmente controlado da *ayahuasca* que reúne membros de comunidades religiosas identificadas com o santo daime.

MacRae, em parceria com Simões (2000), desenvolveu uma etnografia que descreve as “rodas de fumo”

(maconha) entre jovens urbanos brasileiros (considerados socialmente integrados). Coincidindo com os achados de Norman Zinberg (1984), nos EUA, o estudo verificou, no curso da carreira dos fumantes brasileiros observados, o estabelecimento de um crescente autocontrole sobre os efeitos e sensações proporcionados pela substância, chegando a uma plena integração à vida cotidiana.

Por outro lado, no momento presente desta carreira, a roda de fumo deixa de ser um importante ritual de controle para ser substituída por sanções internalizadas, passando a ser comum o uso solitário. Neste sentido, o trabalho apontava para uma tendência, no Brasil, à internalização das “sanções sociais”, tornando mais raros os “rituais sociais”.

As complexas relações entre drogas e violência são abordadas no trabalho de Maria Cecília Minayo e Suely Deslandes (1998, p. 40). Valendo-se de estudos com base empírica e dos discursos correntes, o ensaio analisa os problemas conceituais e metodológicos relacionados ao estabelecimento de nexos causais, riscos e associações entre drogas e violência. As autoras sublinham as dificuldades teóricas e práticas inerentes a este esforço de delimitação, o que reforça a necessidade de se investir no debate no campo da saúde pública e das políticas sociais. Destacam, ainda, alguns desafios para o setor da saúde pública na abordagem do fenômeno, como “pensar e repensar social e politicamente” por que a droga é um assunto criminoso e a sua relação com o incremento da violência social. Outro desafio é a concepção de um “quadro referencial para a reflexão e para a ação que incluísse ao mesmo tempo o indivíduo, o social e o ecológico”.

As dimensões socioestruturais e afetivas associadas com o fenômeno das drogas entre jovens nos grandes centros urbanos são abordadas, também, nos trabalhos de Caldeira (1999) e Castro *et al.* (2005). Mediante uma abordagem qualitativa, Caldeira (1999) focalizou usuários de drogas legais e ilegais de uma comunidade de baixa renda no Rio de Janeiro. Com base nas histórias de vidas registradas, concluiu que “as relações de afeto/autoestima, responsabilidade e limites” vivenciadas no cotidiano familiar dos jovens contribuíam, de forma significativa, para a adoção de comportamentos relacionados ao uso de drogas. As experiências destas relações são apontadas, assim, como um importante fator de proteção, entre outros, contra a dependência de drogas.

Caldeira (1999) conclui que, para se entender melhor o fato de que entre os consumidores de drogas uns se tornam dependentes e outros não, é necessário levar em consideração as experiências vividas pelas pessoas em seus cotidianos. Outra conclusão é de que a inexistência de uma situação de dependência em pessoas que fazem uso eventual ou recreacional de drogas lícitas e ilícitas está associada a processos de singularização que, de algum modo, funcionam como fator de proteção para que a dependência não se estabeleça. Em sintonia com o enfoque da redução de danos, a autora defende uma posição que admite o uso de drogas como um fenômeno que faz parte da sociedade. Recomenda, por fim, que tanto a família como a sociedade aprendam a conviver com o consumo de drogas, desde que não represente um risco para a vida das pessoas, ainda que esta seja uma prática não convencional ou esperada.

Castro *et al.* (2005) desenvolveram um estudo sociológico com 1.300 jovens na região metropolitana do Rio de Janeiro. Para a maioria dos jovens entrevistados, a violência, a droga e o tráfico figuravam entre os principais problemas da juventude na atualidade. Viu-se, assim, destacada a associação violência—droga—tráfico, uma tríade que se constituía em problema pelo risco real que representava para os jovens, ou seja, uma limitação simbólica traduzida no sentimento de medo que conforma os modos de viver e circular na cidade.

É interessante notar que, segundo o estudo, apesar de os jovens pesquisados considerarem que o uso de drogas era uma opção de cada sujeito, este era condicionado aos problemas que os jovens tinham e não podiam enfrentar, prejudicando, inclusive, as relações de amizade, os estudos etc. Este tipo de visão do problema, de senso comum, que divide o consumo de drogas como fruto de uma fuga ou de uma insatisfação, desconsidera a aceitação social das drogas legais entre os jovens, inclusive no meio familiar. Este último ponto já havia sido enfatizado por Caldeira (1999), que chamava a atenção para a importância das relações que os jovens estabelecem com suas famílias, para o grau de se constituir como um importante fator de proteção.

Vale destacar, ainda, o fato de que estudos exploratórios em torno de *significados, percepções e representações sobre drogas entre usuários ou comunidade em geral* ganham relevo no âmbito desta produção. Insere-se, nesta vertente, o trabalho de Deslandes *et al.* (2002) que procura apreender concepções de risco e prevenção em usuários de drogas injetáveis (UDI) em cinco cidades onde ocorriam ações pautadas na redução de danos. Foram consideradas as seguintes dimensões: riscos

associados à prática injetável e risco e prevenção diante do HIV/AIDS. Três riscos foram relatados, de forma predominante, no grupo investigado: “pegar doenças”, “overdose” e a violência. Os autores destacam que os UDI portam uma visão particular do conceito de “compartilhamento” e lançam mão de estratégias diversas para lidar com os riscos mencionados ou para minimizá-los. Constatou-se que, embora o grupo costumasse seguir as recomendações das campanhas de saúde, enfrentavam dificuldades decorrentes da adição.

Temática similar dirigida igualmente ao universo de UDI é identificada no trabalho de Fernanda Piccolo e Daniela Knauth (2002). Trata-se de um estudo etnográfico que integrou uma equipe de redução de danos e antropólogos. A pesquisa analisou práticas e representações sociais de usuários de drogas relacionadas à AIDS, suas formas de infecção e prevenção, tanto em termos sexuais quanto do uso de drogas. O trabalho discute, também, implicações da implementação dos programas de redução de danos entre os usuários de drogas injetáveis.

Focalizando precisamente a redução de danos no Brasil, merecem relevo os trabalhos produzidos pelos membros da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), a exemplo da coletânea organizada por Francisco Inácio Bastos, Maria Lúcia Karam e Samir Moraes Martins, *Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de redução de danos* (2003). Neste texto são expressos os fundamentos que norteiam os programas de redução de danos (PRD), reunindo alguns argumentos que justificam sua implantação. Os autores ressaltam que “nem todas as pessoas são capazes ou desejam, em um dado momento e/ou cir-

constância, interromper o consumo de substâncias psicoativas”, podendo, por decisão pessoal ou médica, substituir o consumo de determinada substância por outra considerada menos problemática do ponto de vista de suas implicações sociais ou para a saúde da pessoa.

As contribuições das Ciências Sociais estão refletidas também na coletânea organizada pelos psiquiatras Dartiu Xavier Silveira e Fernanda Moreira, intitulada *Panorama atual de drogas e dependências* (2005), que reuniu vários trabalhos oferecendo visões alternativas ao modelo hegemônico de abordagem das drogas. Diferenciando a visão proibicionista ianque e as novas tendências vindas da Europa, consideradas mais liberais, uma das tônicas desta obra é o rechaço ao modelo proibicionista com aposta em soluções que respeitem os direitos sociais, a tolerância e o convívio com as diferenças humanas.

Em 2008, Beatriz Labatte, Sandra Goulart, Maurício Fiori, Edward MacRae e Henrique Carneiro organizaram a coletânea *Drogas e cultura: novas perspectivas*, que propõe uma reflexão sobre o consumo de psicoativos por meio dos diversos sentidos atribuídos e relativizando as perspectivas e abordagens convencionais sobre o tema. O livro visa um debate público que se caracterize pela interdisciplinaridade e pelo embasamento aprofundado, crítico e também responsável sobre o uso de drogas. A obra é dividida em três seções. A primeira, “A história do consumo de drogas e sua proibição no Ocidente”, aborda a emergência da lógica que constituiu o proibicionismo das drogas e a regulamentação por parte do Estado. O texto de Thiago Rodrigues procura entender a origem do proibicionismo das drogas nos EUA, contextua-

lizando os interesses morais e geopolíticos que estão por detrás do movimento proibicionista que, em última instância, visava às classes indesejadas, minorias que consumissem determinadas drogas e que destoassem do *american way of life*. O capítulo de Henrique Carneiro analisa os desdobramentos do proibicionismo na esfera da intimidade. Remetendo-se à discussão sobre os direitos individuais, das disposições da subjetividade humana, do corpo, da percepção dos gostos, o autor procura refletir sobre a força das pressões sociais e o plano da autonomia humana.

Na abertura da segunda parte, “O uso de drogas como fenômeno cultural”, encontra-se a entrevista de Gilberto Velho a Mauricio Fiore, revisitando uma pesquisa pioneira em que o autor trata de suas principais referências teóricas e faz uma reflexão política sobre as drogas que vai além das fronteiras do Brasil. Em seguida, o artigo do próprio Fiore examina os aspectos médicos sobre as drogas, como a noção de risco e prazer, enfocando o papel da Medicina na produção de realidades e conceitos os quais são pouco criticados no debate público. A terceira parte da coletânea, “A abordagem interdisciplinar”, reúne artigos que, com base na Antropologia e na História, procuram semelhanças entre os sentidos do passado e atuais para o uso de drogas.

No ano seguinte, 2009, o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Álcool e Drogas (CETAD) lançou a coletânea *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*, organizada por Antônio Nery Filho e colaboradores. Como o título sugere, a coletânea integra trabalhos sobre a clínica e de base sociocultural. No segundo eixo, destacam-se os seguintes focos de análise: a trajetória do uso de drogas e pre-

venção no Brasil e os desafios neste terreno (Sérgio Trad); a regulamentação do porte, cultivo e distribuição não comercial da *cannabis sativa* (Sérgio Vidal); e o uso do *crack* nas metrópoles modernas, trazendo observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador (Esdras Cabus).

Nesta linha de publicações surgidas de investigações relacionadas com equipes de intervenção em problemas de drogas, há de se mencionar também as coletâneas organizadas por Regina Medeiros (2008) e por Saporì e Medeiros (2010). Na primeira, os diversos autores (psicólogos, psicoanalistas, antropólogos, sociólogos) focalizam o papel que jogam as relações informais entre os consumidores de álcool e *crack* em seus processos de subjetivação; na segunda, os distintos autores, seja desde a investigação qualitativa ou com base na clínica, reflexionam sobre os mecanismos sociais e simbólicos que impregnam as relações entre consumo de *crack*, violência e serviços de atenção a esses usuários.

Dois estudos mais recentes, de caráter etnográfico, exploraram contextos urbanos brasileiros de venda e/ou consumo de droga. Vera Telles e Daniel Hirata (2010) focalizam os pontos de drogas instalados nas periferias urbanas, problematizando as relações de poder que se instauram nas disputas pelo espaço. Uma contribuição importante deste trabalho reside no debate em torno da “gestão da ordem que parece estar em disputa, nos pontos de junção (e fricção) da lei (e seus modos de operação) e outros modos de regulação que perpassam os ilegalismos e estão ancorados nas formas de vida”. No mesmo ano, uma publicação de Sérgio Trad (2010) analisa a produção científica sobre o uso de benzodiazepínicos no Brasil, particularmente, pelas mulheres e constata que os estudos acenam para a visão biomédica e

normalizadora que, em geral, relega a perspectiva de gênero e de contexto sociocultural da usuária, prevalecendo a “invisibilidade” da mulher, a indiferença diante de seus problemas e a singularidade.

Para concluir, chama-se a atenção para a pesquisa de Luciane Raupp e Rubens Adorno (2011) sobre os locais de venda e uso de *crack* na região central da cidade de São Paulo. Os dados etnográficos desvelam um cenário de relações sociais marcadas por permanente tensão e atos violentos nos quais os usuários são tanto agressores quanto vítimas. Dentre os determinantes sociais dos problemas encontrados, está a ausência de investimentos sociais e em saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos sobre drogas produzidos no campo das Ciências Sociais contribuíram significativamente para transformar a compreensão acerca deste objeto. Redefiniram, também, os focos de análise, deslocando o ponto de mira das substâncias para outros alvos, tais como: os grupos de consumidores, o contexto em que ocorre a sua inserção e a permanência no universo das drogas, a dinâmica do seu consumo, os sentidos, significações e representações constituídas em torno do fenômeno das drogas.

Cabe reconhecer, ademais, a importância da produção analisada para as transformações no modo como a sociedade e o Estado, mediante as políticas públicas, compreendem o problema das drogas.

Por outro lado, as novas ondas de “pânico moral” desencadeadas pela amplificação do fenômeno mais recente do

crack no Brasil, acende o alerta quanto aos desafios que se exibem ante o risco de reedição de políticas repressivas e autoritárias que contrariam o direito de pessoas e sujeitos sociais, recorrendo, mais uma vez, a argumentos moralizantes e pautados no binômio enfermidade–delinquência. Será uma lástima que dito “pânico moral” submeta o risco às experiências inovadoras já existentes no campo da redução de riscos e danos (ANDRADE, 2011) que, todavia, tem um longo caminho para percorrer no Brasil.

REFERÊNCIAS

ADIALA, J. C. **Crime e castigo**. Rio de Janeiro: Fundação Rui Barbosa, 1986.

ADIALA, J. C. **A criminalização dos entorpecentes**. Rio de Janeiro, 2006. Edição independente.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011.

BASTOS, F. I. et al. Redução de danos, ética e lei: os danos das políticas proibicionistas e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: _____; KARAM, M. L.; MARTINS, S. M. (Org.). **Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática da redução de danos**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Redutores de Danos (ABORDA), 2003.

BATISTA, N. A penalização do prazer. In: SABINA, M. (Org.). **Maconha em debate**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BECKER, H. **Outsiders: hacia una sociología de la desviación**. Buenos Aires: Siglo Veintiuno, 2009.

BECKER, H. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

CALDEIRA, Z. **Drogas, indivíduo e família**: um estudo de relações singulares. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

CARNEIRO, H. Bebidas alcoólicas e outras drogas na época moderna: história da alimentação. **Revista Historiador Eletrônico**, 2003. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_henrique_historia.pdf>.

CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

CASTEL, R.; COPPEL, A. Os controles da toxicomania. In: EHRENBERG, A. (Org.). **Individus sous influence**: drogues, alcools, médicaments psychotropes. Paris: Esprit, 1991.

CASTRO, L. *et al.* **Mostrando a real**: um retrato da juventude pobre no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Faperj; Nau, 2005.

CERCLÉ, A. **El alcoholismo**: una explicación para comprender, un ensayo para reflexionar. México: Siglo Veintiuno, 2001.

COLOM, J. Análisis de las intervenciones en drogodependencias en España desde sus orígenes hasta la reducción de danos In: CONFERENCIA DE CONSENSO SOBRE REDUCCIÓN DE DAÑOS RELACIONADOS CON LAS DROGAS. **Gestionando las drogas**. Barcelona: IGIA, 2001.

COMELLES, J. M. Sociedad, salud y enfermedad. **Antropología de la Medicina**, n. 655, jun. 1985.

DEL OLMO, R. **¿Prohibir o domesticar?** políticas de drogas en

América Latina. Caracas: Nueva Sociedad, 1992.

DEL OLMO, R. **A face oculta da droga**. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

DESLANDES, S. F. *et al.* As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 141-151, 2002.

DÓRIA, R. Os fumadores de maconha: HENMAN, A.; PESSOA JÚNIOR, O. (Org.). **Diamba Sarabamba**: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha. São Paulo: Ground, 1986.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza, 1992. v. 1.

ESCOHOTADO, A. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza, 1995. v. 2.

ENGEL, M. As fronteiras da anormalidade: psiquiatria e controle social. **História, Ciências, Saúde**, v. 5, n. 3, p. 547-563, 1999.

FIGLIARELLI, M. A “medicalização” da questão do uso de drogas no Brasil: reflexões acerca de debates institucionais e jurídicos In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (Org.). **Álcool e drogas na História do Brasil**. São Paulo: Alameda, 2005.

FOUCAULT, M. **Nacimiento de la biopolítica**. Curso en el Collège de France, 1978-79. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.

GAMELLA, J. Drogas y control social: una excursión etnohistórica. In: UNIVERSIDAD DE GRANADA. **Drogas, sociedad y ley**. Bilbao: Universidad de Deusto, 2003. p. 77-119.

GAMELLA, J. **Drugs and alcohol in the Pacific**: the making of new consumer trends and its consequences. Aldershot (Ingl.):

Ashgate, 2002.

GAMELLA, J. Mareas y tormentas: ciclos de policonsumo de drogas en España (1959-2000). **Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria**, n. 1, p. 7-18, 2001.

GAMELLA, J.; MARTIM, E. Las rentas de anfión: el monopolio español del opio en Filipinas y su rechazo por la administración norteamericana (1844-1898). **Revista de Índias**, n. 194, p. 61-106, 1992.

MORENO, G. Aspectos do maconhismo em Sergipe. In: HENMAN, A.; PESSOA JÚNIOR, O. (Org.). **Diamba sarabamba**: coletânea de textos brasileiros sobre a maconha. São Paulo: Ground, 1986.

GONDRA, J. **Artes de civilizar**: medicina, higiene e educação escolar na Corte Imperial. Rio de Janeiro: Ed. UERJ, 2004.

GONZALEZ, C. *et al.* **Repensar las drogas**: hipótesis de la influencia de una política criminal liberalizadora respecto a las drogas, sobre los costes sociales, las pautas de consumo y los sistemas de recuperación. Barcelona: GRUP IGIA, 1989.

HENMAN, A.; PESSOA JÚNIOR, O. (Org.). **Diamba Sarabamba**: coletânea de textos brasileiros sobre maconha. São Paulo: Ground, 1986.

IGLESIAS, F. A. Sobre o vício da diamba. In: HENMAN, A.; PESSOA JÚNIOR, O. (Org.). **Diamba sarabamba**: coletânea de textos brasileiros sobre maconha. São Paulo: Ground, 1986.

LABATTE, B. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: Edufba, 2008.

LEVIN, L. Self-care in health. **Annual Review of Public Health**, 4, 1983. p. 181-201.

LEWIN, L. **Phantastica**. Paris: Payot, 1970.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. *et al.* (Org.). **Drogas**: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48;

MACRAE, E. A importância dos fatores socioculturais na determinação da política oficial sobre o uso ritual de ayahuasca. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999.

MACRAE, E; SIMÕES, J. A. **Rodas de fumo**: o uso da maconha entre camadas médias urbanas. Salvador: Edufba, CETAD/UFBA, 2000.

MEDEIROS, R. (Org.). **Redes sociais**: reflexões sobre as redes informais dos usuários de álcool e de crack. Belo Horizonte: Sigma, 2008.

MENÉNDEZ, E.; DI PARDO, R. Violencias alcoholizadas y relaciones de género: estereotipos y negaciones. **Cuadernos Médico Sociales**, Rosario, Argentina, n. 79, p. 5-25, abr. 2001.

MINAYO, M. C.; DESLANDES, S. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MITSUKO, A. M. A. **A Psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. São Paulo: Unimarco, 1998.

MUSUMECI, B. O consumo de álcool no país. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999.

NERY FILHO, A. *et al.* (Org.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA/CETAD, 2009.

NOWLIS, H. **A verdade sobre as drogas**. Rio de Janeiro: IBCC/ UERJ, 1977.

PAIXÃO, A. L. Problemas sociais, políticas públicas. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999.

PICCOLO, F.; KNAUTH, D. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horizontes Antropológicos**, v. 8, n. 17, p. 127-145, 2002.

PILLON, S.C.; LUIS, M. A.; LARANJEIRA, R. Nurses training on dealing with alcohol and drug abuse: a question of necessity. **Revista Hospital das Clínicas**, v. 58, n. 2, p. 119-124, 2003.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.

ROMANÍ, O. A. Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. **Revista de Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 4, n. 3, p. 301-318, 2008.

ROMANÍ, O. A. De las utilidades de la Antropología Social para la intervención en el campo de las drogas. In: ESTEBAN, M. L. (Org.). **Introducción a la Antropología de la Salud**: aplicaciones teóricas y prácticas. Bilbao: OSALDE, 2007. p. 117-134.

ROMANÍ, O. A. **Las drogas**: sueños y razones. Barcelona: Ariel, 2004.

ROMANÍ, O. A. Prohibicionismo y drogas: ¿un modelo de gestión social agotado? In: BERGALLI, R. (Org.). **Sistema penal y problemas sociales**. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003. p. 429-450.

SAPORI, L. F.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack, um desafio social**. Belo Horizonte: PUCMINAS, 2010.

SCHIVELBUSCH, W. **História de los estimulantes**. Barcelona: Anagrama, 1995.

SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. **Panorama atual de drogas e dependências**. Rio de Janeiro: Ateneu, 2005.

SZASZ, T. **Nuestro derecho a las drogas**. Barcelona: Anagrama, 1992.

TEIXEIRA, C. **O futuro da prevenção**. Salvador: Casa da Qualidade, 2001.

TELLES, V. S.; HIRATA, D. V. Ilegalismos e jogos de poder em São Paulo. **Tempo soc.**, v. 22, n. 2, p. 39-59, 2010.

TRAD, S. N. S. El uso de ansiolíticos entre las mujeres: límites del enfoque en Brasil. In: ESTEBAN, M. L.; COMELLES, J. M.; MINTEGUI, C. M. (Org.). **Antropología, género, salud y atención identidades, socializaciones y representaciones de género**. Barcelona: Bellaterra, 2010. p. 131-146.

TRAD, S. N. S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. *et al.* (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA/CETAD-UFBA, 2009.

VARGAS, H.; NUNES, S. **Prevenção geral das drogas**. São Paulo: Ícone, 1993.

VELHO, G. A dimensão cultural e política dos mundos das drogas. In: ZALUAR, A. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999.

VELHO, G. **Nobres e anjos**: um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

VELHO, G. Duas categorias de acusação na cultura brasileira. In: _____. (Org.). **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

ZALUAR, A. Introdução: drogas e cidadania. In: _____. (Org.). **Drogas e cidadania**: repressão ou redução de riscos. São Paulo: Brasiliense, 1999. p. 7-21.

ZINBERG, N. **Drug, set and setting**: the basis for controlled intoxicant use. New Havens, London: Yale University Press, 1984.

CAPÍTULO 2

ABORDAGENS QUALITATIVAS NO ESTUDO SOBRE DROGAS: CONTRIBUIÇÕES DA AN- TROPOLOGIA REFLEXIVA E DA HERMENÊU- TICA

Leny Alves Bomfim Trad
Maria Saete Bessa Jorge
Sérgio do Nascimento Silva Trad
Leilson Lira de Lima
Antonio Germane Alves Pinto
José Jackson Coelho Sampaio

Há diferentes tradições, ênfases e modelos. Ainda não estou preparado para construir meu próprio mito... O que importa é, sem ferir os padrões minimamente consensuais da atividade de pesquisa na nossa área de conhecimento, abrir espaço para investigações e trabalhos apoiados em mais liberdade, livres de certas camisas-de-força que cerceiam a criatividade.
(Gilberto Velho, 1986)

Lançar o olhar sobre o fenômeno do *crack* é, certamente, uma ousadia. No nosso caso, esta ousadia advém do reconhecimento acerca da pluralidade de formas de se relacionar com as drogas e de compreender os seus usos, efeitos, estratégias de controle ou regulação etc. Alia-se a isto o en-

tendimento de que o consumo de drogas não conduz, necessariamente, a padrões de uso descontrolados ou nocivos.

O interesse pelo tema se revela especialmente oportuno no contexto da sociedade contemporânea, marcado pela diversidade de culturas, dinâmicas, formas de organização e maneiras de pensar e experienciar os vários fenômenos em curso.

Acredita-se, portanto, que o *crack*, como substância psicoativa, constitui um fenômeno indissociável e indissolúvel da sociedade. Como tal, incide sobre ela e por ela é afetado, sendo necessário, assim, compreendê-lo como “produto” de culturas, dinâmicas, formas de organização social e modos de pensar e experienciar a vida e suas efemeridades.

As travessias e trajetórias metodológicas com vistas à compreensão do uso e consumo de *crack* que serão mostrados ao longo deste livro convergem na busca de estratégias sensíveis às relações que se processam entre homem, substância, meio social e cultura. Desta forma, os enfoques adotados se contrapõem ao positivismo, ou seja, buscam a compreensão do fenômeno do *crack* não com base em “dados objetivos” ou quantificáveis, mas considerando aspectos da natureza humana, do cotidiano, das experiências e da subjetividade. Levam, também, em consideração o fato de que os diferentes elementos incidentes sobre os padrões de uso de substâncias psicoativas (disponibilidade da droga; valores, regras e rituais; estrutura de vida) estão sujeitos a variáveis e processos externos distintos que vão desde fatores psicológicos pessoais e culturais (necessariamente imbricados), regulamentos oficiais (controles sociais formais) e considerações mercadológicas (MACRAE, 2004).

O conjunto de trabalhos reunido ao longo do livro compartilha a tarefa de desvendar sentidos, significados e práticas socioculturalmente constituídos em torno do fenômeno das drogas, mais especificamente, do *crack* em um dado contexto. Neste sentido, na definição da abordagem metodológica das pesquisas que integram esta coletânea, caberia destacar alguns pressupostos decisivos na conformação dos desenhos de estudo assim como na condução dos trabalhos de campo. Em primeiro lugar, parte-se do entendimento de que sentidos e significados são expressos em ações em cujas origens podemos identificar a cultura, os saberes e as práticas imbricadas na sociedade (BECKER, 2008).

O segundo pressuposto remete à compreensão sobre a construção intersubjetiva dos processos sociais e à própria noção de subjetividade. A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não por via de um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim em uma formulação que integra, de forma simultânea, as subjetividades sociais e individuais. A pessoa elabora um sistema de sentidos e significados expressos socialmente e também é com base neste sistema social de significações que faz as subjetividades individuais (REY, 2002).

Com base nesses princípios norteadores, encontramos na abordagem qualitativa a guarida necessária para abordar o universo complexo, ativo e dinâmico do fenômeno do *crack*, uma vez que este enfoque privilegia o estudo das relações, das representações, percepções ou visões do processo interpretativo humano bem como dos modos de vida de indivíduos e dos coletivos (MINAYO, 2008). Além disto, a pesquisa qualitativa considera a subjetividade do pesqui-

sador como parte explícita da produção do conhecimento. Deste modo, as intencionalidades e subjetividades de quem processa a pesquisa bem como suas reflexões, atitudes, irritações e sentimentos se tornam dados em si mesmos e constituem material para interpretação (FLICK, 2009).

Tal como destacou Edward MacRae (2004), a abordagem qualitativa é a opção preferencial de pesquisadores do campo da saúde interessados na compreensão de aspectos simbólicos da vida em sociedade que guardam relação com temas da saúde. Ele destaca os estudos envolvendo os significados atribuídos ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Salienta, ainda, o autor que, se, por um lado, os adeptos dos métodos qualitativos são enfáticos nas críticas aos enfoques positivistas, por outro, reconhecem os desafios de lidar com os efeitos do subjetivismo inerente aos métodos qualitativos.

Serão destacados a seguir, particularmente, alguns fundamentos da etnografia contemporânea, de base reflexiva, e o enfoque hermenêutico. As questões e pressupostos assinalados ao longo da discussão inspiraram, até certo ponto, o recorte metodológico das pesquisas reunidas nesta coletânea.

Na última parte do capítulo, serão descritos, de modo sucinto, os sujeitos, cenários e estratégias de inserção no campo compartilhados pelo rol de trabalhos empíricos que integram este livro. As estratégias e ferramentas metodológicas adotadas visaram a potencializar a compreensão crítica das relações, articulações e resoluções determinadas no próprio cotidiano, além de estimular a participação consciente dos sujeitos vinculados ao objeto de estudo – gestores, trabalhadores, usuários dos serviços, membros da comunidade etc.

CONTRIBUIÇÕES DA ANTROPOLOGIA RE-FLEXIVA À PESQUISA DE BASE ETNOGRÁFICA

Notadamente, a ruptura com o modo tradicional de estudar as sociedades “primitivas” e a valorização das análises culturais propiciaram “reflexões sobre o objeto, o contexto e os próprios instrumentos da pesquisa antropológica” (CAPRARA; LANDIM, 2008, p. 365).

A produção antropológica atual evidencia que o outro pode ser qualquer sujeito ou ator dentro e fora da sua sociedade como parte de um processo que enseje novos “outros” provisórios e conjunturais, uma conjuntura que oferece novos horizontes à produção etnográfica, sendo este o momento oportuno para estudar os “outros entre nós”, os nossos marginais, a nossa própria loucura, dependência (MENENDEZ, 2002, p. 100).

Nesse novo cenário, torna-se imperativo analisar as reconfigurações identitárias que afetam o pesquisador e os grupos sociais (exóticos ou familiares) por ele investigados, tendo em conta as contradições políticas e éticas que supõem este encontro. A preocupação em constituir uma etnografia que reflita a comunicação entre dois universos culturais que se penetram sem se anularem inclui, também, o respeito às posições históricas dos interlocutores (COSTA, 2002).

A dimensão histórica negligenciada na etnografia clássica adquire, no contexto contemporâneo, um lugar de destaque. Para Price (2004), passa-se a definir o trabalho etnográfico como uma produção de histórias constituídas por meio de poder entre o autor e seus sujeitos históricos, um processo que deve ser mediado pela negociação social em torno dos registros e da produção do conhecimento histó-

rico. Quando analisamos as posições que ocupam o investigador e a comunidade (indivíduos e grupos) investigada no campo, as assimetrias são evidentes. É inegável que, nos processos interativos no campo, o etnógrafo exerce um poder extraordinário sobre os informantes.

Estão contrapostas duas tendências, uma baseada na plenitude ontológica, que tende a dissolver as diferenças, não permitindo revelar a alteridade, e outra, nomeada por Gadamer de “confrontação dialógica”, derivada de uma relação hermenêutica e que dá origem a uma pluralidade de interpretações (LAPLANTINE, 2005). Na segunda opção, também referida como confrontação de horizontes ou fusão de horizontes, a intersubjetividade e a historicidade são plenamente exercitadas.

Ao relativizar a autoridade do pesquisador, reafirma-se o caráter intersubjetivo do encontro entre o pesquisador e a comunidade de estudo, realçando-se, nesta última, a capacidade de falar por si mesma. O próprio conceito de cultura é revisitado no âmbito deste movimento. Reivindicamos a possibilidade de uma definição de cultura circunscrita a determinado tempo e contexto e cujos códigos e representações sejam passíveis de contestação.

São criticados, enfaticamente, os recursos retóricos no modelo textual das etnografias clássicas, denunciando, entre outros aspectos, a perspectiva sincrônica adotada e a pretensão “realista” (MARCUS; CUSHMAN, 2003). Sobre este ponto, James Clifford (2003) assinala que, nas monografias clássicas, as totalidades eram representadas desde uma ótica sincrônica, plasmadas em um presente etnográfico: uma série de rituais, padrões de comportamentos típicos.

Ele argumenta que o contexto em que se dá o encontro etnográfico deve ser analisado tendo em conta a historicidade relativa tanto ao objeto quanto ao pesquisador.

Convém, portanto, problematizar os desafios que se mostram ao pesquisador, observador de uma cena e história social cuja interpretação deve ser, necessariamente, confrontada com a posição e interpretação dos sujeitos que ele observa; uma espécie de compromisso em produzir um discurso “mais cuidadoso”, mais matizado e “mais rigoroso” sobre os outros (GODELIER, 2004, p. 194). Torna-se imperativo realçar o caráter polifônico das experiências e situações que são alvo das pesquisas de inspiração etnográfica cujos produtos devem problematizar os limites e contradições que possam resultar de “eventuais diferenças de classe, de padrões culturais ou de capital político entre o investigador e o grupo ou a sociedade estudada” (TRAD, 2012, p. 631).

Por outro lado, não se trata de reproduzir o modelo do outro ou de adotar a sua visão. Não se pode esquecer que a finalidade última da etnografia é produzir conhecimento científico com suporte em uma interpretação que se diferencia da perspectiva norteadora do senso comum.

Interessa, aqui, assinalar, sobretudo, as potencialidades do enfoque etnográfico na pesquisa sobre o fenômeno das drogas. Um informe produzido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) mostra o resultado de uma avaliação acerca das diferentes metodologias utilizadas em pesquisas abordando o uso de drogas e destaca o custo/benefício da etnografia e de métodos similares, tendo como referência o volume e a qualidade das informações produzidas (ROMANÍ, 1999, p. 155).

De fato, a etnografia constitui uma perspectiva privilegiada na aproximação e exploração da complexidade inerente ao fenômeno das drogas, tendo em vista o caráter processual e holístico inerente a esta abordagem:

[...] la etnografía supone romper con las bases de la separación sujeto-objeto e de los planteamientos positivistas, exige el seguimiento de los múltiples procesos implicados en la vida cotidiana de los usuarios con los que se trabaja, recogiendo una gran multiplicidad de datos de distinto tipo, tarea en la cual el instrumento crucial es el propio etnógrafo o etnógrafa, lo cual implica, entre otras cosas, la capacidad de integrar las distintas subjetividades en circulación dentro de dichos procesos... y todo ello presupone el uso de análisis de tipo inductivo y dialéctico, en los que la producción de teoría y el trabajo sobre el terreno se van realimentando continuamente. (ROMANÍ, 2010, p. 123).

FUNDAMENTOS DA HERMENÊUTICA E SUA PENETRAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE

Em contraposição ao enfoque estruturalista, a ênfase na Antropologia Interpretativa de base hermenêutica se dirige à dimensão constitutiva da realidade pela mediação do simbólico ao reconhecer que os objetos teóricos da Antropologia Social constituem espaço regulado pela significação (BIRMAN, 1991).

Constatamos que a preocupação epistemológica em torno do processo interpretativo de alteridades complexas e de sua representação textual propiciou uma revalorização do enfoque hermenêutico. Até os anos 1960 e 1970, as abordagens funcional-estruturalistas foram hegemônicas no campo socioantropológico. O fortalecimento do referencial semiótico, no qual a Filosofia hermenêutica está situada, ocorre na medida em que a tarefa da Antropologia é reconhecida como de natureza eminentemente interpretativa, uma forma de tradução (CLIFFORD, 1986).

Convém recuperar, inicialmente, algumas questões relativas ao conceito de interpretação, elemento central no enfoque hermenêutico. Evocamos aqui Paul Ricoeur (1978) seja para problematizar a pretendida interpretação no encontro etnográfico sobre o outro e sobre si mesmo ou para analisar as posições que ocupam explicação e compreensão no ato interpretativo. Sobre a primeira questão, sua filosofia nos ensina que a Hermenêutica implica a compreensão de signos e de sujeitos, evidenciando, ainda, o caráter histórico deste processo:

Ao propor religar a linguagem simbólica à compreensão de si, penso satisfazer o desejo mais profundo da hermenêutica. Toda interpretação se propõe a vencer um afastamento, uma distância, entre a época cultural revoluta, à qual pertence o texto, e o próprio intérprete [...]. Portanto, o que ele persegue, através da compreensão do outro, é a ampliação da própria compreensão de si

mesmo. Assim, toda hermenêutica é, explícita ou implicitamente, compreensão de si mesmo mediante a compreensão do outro. (RICOEUR, 1978, p. 18).

Quanto à distinção entre explicação e compreensão, Roberto Cardoso de Oliveira (2000), baseado em argumentos de Ricoeur, assinala que a explicação e a compreensão podem se constituir em modalidades de interpretação, até certo ponto, complementares. A primeira visa à identificação de regras e padrões suscetíveis de um tratamento proposicional; a segunda perseguiria a apreensão do campo semântico em que se movimenta uma sociedade particular. Esta última, segundo o autor, é muito comum, no exercício da observação participante. Ele ressalta, sobretudo, que uma atitude hermenêutica moderna que se pretenda dialógica e dialética deve integrar explicação e compreensão, exercitando o que ele denomina de dupla interpretação.

Pode-se dizer que a observação participante formulada em termos hermenêuticos é uma dialética entre a experiência e a interpretação (CLIFFORD, 2003). Laplantine aponta outros fundamentos de uma etnografia de base hermenêutica cujo princípio básico está representado na seguinte afirmação do autor: “ver é apreender o sentido” (2005, p. 17), no caso, um sentido que autoriza diversas escritas e leituras. Conseqüentemente, a relação do etnógrafo, ao descrever um fenômeno social, não é apenas uma relação significante; é também uma relação que mobiliza uma atividade: a da interpretação de sentido. O autor ressalta que se a fenomenologia realça a solidariedade entre o olhar e o

sentir, a Hermenêutica agrega a solidariedade entre o olhar e a linguagem.

Desde o ponto de vista da narrativa contemporânea, reedita-se o debate clássico sobre a Hermenêutica, contrapondo-se à reflexão filosófica sobre a natureza da interpretação – que enfatiza a abertura da atividade interpretativa – e à intenção metodológica de criar uma ciência da interpretação – a qual enfatiza a possibilidade de interpretações sistemáticas e autocontidas (MARCUS; CUSHMAN, 2003).

A incidência da Hermenêutica na produção acadêmica mais recente revela a influência de tradições filosóficas diferentes:

[...] o que se verifica é uma verdadeira dispersão de influências nessa antropologia que se pretende nova. Nem a ‘hermenêutica ontológica’ de Heidegger e Gadamer, nem a ‘hermenêutica metódica’ de Betti ou de Hirsch, nem a ‘hermenêutica fenomenológica’ de Ricoeur (e muito menos a ‘hermenêutica clássica’ de Schleiermacher e Dilthey) dominam aquilo que prefiro chamar de ‘consciência hermenêutica’ na Antropologia ‘pós-moderna’ (CARDOSO DE OLIVEIRA, 1988, p. 97).

Cabe registrar o fato de que a análise das tendências da produção científica na saúde coletiva brasileira, nos primórdios do século XXI, indicava o incremento significativo de estudos de orientação fenomenológica e etnometodológica nos quais a ênfase recai menos sobre a doença em si e mais

em “sua articulação simbólica na construção das identidades sociais, relações de gênero e inserção nos parâmetros simbólicos estruturantes da cultura”. (CANESQUI, 2003, p. 121).

No tocante, especificamente, à incorporação do enfoque hermenêutico na saúde, constata-se que este é acionado, principalmente, para desvelar sentidos e práticas produzidos em contextos intersubjetivamente compartilhados; entendendo, contudo, que, em uma relação ontológica com o mundo, experiências originam visões plurais, mas, ao mesmo tempo singulares, sobre doença [ou saúde], conformando ambas as correlações no interior das relações entre os homens (HEIDEGGER, 1997).

Uma exploração panorâmica sobre a produção da última década indica que a incorporação mais recente do enfoque hermenêutico na saúde coletiva remete a suas referências filosóficas mais sofisticadas – Heidegger, Gadamer e Ricoeur. Sobre o primeiro, é importante sublinhar que os sentidos estabelecidos em torno da doença e as relações intersubjetivas constituídas com base no cuidado, foram objeto de suas proposições teóricas. O existir “com” a doença e “com” a palavra do outro propicia uma troca de experiências humanas que põe em manifesto o caráter existencial do compartilhamento no cuidado de existir (HEIDEGGER, 1997, p. 95-97).

Tendo como referência a aposta em perspectivas dialógicas e culturalmente sensíveis, ao abordar o fenômeno das drogas, consideram especialmente fértil a proposição de Geertz (2003, p. 16), denominada “hermenêutica cultural”. O conceito é definido como o “entendimento do entendimento” ou o modo “como entendemos entendimentos di-

ferentes dos nossos”. No conjunto de elementos destacados pelo autor nesta tarefa, interessa frisar, particularmente, as referências ao “status epistemológico do senso comum” e “ao poder revelador da arte”.

O argumento central utilizado por Geertz para conferir ao entendimento do senso comum uma via privilegiada de compreensão da realidade sociocultural é de que este caminho seria mais promissor do que partir de definições essencialistas da Ciência, do Direito ou da Religião e procurar encontrar sua correspondência em sociedades ou grupos sociais os mais diversos. Até aqui, se reedita a ênfase em um saber que se origina na experiência prática ou na vida cotidiana presentes na Fenomenologia de Husserl e Shultz.

De acordo com Geertz, esses autores elucidaram a natureza do senso comum e reconheceram a sua importância, mas não se detiveram na sua análise. Seria preciso reconhecer, por exemplo, que “o senso comum é algo muito mais problemático e profundo do que parece” (2003, p. 118). O autor admite que, ao se substituir uma metodologia baseada em grandes redes de causas e efeitos por outra baseada em estruturas locais de saber, se esquivava de uma série de dificuldades já mapeadas para se encontrar com outras quase desconhecidas. Aponta, então, como estratégia metodológica,

[...] tomarmos o desvio específico de evocar o som e os vários tons que são geralmente reconhecidos como pertencentes ao senso comum, aquela ruazinha paralela que nos leva a construir predicados metafóricos – noções aproximadas [...] para podermos lembrar às

peessoas aquilo que já sabem. [...] o senso comum tem algo assim como a síndrome dos objetos invisíveis: estão tão obviamente diante dos nossos olhos, que é impossível encontrá-los. (GEERTZ, 2003, p. 140).

CENÁRIOS, INTERLOCUTORES E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS DAS PESQUISAS EM FOCO: ELEMENTOS COMUNS

A coleta de dados se apoiou, principalmente, nas entrevistas em profundidade e na observação sistemática dos espaços cobertos pelas pesquisas, com registro em diário de campo. O exame lançou mão de técnicas de análise de conteúdo, que permitiram ultrapassar o nível do senso comum e de subjetivismo na interpretação, desenvolvendo uma vigilância crítica na apreciação de variados tipos de documentos, entrevistas e observações, articulando aspectos mais superficiais dos textos descritos com variáveis posicionais e contextuais, incluindo aquelas que incidem na produção da mensagem (MACRAE, 2004, p. 33-34).

Corroborando as observações de Pinto (2013), a aproximação prévia ao cenário de investigação e as concepções *a priori* trazidas pela inserção e vivência desses sujeitos no campo “empírico” ou em seus ambientes e locais de uso da substância contribuíram para o delineamento daquilo que se instituiu como alvo das investigações descritas ao longo deste livro.

O cenário abordado no livro é a cidade de Fortaleza-CE que conta com assistência em saúde mental consti-

tuída com base na renovação dos serviços já existentes e na implantação de outros, com fundamento na promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa rede tem como serviço fundamental os centros de atenção psicossocial (CAPS), atualmente em número de 14 (6 CAPS gerais, 6 CAPS-ad e 2 CAPS-i), pois têm neles a preservação dos objetivos da reforma psiquiátrica.

Em Fortaleza, os CAPS recebem pessoas de todas as faixas etárias, com transtornos mentais graves, em situação de risco e aquelas com desorganizações procedentes do uso abusivo de *crack*, álcool e outras drogas. As ações de maior impacto da rede de saúde mental se constituem em: cogestão da rede assistencial de saúde mental; estruturação da rede assistencial de saúde mental; auditoria dos hospitais psiquiátricos; parcerias com os movimentos sociais, instituições formadoras e sociedade civil; estratégia de educação permanente; e investimento financeiro (FORTALEZA, 2007).

Antes da entrada em campo, foi preparada uma capacitação para os alunos bolsistas de iniciação científica e para os estudantes colaboradores. Na ocasião, foram discutidos os objetivos do projeto e apresentados os instrumentos e/ou procedimentos de coleta de dados.

Foram realizadas visitas às Secretarias Executivas Regionais IV e V (SER IV e V) para a apresentação do projeto de pesquisa e a solicitação de autorização para a inserção dos pesquisadores nos serviços de saúde das respectivas SERs. Mediante parecer favorável, foram realizadas visitas aos serviços CAPS-ad de ambas as SERs. Ocorreu, também, a participação de integrantes do projeto nos encontros de “roda de gestão” dos CAPS-ad da SER IV e V.

Foi esclarecido como se daria a inserção dos pesquisadores no serviço, obedecendo às normas de funcionamento e mediante agendamento prévio. As equipes se mostraram, no geral, solícitas quanto à entrada das equipes de pesquisa em campo o que expressava, em certa medida, o reconhecimento da importância de se produzir conhecimento na área da assistência aos usuários de *crack*.

As visitas às rodas da gestão dos CAPS-ad tiveram o objetivo de conhecer as instalações, o funcionamento dos serviços e os trabalhadores e possibilitaram, também, estabelecer uma aproximação com eventuais informantes, profissionais de saúde ou usuários de *crack*, e agendar entrevistas.

Com o intuito de nos aproximarmos dos territórios, inventariamos os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) de Fortaleza-CE, os centros de saúde da família (CSF), como importantes dispositivos para esta exploração. O principal critério para a escolha das CSF privilegiadas no estudo foi a existência de algum tipo de assistência aos usuários de *crack* com base nas informações dos trabalhadores dos CAPS-ad.

O segundo critério foi a concordância e disposição dos trabalhadores das unidades em participar da pesquisa, colaborando, ainda, com a identificação de usuários de *crack* no serviço e/ou território de atuação das unidades. Cabe ressaltar que alguns profissionais demonstravam medo em lidar com as pessoas em uso de *crack*, sobretudo em decorrência de possíveis envolvimento com traficantes.

Por meio dos CAPS-ad e das entrevistas com usuários, trabalhadores e familiares, foram apontadas as redes sociais de apoio. Do universo mapeado, foram selecionados

como alvos de investigação os seguintes componentes: a Comunidade Terapêutica (CT) *Desafio Jovem*, o grupo de *Narcóticos Anônimos* e o *NARANON* (familiares e amigos de Narcóticos Anônimos).

Desta forma, a conformação dos participantes ficou disposta nos respectivos grupos de informantes-chaves assim compostos: Grupo 1 – usuários de *crack* (CAPS-ad, Atenção Primária à Saúde, Rede Social de Apoio); Grupo 2 – familiares dos usuários de *crack* (CAPS-ad, Atenção Primária à Saúde e Rede Social de Apoio); Grupo 3 – trabalhadores dos CAPS-ad; Grupo 4 – Trabalhadores da APS; e Grupo 5 – trabalhadores da comunidade terapêutica.

Por fim, mediante a triangulação teórico-empírica, ocorreu o intercruzamento das diferentes fontes de informação e a articulação entre o referencial teórico e os dados empíricos. Esta intersecção de múltiplas visões possibilitou a verificação e a validação da pesquisa por meio do uso simultâneo de técnicas diversas de análise, diferentes sujeitos e pontos de vistas distintos (MINAYO, 2008).

Tudo isso levou em conta a imbricação entre texto e contexto. Foram ao encontro da especificidade do objeto, pela prova do vivido, com as relações essenciais estabelecidas nas condições reais e na ação particular e social (ASSIS *et al.*, 1998). A análise do contexto exigiu um movimento contínuo entre os dados empíricos e os referenciais teóricos eleitos pelos pesquisadores. Vislumbramos, assim, a possibilidade da fusão entre o real vivenciado pelos sujeitos sociais da pesquisa, em seu cotidiano e em seus contextos práticos, e o mundo conceitual e teórico, igualmente vivos, do pesquisador, ambos com suas condições sócio-históricas e culturais.

Os resultados desta empreitada coletiva são apresentados a seguir em diferentes capítulos que integram esta conjunção de “olhares plurais sobre o fenômeno do *crack*” e que articulam dimensões simbólicas, relacionais e prático-operacionais.

REFERÊNCIAS

ASSIS, M. M. A. *et al.* Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sitientibus**: Revista da Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, n. 18, p. 64, jan/jul., 1998.

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos da Sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BIRMAN, J. Interpretação e realidade na Saúde Coletiva. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, n. 1, p. 7-22, 1991.

BIRMAN, J. A *Physis* da saúde coletiva. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Supl. 15, p. 11-16, 2005.

CANESQUI, A. M. Os estudos de antropologia da saúde/doença no Brasil na década de 1990. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 109-124, 2003.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface Comun Saúde Educ**, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **Sobre o pensamento antropológico**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1988.

CARDOSO DE OLIVEIRA, R. **O trabalho do antropólogo**. Brasília: Paralelo XV; São Paulo: Ed. UNESP, 2000.

CLIFFORD, J. Sobre la autoridad etnográfica. In: REYNOSO, C. (Ed.). **El surgimiento de la Antropología posmoderna**. Barcelona: Gedisa, 2003. p. 141-170.

CLIFFORD, J. Introduction: Partial Truths. In: _____; MARCUS, G. (Ed.). **Writing culture: the poetics and politics of ethnography**. Berkeley: University of California Press. 1986. p. 1-26.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-382, 2002.

FISCHER, M. Da antropologia interpretativa à antropologia crítica. **Anuário Antropológico**, Brasília, v. 85, p. 55-72, 1985.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed-Bookman, 2009.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Fortaleza: 2006-2009**. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2007.

GEERTZ, C. **O saber local**. 6. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

GODELIER, M. Briser le miroir du soi. In: GHASARIAN, C. (Dir.). **De l'ethnographie à l'anthropologie réflexive**. Paris: Armand Colin, 2004. p. 193-212.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo** (Parte I). Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

LAPLANTINE, F. **La description ethnographique**. Paris: Armand Colin, 2005.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. (Col.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 27-37.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. *et al.* (Org.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 27-48.

MARCUS, G. E.; CUSHMAN, D. E. Las etnografías como textos. In: REYNOSO, C. (Ed.). **El surgimiento de la Antropología posmoderna**. Barcelona: Gedisa, 2003. p. 171-213.

MENENDEZ, E. L. **La parte negada de la cultura**. Barcelona: Bellaterra, 2002.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2012.

PINTO, A. G. A. **Transversalidade da clínica na atenção à saúde: limitações políticas, fragilidades assistenciais e vínculos comunitários na Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará/Associação Ampla Universidade Federal do Ceará-Universidade de Fortaleza; Fortaleza, 2013.

PRICE, R. Meditação em torno dos usos da narrativa na antropologia contemporânea. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 10, n. 21, p. 293-312, 2004.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade:** caminhos e desafios. São Paulo: Thomson Learnig, 2002.

RICOEUR, P. **O conflito das interpretações:** ensaios de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago, 1978.

ROMANÍ, O. A. La epidemiología sociocultural en el campo de las drogas: contextos, sujetos y sustancias. In: MENENDEZ, E. *et al.* (Org.). **La epidemiología sociocultural.** Buenos Aires: Lugar, 2010.

ROMANÍ, O. **Las drogas:** sueños y razones. Barcelona: Ariel, 1999.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 3, p. 627-633, 2012.

VELHO, G. **Subjetividade e sociedade:** uma experiência de geração. Rio de Janeiro: Zahar, 1986.

PARTE II

REDES E DISPOSITIVOS DE ATENÇÃO
À SAÚDE NO CAMPO DAS DROGAS:
CONTROVÉRSIAS, LIMITES E
POSSIBILIDADES

CAPÍTULO 3

REFORMA E CONTRARREFORMA: REFLEXÕES EM TORNO DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Silvio Yasui

A internação em hospital psiquiátrico, oferta exclusiva e compulsória de tratamento que marcou a política de saúde mental desde o século XIX, no Brasil, teve como consequência a segregação e o isolamento, condenando os pacientes psiquiátricos a uma vida de encarceramento perpétuo em instituições degradadas e degradantes. O termo manicômio passou a ser sinônimo de um lugar produtor de violência, depósito de seres humanos abandonados à própria sorte, despossuídos de qualquer direito.

Nascida em um contexto de retomada dos movimentos sociais, com base na crítica contundente e incisiva aos manicômios, a política de saúde mental do Brasil foi constituída, nas últimas décadas, pautada por princípios e diretrizes que apontam para a produção do cuidado ao sofrimento psíquico em liberdade. A máxima, enunciada por Basaglia⁸, “liberdade é terapêutica”, sempre foi tomada como norte a orientar as ações, inventar serviços e organizar a rede assistencial. Temos, hoje, uma diversidade ampla de dispositivos, objetivando

8 BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond Universitária, 2005.

produzir ações integrais e intersetoriais que privilegiam distintas dimensões: cuidado, moradia, trabalho e cultura.

Caracterizamos a Reforma Psiquiátrica como um processo social complexo, ainda em constituição e conformação, sendo alvo das contradições e resistências inerentes ao caminhar na história. Nos últimos anos, amplos setores conservadores da sociedade se organizam e se pautam em diferentes espaços políticos, sustentando teses que apontam para um perigoso retrocesso, que pode colocar a perder importantes conquistas sociais tão arduamente conseguidas.

Com base em um problema característico dos grandes centros urbanos nos quais a dependência ao *crack* se tornou uma questão prioritária a ser enfrentada, muito em função de uma visibilidade dada pela mídia, esta questão é hoje sinônimo de saúde mental. Temos uma política monotemática: praticamente todas as ações de organização da rede de serviços têm o *crack* e a dependência química como eixo central.

Como resposta ao “clamor” de amplos setores da sociedade, organizam-se ações para retirar das ruas os dependentes e interná-los compulsoriamente, desqualificando e desconhecendo todas as outras ações e propostas que a política de saúde mental produz para esta questão, que é por demais complexa para uma resposta tão simples como o isolamento do sujeito, forçando-o a uma abstinência. O resultado é inócuo e risível. As mesmas pessoas retiradas das ruas e internadas retornam, tempos depois, aos mesmos lugares e com o mesmo padrão de uso.

Este capítulo tem por objetivo refletir sobre este movimento de contrarreforma, trazendo alguns elementos que

constituíram a reforma psiquiátrica do Brasil, exatamente, na crítica ao isolamento e à segregação. Esperamos contribuir com algumas reflexões para reafirmar que o cuidado ao sofrimento mental não pode prescindir do princípio ético de ser realizado em liberdade.

AOS LOUCOS, O HOSPÍCIO

A relação entre Reforma, Psiquiatria, Política e Estado remonta aos primórdios da Psiquiatria. No século XVIII, no cenário da Revolução Francesa, Phillippe Pinel, impressionado pelas condições subumanas, solicita, em 1798, autorização da Comunidade Revolucionária Parisiense para libertar os loucos asilados das correntes, transferindo-os para um lugar destinado somente aos doentes mentais, propondo uma nova forma de tratamento: a terapia moral. O médico será, então, uma figura-modelo, exercendo função disciplinadora, reeducando o louco a respeitar as normas, corrigindo-o em suas condutas inconvenientes. As correntes não são mais de ferro, mas todo um encadeamento moral que tornou o hospital psiquiátrico uma instância perpétua de julgamento em que os gestos do louco eram vigiados (FOUCAULT, 1975).

Enquanto isso, no Brasil, a loucura é silenciosa. Segundo Resende, desde o seu descobrimento e por um longo período, não há referência aos loucos, nos relatos e crônicas dos viajantes que escrevem sobre os costumes e a vida social da época. Supõe o autor que os “loucos mansos”, provavelmente andavam pelas estradas e vastos campos, eventualmente molestados pelas crianças e vivendo da esmola e

caridade de alguns benfeitores. Quanto aos agressivos ou que exibiam atitudes indecorosas, eram recolhidos às cadeias públicas. Cita a literatura de Guimarães Rosa que, em suas crônicas da vida dos sertões das Minas Gerais, narra casos de indivíduos que se recolhiam por dias, semanas ou anos em lugares remotos ou navegavam sem rumo pelos rios até que se sentissem em condições de retornar ao convívio da comunidade. Apesar de, muitas vezes, reconhecer nestas atitudes “coisa de maluco” ou “doideras”, não se julgava necessário intervir e estes comportamentos eram vistos muito mais como um aspecto de singularidade destas pessoas do que propriamente como uma evidência de patologia. Deste modo, em vez de “manifesta e loquaz”, como Foucault descrevera a situação da loucura na Europa da Antiguidade e Idade Média, a doença mental parece “ter permanecido em silêncio e suas manifestações diluídas na vastidão do território brasileiro”. (RESENDE, 1987, p. 31).

Ao final do séc. XVIII e início do séc. XIX, a vida social brasileira estava dividida entre uma minoria de senhores e proprietários de terras, uma multidão de escravos e uma massa indefinida que não cessava de crescer: eram escravos libertos, mulatos, mestiços, os inadaptados, pessoas que, não podendo ser proprietários e não sendo mais escravos, eram impelidas a uma situação de trabalho indefinida ou totalmente sem trabalho. “Socialmente ignorada por quase trezentos anos, a loucura acorda, indisfarçavelmente notória, e vem engrossando as levas de vadios e desordeiros nas cidades, e será arrastada na rede comum da repressão à desordem, à mendicância, à ociosidade” (RESENDE, 1987, p. 35).

Segundo Machado *et al.* (1978), o louco faz seu aparecimento como um perigo em potencial e como um atentado à moral pública, à caridade e à segurança. A loucura é um perigo a ser evitado nas ruas da cidade. Liberdade e loucura são antônimas. Em 1830, a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro lançou uma frase de ordem: aos loucos, o hospício. Em 1840, o imperador D. Pedro II determinou a criação de um hospício destinado ao tratamento dos alienados. Inaugurado em 1852, o Hospício de Alienados Pedro II marca uma nova fase da loucura e do louco em nosso país: é o marco institucional do nascimento da Psiquiatria.

Hospício e Psiquiatria nascem no mesmo instante e em resposta a uma demanda social. Segundo Machado *et al.* (1978, p. 376), “só é possível compreender o nascimento da psiquiatria brasileira a partir da medicina que incorpora a sociedade como novo objeto e se impõe como instância de controle social dos indivíduos e das populações”.

Exclusão, eis aí, numa só palavra, a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde os seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque de seus contestadores e reformadores. (RESENDE, 1987, p. 36).

Já no final do século XIX e início do século XX, Cunha (1988) destaca a intensa e rápida urbanização e industrialização da Província de São Paulo. Tal processo pro-

duziu pressões junto ao Poder Público para resolver o problema dos loucos que lotavam as cadeias da cidade e resultou na criação, em 1898, do Hospício de Juqueri, construído por Franco da Rocha, após uma longa negociação política. A autora evidencia, em sua pesquisa nos prontuários dos pacientes, que o Juqueri cumpria a função social de legitimar a exclusão de pessoas ou setores sociais não enquadráveis, indisciplinados.

Nos anos 1920/30, vamos encontrar, conforme aponta Costa (1981), a Liga Brasileira de Higiene Mental, exibindo seu ideal eugênico como projeto político para a sociedade brasileira.

Já nos anos 1960, a política de saúde mental ganhou mais um elemento: a contratação de leitos dos hospitais psiquiátricos privados por meio de convênio com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). A loucura se transformava, assim, em uma mercadoria valiosa e a assistência psiquiátrica, em um importante segmento no mercado dos bens e serviços de saúde, altamente dependente do convênio com o setor público.

Todos estes autores e muitos outros aqui não citados analisam e evidenciam a estreita e íntima relação entre o hospício e as demandas e necessidades oriundas dos processos econômicos, políticos e sociais da cidade e da sociedade na qual estão inseridos.

Podemos afirmar que, como consequência daquela íntima relação, a frase de ordem “aos loucos, o hospício”, enunciada em 1830, foi incorporada pela sociedade. Aos doidos, o único lugar possível é o da exclusão, lugar sustentado e legitimado pelo discurso da Psiquiatria. Durante

anos, tivemos Juqueri, em São Paulo, Jacarepaguá, no Rio de Janeiro, Barbacena, em Minas Gerais, Tamarineira, em Pernambuco, e tantos outros hospícios lotados de pacientes, com profissionais descontentes e desmotivados, alvos de denúncias de maus-tratos e violação dos direitos humanos, adjetivados como antessalas do inferno, campos de concentração etc. Resende (1987) assinala que a palavra exclusão é a que melhor define e sintetiza a política de assistência em saúde mental ao longo de boa parte do século XX.

E é com base neste cenário que teremos um intenso movimento de contestação ao hospital psiquiátrico, que só foi possível emergir nas condições sociais, políticas e culturais de um determinado momento histórico: a retomada dos movimentos sociais dos anos 1970.

MUDANDO A HISTÓRIA: AOS LOUCOS, A LIBERDADE

Antes, é importante assinalar que, embora a internação seja hegemônica, vamos encontrar, paradoxalmente, desde o século XIX, críticas ao hospício e algumas ações que buscavam pensar o cuidado ao sofrimento mental de modo distinto.

No âmbito das críticas, vale destacar o fato de que, em 1882, o escritor Machado de Assis publicou o conto “O Alienista”, narrando a história do doutor Simão Bacamarte que, ao inaugurar o hospício em Itaguaí, iniciou incansável e infrutífera busca dos limites entre a razão e a loucura. Narrado na terceira pessoa, o texto é uma contundente crítica das certezas científicas, evidenciando a sua fragilidade

nos critérios que o médico vai elegendo para definir a linha divisória da sanidade. Em pleno século XXI, o texto é especialmente atual, pois a recente publicação do Manual do DSM V⁹ transforma boa parte dos aspectos da vida cotidiana em diagnósticos psiquiátricos. Nesta mesma linha, não podemos deixar de citar Lima Barreto, que traduziu as suas internações no hospital psiquiátrico da Praia Vermelha em dois textos críticos: *Cemitério dos Vivos* e *Diário do Hospício*.

Já entre as tentativas de se desenvolver práticas diferentes das tradicionais e, algumas vezes, de fato, alternativas, podemos citar, como exemplo, o trabalho do Dr. Ozório César, que utilizava a expressão artística como instrumento terapêutico, na década de 1920 do século passado, no hospital psiquiátrico de Juqueri. Nesta mesma linha, vamos encontrar, na década de 1940, o trabalho da psiquiatra Nise da Silveira que, posteriormente, foi transformado no Museu Imagens do Inconsciente com reconhecimento internacional. Não podemos deixar de citar os nomes de Ulisses Pernambucano e do Prof. Luís Cerqueira não só pelo seu trabalho, mas, principalmente, pela coragem e determinação em constituir uma psiquiatria diferente, atenta às questões sociais como relevantes no processo de produção do adoecimento.

A exemplaridade dessas e de outras experiências, aliada a notícias sobre as transformações na assistência que, em especial, a partir de fins da década de 1960, vinham ocorrendo na Europa e nos Estados Unidos, serviram para entusiasmar vários profissionais brasileiros que, em fins dos anos

9 Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* – DSM) é um manual para profissionais da área da saúde mental que lista diferentes categorias de transtornos mentais e critérios para diagnosticá-los.

1970, encontraram um cenário propício para críticas mais contundentes e para propor formas opcionais de tratamento e de transformações institucionais no contexto da retomada dos movimentos sociais.

Muitos dos principais movimentos sociais da segunda metade dos anos 1970 nasceram nas periferias das grandes cidades e das necessidades de sobrevivência cotidianas: transporte, moradia, saneamento básico, saúde, temas que possibilitaram a criação de uma identificação e o reconhecimento de interesses coletivos comuns. Na conversa com os vizinhos, nas discussões no salão paroquial da igreja, em encontros espontâneos nos lugares públicos, foi sendo organizado um movimento pautado em reivindicações vinculadas às condições de vida, especialmente, da vida urbana. Para Jacobi (1989), tais condições do cotidiano dos bairros e a organização coletiva possibilitaram o surgimento, na cena política, de novos sujeitos históricos os quais foram se afirmando como essenciais interlocutores na reconstituição da cidadania.

Isto surpreendeu a todos, pois, até então, as análises tendiam a interpretar a fábrica e o partido político como os lugares exclusivos e privilegiados das manifestações da classe operária. Estes movimentos, contingentes em suas reivindicações, surgiram em um momento histórico marcado pela opressão em que os canais de manifestação estavam emudecidos ou eliminados pelo regime autoritário. Apontaram para um sentido e um alcance que ultrapassou o imediato e o local, para mobilizar e articular, como experiência compartilhada, as várias opressões vividas em locais diferenciados, ou seja, em tempos autoritários, as condições cotidianas de vida

surgiram como campo de luta e possibilitaram a conquista de espaços políticos para a manifestação, articulação, reivindicação e exigência de direitos perante o Estado, solidificando, na sociedade civil, a ideia de participação e ação coletiva, acelerando a transição democrática.

Sader destaca a emergência de um novo sujeito social e histórico naqueles movimentos sociais, onde havia

[...] a promessa de uma radical renovação da vida política. Apontam no sentido de uma política constituída a partir das questões da vida cotidiana. Apontam para uma concepção da política, a partir da intervenção direta dos interessados. Colocam a reivindicação da democracia referida às regras da vida social, em que a população trabalhadora está diretamente implicada: nas fábricas, nos sindicatos, nos serviços públicos e nas administrações nos bairros. Eles mostram que há recantos da realidade não recobertos pelos discursos instituídos e não iluminados nos cenários estabelecidos da vida pública. Constituem um espaço público além do sistema da representação política. Através de suas formas de organização e de luta, eles alargam as fronteiras da política. Neles aponta-se a autonomia dos sujeitos coletivos que buscam o controle de suas condições de vida contra as instituições de poder estabelecidas (SADER, 2001, p. 313).

Neste âmbito, iniciamos um movimento pela transformação das condições de saúde da população, o movimento da reforma sanitária (RS). Em uma apresentação realizada no evento comemorativo do 20º Aniversário do Curso de Especialização em Saúde Mental da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Sérgio Arouca, um dos principais militantes e ideólogos do SUS, ao falar sobre as origens da reforma sanitária destacou que o movimento nasceu não apenas no campo específico das reformas da saúde, mas, também, da luta contra a ditadura e contou sobre uma questão decisiva que se punha à época: como se podia exercer uma profissão no horário comercial e ser revolucionário e contestador no tempo livre. Como integrar isto? pensar o trabalho e a formação na saúde e enfrentar o pensamento autoritário. Esta grande questão deu origem ao movimento de Medicina Social, de Saúde Coletiva dentro dos departamentos de Medicina Preventiva, que começaram a produzir reflexões e a realizar denúncias das contradições entre ditadura, pensamento autoritário e saúde no seu sentido mais amplo.

Arouca salientava, com seu grande e contagiante entusiasmo, a íntima relação entre ser profissional e ser militante político ou protagonista, militância entendida como atividade ética, de entrega aos valores da luta pela emancipação de todos, pelos interesses daqueles, cuja voz é silenciada, a dos mais humildes, dos humilhados. Não era possível ser um agente transformador apenas no restrito campo de atuação profissional. Era necessário ampliar esta visão e tal ação. Era necessário pensar e atuar na sociedade, no tempo histórico em que se vivia. Também não era possível pensar

no campo da saúde apenas como um campo determinado por fatores eminentemente biológicos. A saúde tem determinantes sociais, o que implica pensá-la como resultante da complexidade de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Transformar a saúde é mudar a sociedade que a produz como processo social.

A reforma sanitária se colocava, assim, fundamentalmente, como um processo político, entendido como possibilidade emancipatória na constituição da *polis*, da esfera pública, dos bens comuns, processo que implicava produção intelectual crítica, práticas e ações alternativas ao modelo hegemônico, militância cotidiana, ocupação de espaços institucionais, articulações com outros setores da sociedade, ocupação de espaços no interior do aparato estatal, avanços e recuos: um fenômeno político trazendo à cena e em pauta a relação entre Estado e Sociedade Civil. A reforma sanitária se constituiu tensionando, criticamente, os termos desta relação.

No interior desse processo mais amplo, localizamos a saúde mental trilhando os mesmos caminhos. Nascida da mobilização de trabalhadores de saúde, no cotidiano de suas práticas institucionais e nas universidades, a Reforma Psiquiátrica buscou politizar a questão da saúde mental, especialmente na luta contra as instituições psiquiátricas; produziu reflexões críticas que provocam ruptura epistemológica; criou experiências e estratégias de cuidado contra-hegemônicas; conquistou mudanças em normas legais; e buscou produzir efeitos no campo sociocultural.

Todo este processo se articulou com outros movimentos sociais e com a luta pela redemocratização do país, levando seus protagonistas a desempenharem uma militân-

cia que transcendia a questão específica da saúde mental. Mais do que isto, criou um movimento social congregador não apenas de setores da saúde mental, como profissionais, associações de usuários e familiares, mas, também, de estudantes, artistas, jornalistas e intelectuais.

Como a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica também se configura não apenas como mudança de um subsetor, mas como um processo político de transformação social. O campo da saúde mental é um lugar de conflitos e disputas, lugar do encontro do singular e do social, do eu e do outro. É, também, o lugar de confronto: das ideias de liberdade, autonomia e solidariedade contra o controle e a segregação, da inclusão e da exclusão, da afirmação da cidadania e de sua negação.

É, sobretudo, um processo que traz as marcas de seu tempo. Não é possível compreendê-la sem mencionar suas origens como movimento social, como uma articulação de agentes da sociedade civil que apresentaram suas demandas e necessidades assumindo seus lugares de interlocutores, exigindo do Estado a concretização de seus direitos. São ações que pressupõem verbalização e afirmação de interesses, disputas, articulações, conflitos, negociações, propostas de novos pactos sociais, ações que acreditam na possibilidade da formação de uma nova sociedade (“um outro mundo é possível”¹⁰). Acreditam na possibilidade de transformar a sociedade, mudar as relações sociais, possibilitar a participação nos bens econômicos, culturais, construir um mundo mais justo, mais equânime, mais livre. Acreditam em milagres, no sentido empregado por Hannah Arendt para o termo. No

10 Referência ao lema do Fórum Social Mundial.

sombrio contexto de meados do século XX, que apresentava, de um lado, a traumática experiência de regimes totalitários e, de outro, a existência dos meios para o total extermínio da Humanidade, Arendt (2004) afirmava que o sentido da política é a liberdade, pois se baseia na pluralidade dos homens, na convivência entre diferentes. Postulava que a política não surge **no** homem, mas sim **entre** os homens. Desta forma, a liberdade e a espontaneidade dos diferentes homens são pressupostos necessários para o surgimento do espaço onde, só então, se torna possível a política. Para ela, o homem é possuidor do dom “extremamente maravilhoso e misterioso, de fazer milagres” e chama a este dom, a esta aptidão, de agir. Arendt acredita que:

[...]. É característico do agir a capacidade de desencadear processos, cujo automatismo depois parece muito semelhante aos processos naturais; é lhe característico, inclusive, o poder impor um novo começo, começar algo novo, tomar iniciativa [...]. O milagre da liberdade está contido nesse poder-recomeçar que, por seu lado, está contido no fato de que cada homem é em si um novo começo, uma vez que, por meio do nascimento, veio ao mundo que existia antes dele e vai continuar existindo depois dele. (ARENDR, 2004, p. 43-44).

Política é a convivência com o diferente, é agir em um mundo de interesses diversos, de conflitos, disputas, alianças. Exercitar a liberdade é correr os riscos de viver a vida como este milagre de começar o novo, tomar a iniciativa de romper

com os discursos e práticas hegemônicas que incidem sobre nosso cotidiano tornando-o monótono, repetitivo, sem perspectiva, cinzento, sem vida.

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS: MOVIMENTOS CONTRARREFORMISTAS

Apesar, contudo, de todo o exposto, a internação psiquiátrica continua sendo solicitada pelas famílias e pela comunidade. Mesmo com a oferta da rede de serviços que hoje se mostra, ainda persiste a exigência social de internação, toda vez que algum tipo de comportamento mais estranho ou extravagante surge. No imaginário dos folhetins e novelas, o pior castigo que pode acontecer para o vilão destas histórias não é a morte, mas sair, no último capítulo, amarrado a uma camisa-de-força para ser internado em algum hospício. A prática social da Psiquiatria deixa, então, de ser exercida só pelos psiquiatras. Ela é legitimada e sustentada pelos cidadãos que vão, ao longo dos anos, criando uma espécie de “cultura manicomial”; ou seja, a oferta exclusiva e compulsória da internação criou uma prática: sempre que há um comportamento estranho ou extravagante ou quando é necessário, por exemplo, por questões de herança, contestar a sanidade de determinada pessoa, é ao hospício que o cidadão recorre não como lugar para tratar, pois as denúncias públicas de maus-tratos já demonstram o contrário, mas como o *lugar* para o louco. O lugar do louco não é apenas a concretude do hospital, mas, principalmente, um espaço social, o lócus da exclusão.

Essa “cultura manicomial” se evidenciou de modo mais claro nos últimos anos com a emergência como problema dos usuários de *crack* que habitam as ruas dos grandes centros urbanos. Repercutida pela imprensa a existência das “cracolândias”, estas se tornaram uma exigência social como território a ser ocupado pelas forças da lei e da ordem.

É inevitável pensar que esta exigência surge em um momento de exposição das metrópoles brasileiras em decorrência de grandes eventos esportivos internacionais que terão como sedes tais cidades; especialmente a cidade do Rio de Janeiro onde as comunidades populares estão sendo ocupadas pelas forças de segurança em nome da “pacificação”, que limpou as vielas e o espaço dos “elementos” perigosos e nocivos, devolvendo a tranquilidade aos pacatos cidadãos.

Em uma lógica semelhante, as ruas das cidades nas quais centenas de pessoas encontram seu precário espaço urbano para, sem qualquer juízo de valor, exercerem seu modo de viver, devem ser ocupadas e higienizadas; ou seja, o poder do Estado é convocado a operar ações em defesa da paz e tranquilidade para que o fluxo do capital possa correr pelas ruas sem se defrontar com o lixo humano que ele mesmo produziu, pois, afinal, são dependentes do consumo em uma sociedade consumista. Vivem e morrem apenas para consumir.

Esta face higienista se oculta em um discurso precariamente científico que afirma ser a internação compulsória a única forma de induzir o sujeito ao tratamento. Se a ação da saúde por seus agentes e trabalhadores não é suficiente, o aparato jurídico e policial é convocado para fazer cumprir este princípio que está na origem do nascimento da Psiquiatria, como destacamos anteriormente. Não se trata de preo-

cupação e zelo com o sujeito em sofrimento, mas sim de atender a uma demanda social marcada por um determinado tempo histórico.

O fenômeno do *crack* está presente nas ruas das grandes metrópoles há, pelo menos, duas décadas. Se não houvesse esses eventos internacionais, talvez esta questão estivesse relegada ao plano secundário que sempre ocupou nas políticas de saúde. Acrescente-se a isto o interesse econômico de algumas entidades em ampliar a sua influência, ofertando leitos em comunidades terapêuticas de caráter religioso, notadamente evangélico, restaurando os convênios com o Poder Público, processo que a reforma psiquiátrica, desde a sua origem, condena de modo veemente.

A reforma psiquiátrica construiu, durante anos, o princípio ético do cuidado em liberdade, base da prática terapêutica, ou seja, não é possível pensar o cuidado levando em consideração um diagnóstico que toma por base as disfunções de interações neurobioquímicas. Principalmente, não é possível admitir práticas que restrinjam ou limitem o exercício do ir e vir, ações que destituem o sujeito no já precário poder de contratualidade que têm sobre si as coisas do mundo, muito menos com práticas que o submetam a um regime de controle e vigilância sobre todas as suas ações cotidianas. O resultado histórico deste modo de pensar é bem conhecido: segregação, violência institucional, isolamento, degradação humana.

Trata-se aqui de deslocar do manicômio como o lugar zero de trocas sociais (ROTELLI, 2001) e da doença como objeto simples, para o território plano do cotidiano no qual o sofrimento psíquico, tomado como objeto complexo,

implica a vida em suas múltiplas dimensões e cuja perspectiva de cuidado, portanto, significa atuar na transformação da subjetividade e dos modos de viver.

São tempos de globalização econômica, radicalização da dependência e da interferência internacional que produzem demandas e necessidades, especialmente nos grandes centros urbanos. Com base nelas, setores conservadores se articulam e exercem seu poder de influência nas decisões sobre as políticas públicas. Recentemente, a Câmara dos Deputados aprovou o texto-base de um projeto de nova Lei Antidrogas. Entre seus itens, prevê a possibilidade de as famílias ou responsáveis legais de usuários de drogas requererem a internação involuntária em instituição de saúde para tratamento e desintoxicação. No Estado de São Paulo, o governador aprovou um programa que concede R\$ 1.350,00 de crédito mensal para famílias que possuem dependentes de *crack* usarem exclusivamente em clínicas credenciadas de reabilitação.

Há um forte movimento antirreformista em franca articulação e que tem como claro objetivo atacar e, se possível, destruir, boa parte das conquistas da Reforma Psiquiátrica tendo como ponto de partida a retomada da internação como dispositivo primordial de cuidado.

É nessa realidade que os movimentos sociais, dentre eles o Movimento da Reforma Psiquiátrica, encontram seu grande desafio: rearticular-se e reencantar os trabalhadores de saúde, os usuários dos serviços, os familiares, enfim, todos os que se importam em produzir e inventar espaços de encontro para a problematização do cotidiano, a fim de formular novas questões: espaços de produção de rupturas, de radicalização das contradições, espaços para a apropriação da vida.

O campo da saúde, das políticas públicas, é terreno de tensão e disputas de sentido. Portanto, *seara* de lutas políticas e ideológicas que envolvem militância, protagonismos, negociações, articulações, pactuações. Assim, a Reforma Psiquiátrica é um movimento político, impregnado ética e ideologicamente e seu estabelecimento não pode ser desvinculado da luta pela transformação da sociedade.

Necessitamos forjar e reaquecer as alianças, exercer a solidariedade, articular forças. Há um grande caminho ainda a ser trilhado. Há um mundo a ser transformado, com urgência.

REFERÊNCIAS

ARENDDT, H. **O que é política?** 5. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2004.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil:** um corte ideológico. Rio de Janeiro: Campus, 1981.

CUNHA, M. C. P. **O espelho do mundo:** Juquery, a história de um asilo. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988.

FOUCAULT, M. **Doença mental e Psicologia.** Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975.

JACOBI, P. **Movimentos sociais e políticas públicas.** São Paulo: Cortez, 1989).

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma:** medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

RESENDE, H. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: COSTA, N. R.; TUNDIS, S. A. **Cidadania e loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena:** experiências e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo 1970-1980. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.

CAPÍTULO 4

REDE ASSISTENCIAL AOS USUÁRIOS DE *CRACK*: CORRESPONSABILIZAÇÃO OU FRAGMENTAÇÃO DO CUIDADO?

Maria Salete Bessa Jorge

Leilson Lira de Lima

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

José Jackson Coelho Sampaio

Randson Soares de Souza

Helena Alves de Carvalho Sampaio

CONSIDERAÇÕES INICIAIS: REDES E ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE *CRACK*

Com o objetivo de debater o modo como se conforma a rede de cuidados aos usuários de *crack*, este capítulo traz um debate profícuo sobre os desdobramentos da atenção integral aos usuários desta substância. Para tanto, dispõe de um arcabouço teórico-conceitual importante transversalizado pelas contribuições de autores com publicações relacionadas à dependência química e autores do campo da saúde coletiva.

A metodologia utilizada foi a busca do estado da arte, analisando na perspectiva do exame crítico e tendo como foco as divergências, convergências, complementares e o diferente, com a finalidade de situar o objeto e contextualizá-lo. Participaram da coleta e análise, trabalhadores da APS – Grupo 4.

A política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas implementada em 2003 prevê a necessidade de se estabelecerem ações na atenção primária voltadas para os usuários destas substâncias. As práticas devem proporcionar tratamento neste nível de atenção, garantir acesso à medicamentos, atenção na comunidade, fornecer Educação em Saúde para a população, envolver comunidades, familiares e usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores sociais, monitorar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2003).

A Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a rede de assistência ao usuário de álcool e outras drogas, reforça a participação da atenção primária nas ações voltadas a esta população, estabelecendo um importante papel na identificação dos casos, na promoção e na prevenção aos agravos de saúde advindos do abuso de substâncias psicoativas (BRASIL, 2011).

A pesquisa ora exibida demonstra que os usuários de *crack* são detectados na atenção primária à saúde (APS) por meio dos agentes comunitários de saúde (ACS), durante as visitas ao território. Outra forma de se identificar o usuário de *crack* é por meio das consultas de rotina na clínica médica da unidade básica de saúde (UBS) seja porque o usuário de *crack* veio para uma consulta agendada com o médico no intuito de resolver outras demandas de saúde seja ele trazido pelo ACS para exames de rotina ou por conta do consumo de *crack* que está ocasionando algum problema orgânico de saúde, conforme se evidencia nos discursos a seguir:

– [...]. Primeiramente, o agente de saúde detecta o usuário, conversa com a família, primeiramente, para depois chegar a ele. Normalmente por outras patologias, nunca chegam pra tratamento diretamente do vício que tem, alguma patologia acomete eles [...] (Grupo 4).

Conforme o trecho da narrativa em evidência, o cuidado na atenção primária é uma premissa básica da assistência aos usuários de *crack* e desempenha importante papel de porta de entrada no SUS e deve estar disponível para realizar seu acolhimento. A atenção primária há de realizar ofertas de cuidado a usuários funcionais, identificar aqueles com história de ruptura dos laços sociais e articular-se aos CAPS do município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais (BRASIL, 2010). Este estudo, no entanto, detectou uma precipitação do encaminhamento aos serviços especializados CAPS-ad, sem haver, por parte do usuário, uma demanda clara em cessar o consumo nem a menor crítica sobre o seu problema com o uso e sem o prévio acolhimento do caso.

Esta estratégia tem pouca resolubilidade, pois os usuários tendem a não procurar os serviços para tratamento e, quando buscam, se inclinam a abandonar, pois não têm a menor crítica sobre o problema. A atenção primária à saúde, no entanto, por meio das Unidades Básicas de Saúde é responsável por fazer o acompanhamento dos casos e realizar ações de redução de danos nos territórios. Os trabalhadores de saúde, porém, assinalam que não sabem o que fazer com

este tipo de usuários, que não há o que fazer e, como intervenção, se limitam a encaminhá-los para o Caps-ad.

Rêgo (2009) destaca o fato de que nem sempre um encaminhamento imediato é pertinente. A precipitação do profissional que acolhe ou de qualquer outro que faça um encaminhamento, muitas vezes, dificulta a adesão. Adiar, recuar, mas, também, adiantar um encaminhamento são modos de operar que devem ser decididos pelo técnico responsável, reforçando a sustentação do vínculo com o usuário. Neste caso, há uma precipitação dos encaminhamentos dos usuários de *crack* para os serviços especializados CAPS-ad, sem que haja o vínculo do usuário com o profissional da UBS.

Os serviços de atenção primária à saúde, no entanto, poderiam ter um protagonismo importante na abordagem aos usuários de *crack*, em razão de sua elevada área de cobertura populacional e pelo seu nível de credibilidade junto à comunidade. As UBS são importantes aliadas para as ações de redução de danos, evitando que os quadros relacionados ao consumo de droga possam ser piorados, tanto do ponto de vista clínico de saúde quanto do prisma social.

Importantes ações poderiam ser implementadas nos territórios por meio dos profissionais das UBS, tais como: orientar sobre formas de redução do consumo; incluindo estratégias de redução da frequência e da quantidade de uso; fornecer esclarecimentos quanto aos riscos de utilizar a droga e realizar atividades que requerem atenção, como dirigir automóveis; advertir acerca de problemas de crises de ansiedade que possam estar associados ao consumo, orientando o usuário a se manter abstinente nestes casos; informar aos usuários, especificamente no caso do *crack*, a beber água

(hidratar-se) e alimentar-se (quando possível) (FABRAN; ROCA; OLTRA, 2005).

No conjunto geral de nossos achados, percebemos que os usuários de *crack* procuram a unidade básica de saúde em razão de outros problemas de saúde. Quando é detectado o uso do *crack*, estes usuários são encaminhados diretamente para o CAPS-ad de referência sem, pelo menos, uma breve abordagem sobre o uso. Por meio de nossas observações, constatamos que há uma tentativa de se livrar do caso, encaminhando-o para um serviço especializado, seja porque o profissional não sabe abordar e acompanhar o caso ou pelo medo de intervir sobre o usuário de drogas, no caso específico, o *crack*.

Os dados encontrados, aqui, corroboram as duas questões suscitadas, pois, tanto há uma dificuldade de se abordar o usuário de *crack* quanto o receio de abordar questões relacionadas ao emprego de droga, por conta do círculo de violência que envolve todo o consumo do *crack*, conforme percebemos nos discursos dos trabalhadores da atenção primária:

[...]. São pacientes que não tem um caminho dentro da rede de saúde não tem pra onde enviar, você pode até detectar, mas, eu fico procurando um caminho, dentro da instituição de saúde pra mandar, pra ter ajuda e eu não encontro. Nós não temos o que fazer com o usuário de *crack*... o acesso deles e pelo o programa de saúde da família onde são avaliados pelo médico ou pela enfermeira e muitas vezes encaminhados pelo CAPS. Daí o médico encami-

nha para o CAPS, que é para começar a fazer o acompanhamento... então, eu acho que a gente é muito carente, a gente não tem muita orientação, deveria ter um curso preparatório para todas as agentes de saúde pra falar disso... esse tipo de situação, basicamente, a nossa unidade junto com as enfermeiras do PSF, elas têm o cuidado de identificar e até certo ponto, talvez por medo de represália [...] (Grupo 4).

Como podemos perceber, há um misto de não saber o que fazer com o usuário de *crack*, em não vislumbrar, minimamente, que tipos de intervenção podem ser realizados. Existe tanto a falta de conhecimento de como abordar os usuários desta substância como o medo que se impõe aos profissionais de saúde devido ao contexto de violência do uso do *crack*. Embora os usuários procurem as unidades básicas para cuidados de saúde, o medo de abordar questões relacionadas ao consumo paira sobre os trabalhadores.

Esse aspecto é resultado dos modelos tradicionais de tratamentos da dependência química centradas na reabilitação moral como um dos principais objetivos a serem alcançados. A culpa quanto ao uso é evidente, pois está estreitamente relacionada à associação do uso com a criminalidade, principalmente quanto ao emprego de substâncias ilícitas.

Esses dados fazem coro com a ideia de Fontanella e Turato (2002) que afirmam que uma das principais barreiras de acesso das pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas está relacionada ao medo do estigma. O fato de pro-

curarem um tratamento situa os usuários em uma circunstância em que são vistos pelos profissionais de saúde como degenerados, rompedores das normas sociais estabelecidas. Bradley *et al.* (2002) acrescentam, ainda, que estas barreiras impedem ou dificultam aos usuários de drogas que já se percebam com problemas relacionados à substância buscarem serviços formais de tratamento.

Observamos, na prática diária dos serviços, as dificuldades dos familiares e até dos próprios usuários de se expressarem acerca do uso de substâncias ilícitas. Receiam que os profissionais os tratem como marginais e que os percebam como transgressores e delinquentes.

Para tanto, a proposta de reabilitação dos serviços, pautada nas novas formas de tratamento da dependência química, deve visar à reabilitação psicossocial, à desconstituição do imaginário social em relação à pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas, vista como um marginal. É importante promover maior aproximação destes sujeitos com os serviços de saúde, promovendo um cuidado mais efetivo e possibilitando o estabelecimento de redes de cuidados por toda a estrutura social (BARCHIZAGO, 2007).

Barchizago (2007) acentua, ainda, que o estreitamento do repertório provocado pela relação de dependência entre o sujeito e a droga não pode ser reproduzido nos serviços, visto que a retração do campo social possibilita crescente estigmatização, afastamento e isolamento do sujeito. A utilização de redes de suporte social e a (re)constituição de ambientes saudáveis possibilitam meios de fortalecimento do sujeito no seu processo de tratamento. A autora salienta que o trabalho destes serviços junto às famílias e às redes sociais

de apoio é fundamental para o enfrentamento dos problemas, proporcionando espaços para interlocução, integração e orientação.

É de responsabilidade, entretanto, também da atenção primária à saúde, constituir-se como um dispositivo de maior capilaridade com a comunidade, desenvolver o mapeamento e a identificação de usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS, propor abordagens para estes usuários, como ações de redução de danos ou ofertas de tratamento (BRASIL, 2010).

Vale destacar o fato de que os usuários não procuram a unidade de saúde para resolver o problema relacionado ao consumo de *crack*, sobretudo porque há uma resistência da unidade de saúde em assisti-los, em razão do envolvimento em situações de violência ou tráfico, o que também inviabiliza a procura do usuário pelas unidades básicas de saúde para quaisquer problemas relacionados ao uso dessa substância.

As Unidades Básicas são serviços de saúde constituídos por equipe multiprofissional responsável por um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde. Devem funcionar como pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial tendo a responsabilidade de desenvolver ações de promoção à saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede (BRASIL, 2011).

O que encontramos no cotidiano dos serviços, porém, é uma grande dificuldade de se intervir junto aos casos. Em

algumas unidades básicas, a resistência é ainda maior, pois há a ideia de que nada se pode fazer em relação ao usuário de *crack* e de que não há onde este usuário ser assistido, pois a rede de saúde não oferece condições mínimas para este cuidado. Há, portanto, uma desresponsabilização, marcada pelo discurso da pouca estrutura, impedindo intervenções e cuidado e acolhimento às necessidades e problemas dos usuários de *crack*.

Tal evidência nos faz recorrer a Rezende (2003) que refere que o risco de se trabalhar com pessoas que fazem uso de drogas é semelhante ao medo de se entrar em contato com pessoas estigmatizadas como loucas. Historicamente, aquele com transtorno mental foi, e continua sendo, objeto de fantasias, discriminações e exclusão social. Da mesma forma, o usuário de drogas passa a ser um dos representantes do que foram as possessões demoníacas em épocas medievais.

Isso é notado pela exclusão que essas pessoas sofrem em várias instituições – família, escola, trabalho. Os profissionais de saúde também se configuram como parte atuante no afastamento desses usuários. Embora percebamos que pode existir risco na assistência a eles, o mesmo cuidado deve estar presente nas demais situações vivenciadas nos serviços de saúde e de saúde mental (REZENDE, 2003). Temos que atentar, no entanto, para o fato de os riscos que cercam o atendimento dos usuários de *crack* estarem muito mais relacionados ao comércio ilegal que gravita ao redor da droga.

A própria identificação do caso é comprometida, pois os profissionais têm medo de represálias dos traficantes da área ou, até mesmo, dos próprios usuários de *crack*. Este as-

pecto decorre, principalmente, das políticas voltadas para as intervenções ao uso de drogas que constituíram no imaginário social a figura do usuário como um delinquente envolvido em atividades criminosas, como o tráfico de drogas, roubos e assassinatos.

Historicamente, a abordagem em relação ao uso de drogas sempre foi delegada aos órgãos repressores, que apresentavam um caráter moralista e militar em relação à prevenção ao uso de drogas. Esta política de repressão, no entanto, parece não ter sido efetiva em alcançar seus objetivos, pois o consumo de drogas ilícitas cresce e a ingestão excessiva de álcool e tabaco continua a trazer sérios problemas sociais e de saúde no mundo inteiro. A ausência do Estado em relação a isto possibilitou o surgimento de estigmas diversos sobre o tema assim como a atenção aos usuários permaneceu com caráter excludente, segregador e em regime fechado.

Para Bergeron (2012), esta associação entre uso de drogas e criminalidade se constitui em uma relação perversa. Como destaca o autor, muitas vezes, esta é feita de maneira simplista, associando a criminalidade ao uso da droga, quando, na verdade, existem inúmeros fatores que contribuem para que a violência esteja associada ao consumo. A própria forma de se abordar os usuários de modo truculento e repressor desencadeia reações agressivas por parte deles. Além disto, é comum a violência subjetiva, constituída pela criminalização do uso, pela dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde e a marginalização dos usuários de droga, contribuindo para o estreitamento da relação entre o consumo de droga e a criminalidade.

A compreensão da droga ilícita como a encarnação do mal e a visão do usuário como um marginal proporcionam o predomínio de uma determinação moral, ou seja, a exigência imperativa da abstinência como objetivo final, uma vez que o seu uso se caracteriza como um ato ilícito, ocorrendo um efeito de superposição entre a incapacidade de abandonar o uso com as restrições morais associadas e a necessidade do indivíduo sem possibilidades de recuperação, justificada pela situação de ilegalidade.

Assim, Mattos (2004) destaca a ideia de que a ilicitude do uso de drogas repercute em dois campos concomitantemente: consiste em uma alteração comportamental bioquímica categorizada como dependência química e representa um ato ilícito, adstrito aos critérios penais, configurando-se como uma transgressão.

A associação dos usuários de drogas com a violência dificulta o acesso dos usuários aos serviços que lhes ofertam cuidados. Os usuários geralmente utilizam maneiras pouco higiênicas para realizar o consumo do *crack*, possibilitando maiores agravos à saúde. O descuido com a saúde abre espaço para o surgimento de mais agravos de saúde, que se avolumam com os problemas sociais decorrentes dos abusos e do padrão compulsivo, piorado pelos referenciais negativos da droga na sociedade, que fazem os usuários se distanciarem ainda mais dos espaços de cuidados.

Também destacamos que as péssimas condições de vida em que os usuários de *crack* estão inseridos favorecem o desencadear de ações violentas por parte deles. Na verdade, isto constitui uma retroalimentação desta violência. No instante em que os serviços sociais e de saúde se negam a

assistir os usuários de drogas, eles reagem de forma violenta à segregação e à marginalização que a sociedade lhes impõe, o que retroalimenta a dificuldade dos trabalhadores da saúde em abordar os casos, em razão do estigma violento que os usuários absorveram ao longo do tempo.

Muitas vezes, as ações violentas dos usuários de drogas são reações às políticas que defendem a opção da repressão mais dura a estas pessoas. Essas políticas, por sua vez, se utilizam desta suposta reação violenta dos usuários como meio de justificar a legitimidade de uma intervenção de segurança pública que ultrapasse o alvo dos usuários para mirar o conjunto da sociedade (BERGERON, 2012), justificando medidas de segurança mais duras e utilizando, assim, os usuários de drogas como bode expiatório.

Bergeron (2012) ainda acentua ser errôneo pensar que a delinquência está associada, estatisticamente, ao uso de drogas, pois não se pode constituir um argumento a favor de uma repressão maior do uso e dos problemas relacionados ao consumo quando se descobre que o uso não é uma condição necessária nem suficiente para a delinquência.

Essa ideia também é defendida por Misse (2010) para quem o problema da violência não está diretamente ligado ao consumo das drogas e sim aos modelos que foram estabelecidos socialmente ao longo dos anos pela própria política de guerra às drogas. Como qualquer outra política de combate, ao chamar a atenção para o consumo dessas drogas ilegais, produz um efeito perverso, de torná-las atraentes e sedutoras, exatamente porque são proibidas, na medida em que passam a ser símbolo de *status*, de coragem e destemor e de pertença a grupos, de formação de uma identidade su-

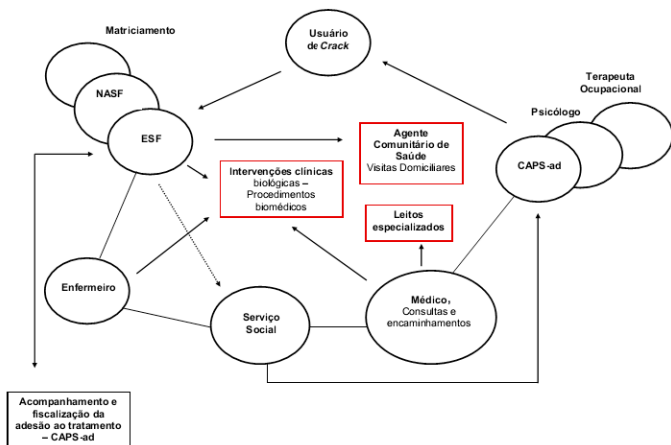
perior por diferenciação com os conformistas. Desta forma, as pessoas passam a buscar a substância como maneira de desafiar os valores morais e sociais vigentes, um jeito de se revoltar contra os valores constituídos.

Já Sapori e Sena (2012) referem que a associação entre o uso de *crack* e violência nas cidades não deve ser compreendida pelo aspecto psicofarmacológico da droga, supondo-se que, após a sua ingestão, alguns podem se tornar irracionais a ponto de agir violentamente ou mesmo como resultado da irritabilidade associada às crises de abstinência. A violência tem estreita relação com o mercado ilícito das drogas, incluindo disputas territoriais entre traficantes rivais, afirmação de códigos de condutas no interior dos grupos de traficantes e eliminação de informantes e punições por dívidas de drogas.

Infelizmente, as intervenções de saúde aos usuários de *crack* na atenção primária passam a ser limitadas, em virtude da associação do consumo desta substância com a violência produzida pelo seu mercado ilegal.

As intervenções na APS, muitas vezes, sucedem de maneira isolada, por parte de alguns profissionais que se sentem mais à vontade em realizar uma escuta do usuário em relação ao seu consumo. Estes profissionais destacam que poderia haver uma escuta sem preconceito, ou pré-julgamento, relacionado ao consumo do *crack*, o que facilitaria minimamente o estabelecimento do vínculo com o usuário e, posteriormente, encaminhá-lo a um tratamento quando ele se sentir motivado: “[...] procurei ouvir sem nenhum julgamento, procurei entender as necessidades do usuário, por que ela entrou... eu procurei abordar sem nenhum tipo de preconceito ela me conta na boa mesmo [...]” (Grupo 4).

As intervenções, muitas vezes, se limitam a ações biologicistas aos agravos de saúde que são demandadas pelo usuário e, quando há compreensão dos problemas relacionados ao consumo do *crack*, os usuários são prontamente encaminhados para o serviço social que, com frequência, reencaminha para o CAPS-ad. Assim, quando se destaca a configuração de uma possível clínica da atenção primária que possa intervir nos usuários de *crack*, esta se pauta em procedimentos biomédicos, eminentemente voltados para questões orgânicas e referenciados dentro da própria unidade de saúde para o serviço social, sem minimamente pensar na formação de um projeto terapêutico conjunto.



Fonte: Elaboração própria.

Destacamos, como intervenções clínicas na atenção primária, a realização de visitas domiciliares, na tentativa de abordar o usuário de *crack* ou a família, mas com o intui-

to de encaminhar o caso para o serviço especializado. As ações das unidades básicas de saúde, quando direcionadas aos problemas do uso do *crack*, se concentram em monitorar o acompanhamento do usuário realizado pelo CAPS-ad, funcionando como um órgão de fiscalização para saber se os usuários estão aderindo ao tratamento.

[...]. Avaliação clínica do profissional Médico e do Enfermeiro e muitas vezes do Assistente Social. A gente faz o acompanhamento domiciliar. Ele faz o acompanhamento no CAPS e a gente também acompanha nas visitas domiciliares, para ver se ele realmente está participando do acompanhamento do CAPS [...] (Grupo 4).

Outra estratégia de intervenção com os usuários de *crack* na atenção primária ocorre de forma tímida e se caracteriza pelo acompanhamento dos casos nas ações do apoio matricial em saúde mental que ocorre esporadicamente em algumas unidades básicas de saúde. Destacamos, no entanto, a dificuldade de se levar casos de usuários de drogas para serem discutidos durante o apoio matricial em saúde mental. Os núcleos de apoio à saúde da família (NASF), os quais têm maior incumbência de articular ações de apoio matricial nas UBS, realizam ações pontuais voltadas para os usuários, revelando pouca potência nas ações, conforme ilustra o discurso seguinte:

[...]. Ela vai pro CAPS ele é avaliado pelo programa de saúde da família pela Assistente Social se for possível ficar acompanhando ele aqui fica pelo matriciamento se não, se for algo mais profundo ele é acompanhado no CAPS... só o matriciamento que é feito com a Assistente Social às vezes com um Médico e Psiquiatra. O NASF normalmente eles dão palestras também de prevenção, não só do uso do craque, como o uso de outras drogas, DST's [...] (Grupo 4).

Experiências de ações em prevenção e assistência de usuários de *crack* por via do NASF apontam para a possibilidade de atuação destes profissionais como articuladores de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao Programa Saúde da Família (PSF). Estas ações devem sempre ter como características agregar pessoas das equipes de Saúde da Família, com vistas à capacitação na abordagem de usuários de *crack* (BRASIL, 2010).

Essa ideia é corroborada por Cruz (2010) para quem a inclusão das ações de saúde mental na atenção primária pode ocorrer por meio da lógica do apoio matricial. Por esta, as equipes dos CAPS oferecem apoio às equipes da atenção básica, incluindo encontros semanais ou mensais com os profissionais da APS. Nesses encontros, os casos relacionados aos problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas são discutidos em equipe e a responsabilidade dos casos é distribuída por todos. Nesta proposta, altera-se a antiga lógica do encaminhamento, da referência e contrarreferên-

cia, responsabilizando todos os envolvidos no acolhimento e/ou nas ações de cuidado continuado.

Divergindo desta asserção, este estudo mostra que os profissionais do NASF se mantêm alheios a estas intervenções de articulação dos projetos terapêuticos dos usuários na APS bem como parecem não desenvolver ações de formação permanente dos profissionais do PSF na abordagem e condução dos casos de abuso de drogas. Limitam-se, então, a realizar palestras informativas e repasse de informações aos usuários sobre doenças sexualmente transmissíveis, o que não deixa de ter sua importância, porém, com pouco impacto para a complexidade que o problema demanda.

Assim, a articulação que poderia ser realizada entre a equipe dos CAPS-ad e a unidade básica de saúde para fortalecer a capacitação dos profissionais em lidar com estes casos fica prejudicada, pois as ações de apoio matricial parecem não discutir os casos relacionados aos problemas com o uso de álcool e outras drogas. Embora todos achem que o problema das drogas precise de solução, no momento da intervenção, todos parecem se esquivar, como se dissessem: “este problema não nos pertence”.

Barros e Pillon (2006) destacam a importância de se articular ações integradas entre a saúde mental e a atenção primária no cuidado aos usuários de drogas e seus familiares. Os profissionais das UBS, por terem a família como unidade programática das ações de cuidado, devem procurar o exercício de atitudes de compreensão e receptividade para auxiliar na prevenção e tratar as consequências decorrentes do consumo de drogas na família e na comunidade.

As intervenções, no entanto, são limitadas aos CAPS-ad para onde estes usuários são encaminhados e que, por vezes, não acessam, por ser longe, por não haver um contato prévio com o serviço e por questões financeiras para o deslocamento. Em contrapartida, diversas ações de saúde poderiam se dar no próprio território, por intermédio das UBS, mas o estudo aponta para a dificuldade que os profissionais têm de abordar os casos e realizar intervenções.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De tal maneira, percebemos aqui que, praticamente, não há elaboração de projetos terapêuticos para os usuários de *crack* na APS. Os casos são imediatamente encaminhados para o serviço social e, em seguida, para o CAPS-ad de referência. O que poderia se aproximar de formulação de um projeto, o que não é realizado de maneira sistemática são ações isoladas de acompanhamento dos casos que estão sendo tratados no CAPS-ad. Há, contudo, pouca interlocução dos serviços na formação de projetos terapêuticos integrados no cuidado aos usuários de *crack* e seus familiares.

REFERÊNCIAS

BARCHIZAGO, A. P. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 202-219.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Programa de saúde da família: desafios e potencialidades frente ao uso de drogas. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 144-149, 2006.

BERGERON, H. **A sociologia da droga**. Aparecida-SP: Ideia & Letras. 2012.

BRADLEY, K. A. *et al.* Alcohol-related discussions during general medicine appointments of male VA patients who screen positive for at-risk drinking. **J. Gen. Intern. Med.**, v. 17, n. 5, p. 315-326, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas aos usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRUZ, M. S. Modelos de atenção a dependentes de drogas. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 951-959.

FABRAN, J. C.; ROCA, X. M.; OLTRA, J. M. O. La atención primaria ante las drogas de síntesis. In: CASTILLO, J. A. G.; SACHEZ, C. L. (Coord.). **Manual de estudios sobre cocaína y drogas de síntesis**. Madri: Edaf, 2005. p. 225-285.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 15, p. 439-447, 2002.

MATTOS, H. F. Prática clínica e fundamentos conceituais. In: _____. (Org.). **Dependência química na adolescência**: tratar a dependência de substâncias no Brasil; seis anos de atuação do Centro Integrado de Atendimento ao Adolescente. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2004. p. 65-99.

MISSE, M. Violência, drogas e sociedade. In: FRAGA, P. C. P. (Org.). **Crimes, drogas e políticas**. Ilhéus, Bahia: Editus, 2010. p. 15-32.

RÊGO, M. Toxicomania: movimento de uma clínica. In: NERY FILHO, A. *et al.* (Org.). **Toxicomanias**: incidências clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009. p. 207-220.

REZENDE, M. M. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. **Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.**, v. 1, n. 1, p. 100-108, mar. 2003.

SAPORI, L. F.; SENA, L. L. Crack e violência urbana. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 74-91.

CAPÍTULO 5

A ORGANIZAÇÃO DO CUIDADO AOS USUÁRIOS DE *CRACK*: FLUXOS E TECNOLOGIAS

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos

Leilson Lira de Lima

Milena Lima de Paula

Paulo Henrique Silva Rodrigues

Paulo Henrique Dias Quinderé

Maria Salete Bessa Jorge

A discussão da clínica, saberes e práticas utilizadas no cuidado aos usuários de *crack* exigem a compreensão das transformações do modelo de assistência em saúde (que se consolida desde a Constituição de 1988 e das leis 8.080/90 e 8.142/90) que estipulou os princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro, com destaque para a universalidade, integralidade, igualdade da assistência e participação social.

Esse processo permitiu a expansão do campo e das práticas de saúde, repensando a tradição organicista e tecnicista do tratamento dos problemas e aproximando-se da ideia de produção social da saúde. Estas mudanças ampliaram o objeto de trabalho (da doença às pessoas e destas à família), a abertura às contribuições de vários saberes estruturados com base na articulação de várias disciplinas do campo da Saúde Pública e Saúde Coletiva bem como a reorganização da prática clínica em busca da integralidade do cuidado.

Assim, a clínica operada nos serviços de saúde deve pressupor a ideia de produção social da saúde, rompendo com a concepção biologicista linear de simples causa-efeito, para considerar questões do contexto histórico, social, econômico, cultural, biológico, ambiental, além das relações e envolvimento dos agentes sociais na tomada de decisões.

Portanto, partimos da noção de que o ser humano é um ser do cuidado e agente de práticas de saúde, um ser político capaz de participar ativamente no meio social em que está inserido. Não é um mero ser doente, passivo, necessitando de intervenções que lhe possibilitem a cura dos seus males; um ser ativo que exerce sua autonomia e luta pelos seus direitos. A forma como este ser humano age, seus anseios e esperanças, seus modos de aceitar as inovações e a relação que estabelece com seus semelhantes, com sua equipe de trabalho, o consagra como um ator social, sujeito de suas ações (ERDMANN *et al.*, 2006).

Então, pretendemos problematizar o objeto, a organização das práticas e dos fluxos com enfoque no acesso aos serviços da atenção básica e especializada, especificamente a Estratégia Saúde da Família (ESF) e Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) como também as ferramentas de trabalho ou tecnologias empregadas no cuidado ao usuário de *crack*, tendo como pano de fundo a ideia da clínica e os saberes e práticas operados no cotidiano da atenção à saúde.

Iniciando nosso percurso pela discussão do objeto, percebemos que a droga *crack* ainda é socialmente apontada como a principal causadora do problema no usuário. Esta concepção é reproduzida nos serviços de saúde, quando os

trabalhadores elegem a substância como o ponto desencadeador dos sofrimentos vivenciados. A droga, neste contexto, é apontada como a causa de males psicossociais e biológicos, em um movimento linear de causa-efeito, sem a compreensão ampliada de todo o cenário.

O consumo de drogas é uma prática universal e milenar e que envolve questões culturais, religiosas, econômicas, políticas e sociais. Neste aspecto, autores como Espinheira (2009) e Almeida e Caldas (2011) defendem a ideia de que as drogas não podem ser tomadas como causas, como um mal e, por isto, o problema a ser enfrentado não é a substância, mas as disposições para usá-las e a intensidade dos usos levadas por estas disposições internalizadas de cada pessoa.

Encontramos aqui o paradoxo que envolve o cuidado ao usuário de *crack*. O objeto será a substância ou o usuário em toda a sua singularidade, desejos e opções? No caso do objeto ser a droga de consumo, a clínica e o tratamento estarão baseados no modelo biomédico legitimado pela assistência psiquiátrica, ou seja, o objetivo único e exclusivo será retirar o usuário do convívio social e promover o abandono do uso, conforme as práticas hegemônicas implementadas durante o final do século XIX e início do século XX. Tais práticas oferecem à pessoa com uso problemático de drogas a reabilitação moral como um dos principais objetivos a serem alcançados. Noções como a culpabilização quanto ao uso, a associação com a criminalidade e estigma são evidentes e influenciam negativamente o cuidado à pessoa, uma vez que limita o escopo de intervenções, impossibilita a articulação de outras disciplinas, especialidades e profissões em decorrência da hegemonia de um saber.

Se, no entanto, o foco da atenção recair sobre o usuário, abre-se a possibilidade de ações singulares e da compreensão ampliada do processo saúde–doença, a exemplo da estratégia de redução de danos adotada pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que tem o objetivo de ampliar o escopo de intervenções junto aos usuários de drogas, não tendo a abstinência da substância pelo usuário como o principal foco. Além disto, procura realizar intervenções que ultrapassam a relação da pessoa com a droga, buscando intervir no contexto social, econômico e cultural, incluindo a família e os grupos de uso e articulando a rede social de apoio do usuário de droga.

Essa estratégia resguarda princípios da ideia de produção social da saúde, pois compreende a interação da pessoa com o contexto e a participação dos agentes sociais na tomada de decisões, no que diz respeito à discussão ampliada sobre ações de proteção e práticas de cuidado e autocuidado relacionadas ao uso de drogas. Neste sentido, observamos o princípio de corresponsabilização como essencial para a clínica, pois a corresponsabilidade daquele que está se tratando implica o estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem percorridos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

O percurso ora proposto e sistematizado neste capítulo perpassa a análise das práticas que envolvem o exercício clínico. Tal ação se faz importante pela possibilidade teórico-metodológica de dispor interrogações sobre os su-

jeitos, espaços e cotidianos no campo da saúde. É possível, assim, evidenciar a constituição de elementos que favoreçam a episteme subjetiva, a elucidação de nós críticos na atenção à saúde e, principalmente, a autoanálise dos processos de cuidar.

Portanto, para a análise das práticas operadas no cotidiano dos serviços de saúde que atendem a demanda de usuários de *crack*, utilizamos um fluxograma analisador do processo de trabalho, objetivando descrever os caminhos percorridos pelos usuários ao buscar atendimento aos seus problemas de saúde nos serviços de atenção básica e especializada (MERHY, 1997). Ressaltamos que, neste contexto, estão implicadas diretrizes do SUS, ferramentas e tecnologias empreendidas no cuidado em saúde que têm a integralidade como sua imagem-objetivo.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas está articulada com os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira estabelecidos na Lei nº 10.216/2001 cujo texto estabelece as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência bem como à sua integralidade. Além disto, valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades, ajustando, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003).

Com efeito, a referida política prevê a necessidade de se estabelecerem ações na atenção básica voltadas para os usuários de álcool e outras drogas. As práticas devem proporcionar tratamento neste nível de atenção, garantir acesso a medicamentos, atenção na comunidade, fornecer Educação em Saúde para a população, envolver comunidades, familiares e usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores sociais, monitorizar a saúde mental na comunidade, dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos, em uma perspectiva ampliada de saúde pública (BRASIL, 2003).

Reforçando esta participação da atenção básica na assistência ao usuário de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde publicou, em 23 de dezembro de 2011, a Portaria nº 3.088, que institui ações voltadas para esta população, estabelecendo um importante papel da atenção básica na identificação dos casos, na promoção e prevenção aos agravos de saúde, advindos do abuso de substâncias psicoativas.

A ESF, por sua vez, se mostra uma importante aliada na intervenção aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, haja vista a sua inserção nos territórios que permitem aos profissionais de saúde estarem próximos aos lugares de consumo da substância. Além disto, pode ser considerada a porta de entrada dos usuários ao sistema de saúde, por ser o primeiro espaço de cuidado buscado para obter algum tipo de ajuda, mesmo que seja para a solução de problemas clínicos consequentes ao uso. Deste modo, buscam o médico, a enfermeira ou o agente comunitário de saúde (ACS) para discutir seus problemas e necessidades de saúde.

Assim, o encontro entre a equipe de saúde e os usuários de *crack* do seu território é possibilitado pela visita domiciliar ou quando de consultas de rotina na unidade de saúde. Aqueles que não acessam os serviços da ESF são identificados pelos agentes comunitários de saúde na visita ao território. E, de modo complementar, este encontro é concretizado por meio das consultas de rotina na clínica médica da unidade seja por uma consulta agendada no intuito de resolver outras demandas de saúde, pela solicitação de exames de rotina ou por conta do consumo de *crack* que está ocasionando algum problema orgânico de saúde, como se evidencia nos discursos a seguir:

[...]. Primeiramente o agente (ACS) de saúde detecta o usuário, conversa com a família primeiramente, para depois chegar a ele... Normalmente por outras patologias, nunca chegam pra tratamento diretamente do vício, tem que ter alguma patologia acometendo a saúde deles [...] (Grupo 4).

Conforme esse discurso, o cuidado na atenção básica é uma premissa na assistência aos usuários de *crack* e desempenha importante papel de porta de entrada no SUS. Nesse sentido, este nível de atenção deve estar disponível para possibilitar o acesso de qualidade e o acolhimento de suas demandas. Dentre as suas práticas, deve realizar ofertas de cuidado a usuários funcionais, identificar aqueles com história de ruptura dos laços sociais e articular-se aos CAPS do

município para o desenvolvimento de projetos terapêuticos individuais (BRASIL, 2010).

Ocorre, no entanto um tensionamento na condução dos casos de usuários de *crack* e outras drogas na unidade de Saúde da Família. Este fenômeno também foi identificado no estudo de Barros e Pillon (2007) sobre a assistência prestada aos usuários de drogas pelos profissionais das equipes de Saúde da Família. Os autores observaram que existem dificuldades na assistência oferecida aos usuários de drogas e que estes pouco se beneficiam deste serviço, evidenciando a necessidade urgente de mudanças nesta assistência.

Uma dessas dificuldades se centra na (des)responsabilização dos profissionais da equipe de Saúde da Família por este tipo de demanda. Como consequência, vemos a precipitação do encaminhamento aos serviços especializados, como o CAPS-ad, sem o adequado acolhimento do caso.

Assim, os usuários de *crack* que procuram a unidade básica em decorrência de outros problemas de saúde são atendidos e, quando é identificado o uso do *crack*, estes são encaminhados diretamente para o CAPS-ad de referência sem haver, pelo menos, uma breve abordagem sobre o uso e a análise das possibilidades terapêuticas inscritas neste cenário. Isto sugere uma tentativa de “se livrar” ou “dar seguimento” ao caso, encaminhando para um serviço especializado seja porque o profissional desconhece a abordagem e o acompanhamento a esse tipo de situação ou em razão do medo de intervir sobre o usuário de drogas, no caso específico, o *crack*.

Este fenômeno propõe questões sobre a dificuldade no manejo clínico do usuário de *crack* pelos profissionais da equipe de Saúde da Família, como também a ideia que

persiste no imaginário social de consumo de drogas de sua relação com a violência urbana. O primeiro é reflexo da formação em saúde e da emergência do consumo de *crack* em toda a sociedade, uma vez que as práticas em saúde não acompanharam a dinâmica deste problema, permanecendo com práticas desarticuladas, fragmentadas e individualizadas em que não encontram linhas de fuga. O segundo reside na reprodução da associação do uso de drogas à delinquência e à violência pela equipe de saúde. Percebemos nos discursos dos trabalhadores da atenção básica tais questões:

[...] São pacientes que não tem um caminho dentro da rede de saúde não tem pra onde enviar, você pode até detectar, mas eu fico procurando um caminho dentro da instituição de saúde pra mandar, pra ter ajuda e eu não encontro. Nós não temos o que fazer com o usuário de *crack*... o acesso deles e pelo o Programa de Saúde da Família onde são avaliados pelo médico ou pela enfermeira e muitas vezes encaminhados pelo CAPS. Daí o médico encaminha para o CAPS, que é para começar a fazer o acompanhamento... então, eu acho que a gente é muito carente, a gente não tem muita orientação, deveria ter um curso preparatório para todas as agentes de saúde pra falar disso... esse tipo de situação, basicamente a nossa unidade junto com as enfermeiras do PSF, elas têm o cuidado de identificar e até certo ponto, talvez por medo de represália [...] (Grupo 4).

Como podemos perceber, há um misto de não saber o que fazer com o usuário de *crack*, em não vislumbrar, minimamente, que tipos de intervenções podem ser realizados. Existe tanto a falta de conhecimento sobre como abordar os usuários desta substância quanto o medo que se impõe aos profissionais de saúde em razão do contexto de uso do *crack*. Embora os usuários procurem as unidades básicas para cuidados de saúde, o medo de abordar questões relacionadas ao consumo paira sobre os trabalhadores.

Com efeito, percebemos que, praticamente, não há elaboração de projetos terapêuticos para os usuários de *crack* na APS e sua articulação com a rede de serviços. O que ocorre, conforme é demonstrado no fluxograma, é o encaminhamento desarticulado e sem correponsabilização para serviços especializados como o CAPS-ad, grupos de autoajuda e comunidades terapêuticas.

Ao acessar o serviço da unidade de Saúde da Família, os casos (usuários de *crack*) podem percorrem dois caminhos, um dos quais é o atendimento pelo enfermeiro, que realiza a triagem e, a seguir, indica a avaliação médica. Por sua vez, quando o acesso ao serviço da ESF é em função da busca de resolução ao problema do uso abusivo da droga, o usuário de *crack* é imediatamente direcionado para o serviço social e, em seguida, encaminhado ao CAPS-ad de referência.

Os usuários de *crack*, quando identificados no território por meio dos agentes comunitários de saúde devido a um problema clínico ou à demanda dos usuários ou familiares para tratamento do problema advindo do abuso do *crack*, em todas as situações, são direcionados à unidade básica de saúde. Lá, recebem atendimento do enfermeiro, sendo realizada

uma triagem do caso e prontamente é encaminhado para o médico.

A avaliação médica consiste na identificação de problemas clínicos e outros advindos do abuso de *crack*. Os de teor clínico são acompanhados na própria unidade e, para a resolução das situações de abuso da droga, o usuário é direcionado para o serviço social presente na unidade que, prontamente, encaminha o caso para o CAPS-ad ou indica algum suporte da rede social de apoio do território tais como grupos de autoajuda e comunidades terapêuticas.

Ao receber o atendimento no CAPS-ad, o suporte da atenção básica no acompanhamento do caso fica restrito ao monitoramento dos agentes comunitários de saúde sobre a adesão ao tratamento do CAPS-ad. O que poderia se aproximar de um projeto, o que não é realizado de maneira sistemática, são ações isoladas de acompanhamento dos casos que estão sendo tratados no CAPS-ad. Há, contudo, pouca interlocução dos serviços na elaboração de projetos terapêuticos integrados no cuidado aos usuários de *crack* e seus membros familiares.

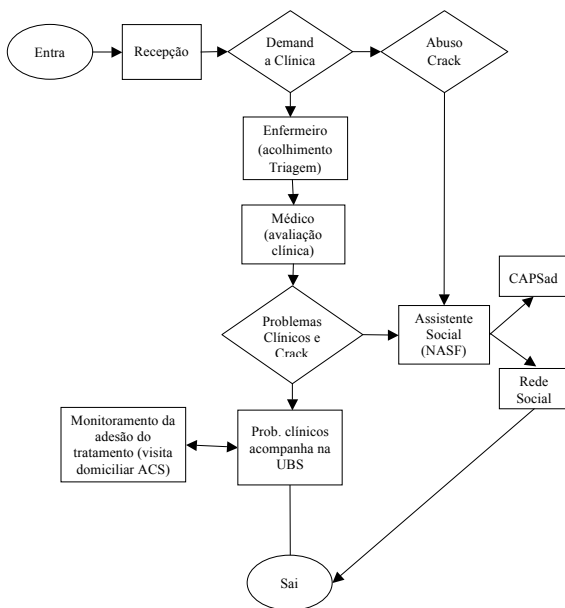
É importante destacar a dificuldade de construção de um projeto terapêutico do usuário de forma conjunta. As intervenções visam ao encaminhamento do usuário de *crack*, sem estabelecer o vínculo terapêutico com este usuário, efetivado com o acolhimento à primeira intervenção relacionada ao seu problema com o uso da droga.

Ademais das dificuldades de acesso, manejo clínico, discussão do projeto terapêutico e articulação da rede, é evidente a importância da intervenção da equipe de Saúde da Família no cuidado aos usuários de drogas, seja na identifi-

cação precoce dos casos de abuso de substâncias psicoativas, na intervenção breve dos casos e no atendimento de situações de menor gravidade que constituem a maioria da parcela de pessoas com problemas com álcool e outras drogas. Neste sentido, percebemos a necessidade de capacitação das equipes para abordarem determinados casos, além da adoção de atitudes positivas e, assim, de práticas resolutivas (CRUZ, 2010).

Como destacam Ronzani et al. (2005) a intervenção breve se concentra em duas direções principais: sua efetividade na redução de padrões de uso da substância e as condições em que é implementada, focalizando especialmente o preparo dos profissionais envolvidos. Estratégias que visem a mudança de atitudes, conhecimento e habilidades dos profissionais se mostram importantes na implantação de ações preventivas do uso abusivo de álcool e outras drogas. Quando os profissionais possuem atitudes positivas em relação aos usuários, sentem-se tecnicamente mais preparados para utilizar procedimentos de intervenção breve. Por esta razão, os programas de capacitação e treinamento de profissionais de atenção primária à saúde devem ser pragmáticos e focar a mudança de atitudes em relação aos usuários de álcool e drogas.

Figura 1 – Fluxograma do usuário de *crack* na atenção primária – Fortaleza-CE, 2012.



Fonte: Elaboração própria.

Vale destacar o fato de que os usuários não procuram a unidade de saúde para resolver o problema relacionado ao consumo de *crack*, sobretudo porque há uma resistência da unidade de saúde em assistir os usuários de *crack*, em razão do envolvimento em situações de violência ou tráfico, o que também inviabiliza a procura do usuário pelas unidades básicas de saúde para quaisquer problemas relacionados ao uso desta substância.

Em algumas unidades básicas, a resistência é ainda maior, pois há a ideia de que nada se pode fazer em relação

ao usuário de *crack* e de que não há onde este usuário seja assistido, pois a rede de saúde não oferece condições mínimas para o seu cuidado. Há, portanto, uma desresponsabilização, marcada pelo discurso da pouca estrutura, impedindo intervenções o cuidado e acolhimento às necessidade e problemas dos usuários de *crack*.

Os discursos indicam que os serviços do CAPS-ad oferecem aos usuários de *crack* acesso ao tratamento/acompanhamento por demanda espontânea. É fato que alguns usuários advêm de encaminhamentos da atenção básica, de hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, por meio de ordem judicial, o que é um aspecto importante, pois mostra que os trabalhadores de outros serviços estão identificando usuários de substâncias psicoativas nos territórios e reconhecendo o CAPS-ad como uma possibilidade de cuidado a estes sujeitos.

Estas ações, no entanto, não caracterizam articulação entre as redes de cuidado, visto que não há trabalhos conjuntos entre as equipes. Com base nos discursos, identificamos o fato de que os outros locais de cuidado realizam encaminhamentos para o CAPS-ad como tentativa de “desafogamento” de seus serviços ou pelo sentimento de incapacidade de seus trabalhadores em relação ao cuidado com o usuário de droga, o que leva à busca de outra instituição que se responsabilize por ele, quando, no entanto, o que deveria existir era um corresponsabilização pelo cuidado em saúde dele.

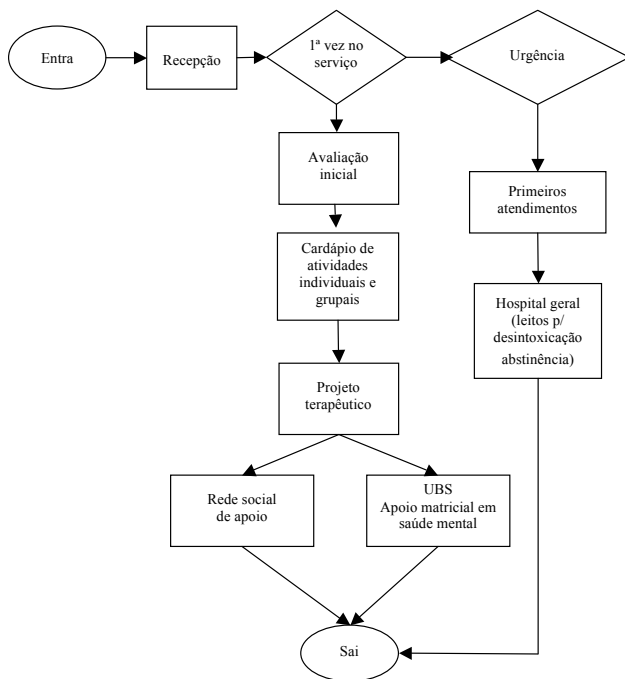
O acesso dos usuários de drogas aos cuidados em saúde no Brasil é pautado pelas dificuldades dos trabalhadores de saúde em acolher esta demanda, uma vez que há centralização do tratamento no CAPS-ad. Os demais serviços não se reconhecem responsáveis pela atenção a este usuário

e a liberdade de acesso aos serviços de saúde acaba limitada, quando direcionada a um serviço específico, por mais que este sujeito possua outras necessidades de saúde que poderiam ser acolhidas em outros locais de cuidado. Apesar de o CAPS-ad ser local estratégico de cuidado e atenção integral ao usuário de álcool e drogas, persiste a ideia do CAPS-ad como o único recurso de atenção a usuários de *crack*, causando, em muitas ocasiões, uma barreira de acesso em diversos outros serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Esse usuário pode chegar ao serviço CAPS-ad encaminhado pela atenção primária, por demanda espontânea ou por meio dos familiares, que levam os usuários ao serviço como uma forma de tentar minimizar os problemas advindos desta relação de consumo da substância. Como destacamos na Figura 1, o usuário, ao chegar ao serviço, é acolhido por um profissional que irá avaliar o caso e, juntamente com o usuário, traçará o seu projeto terapêutico.

Se houver, no momento dessa avaliação, a detecção de algum quadro de intoxicação ou abstinência, o usuário é encaminhado aos serviços de emergência de que o município dispõe, como leitos de internação para desintoxicação e abstinência, no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza, instituição filantrópica integrada ao SUS na década de 1980, e que, atualmente, conta com 12 leitos, sendo quatro femininos e oito masculinos.

Importante é destacar, ainda, que esse fluxo do usuário de *crack*, quando em acompanhamento no CAPS-ad, permanece restrito às atividades dentro do serviço, havendo dificuldades de interlocução com as demais redes assistenciais e de apoio, como podemos visualizar na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma do usuário de *crack* no CAPS-ad – Fortaleza-CE, 2012

Fonte: Elaboração própria.

As ações, portanto, se mantêm aprisionadas aos serviços, havendo dificuldades na articulação com a rede de apoio ou com as unidades básicas de saúde. Para Barchizago (2007), o trabalho com a família e com a rede social de apoio, por meio de coleta de dados e do atendimento, tem por objetivo valorizar a participação como parceria imprescindível no enfrentamento de problemas oriundos do sofrimento dos usuários, viabilizando espaços de interlocução, integração e

orientação. As intervenções quanto à rede de apoio social, porém, ficam praticamente centradas na intervenção junto da família do usuário, não se ampliando as intervenções no âmbito do território, reforçando percepções de que o tratamento do usuário de droga, em especial do usuário de *crack*, deve ocorrer em ambiente recluso e distante da comunidade, contribuindo para a segregação deste usuário.

Destacamos, como intervenções clínicas na atenção primária, a realização de visitas domiciliares na tentativa de abordar o usuário de *crack* ou família, mas com o intuito de encaminhar o caso para o serviço especializado. As ações das unidades básicas de saúde, quando direcionadas aos problemas do uso do *crack*, se concentram em monitorar o acompanhamento do usuário realizado pelo CAPS-ad, funcionando como um órgão de fiscalização para saber se os usuários estão aderindo ao tratamento.

[...]. Avaliação clínica do profissional Médico e do Enfermeiro e muitas vezes do Assistente Social. A gente faz o acompanhamento domiciliar. Ele faz o acompanhamento no CAPS e a gente também acompanha nas visitas domiciliares, para ver se ele realmente está participando do acompanhamento do CAPS [...] (Grupo 4).

As ações do apoio matricial em saúde mental na atenção primária, uma importante estratégia de intervenção aos usuários de *crack*, ocorre de forma tímida. Constatamos no estudo a dificuldade de debater casos relacionados ao abuso

de drogas no apoio matricial em saúde mental. Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais têm uma maior incumbência de articular ações de apoio matricial nas UBS, realizam ações contingentes voltadas para os usuários, revelando pouca potência nas ações, conforme ilustra esse discurso:

[...]. Ela vai pro CAPS ele é avaliado pelo programa de saúde da família pela Assistente Social se for possível ficar acompanhando ele aqui fica pelo matriciamento se não, se for algo mais profundo ele é acompanhado no CAPS... só o matriciamento que é feito com a Assistente Social às vezes com um Médico e Psiquiatra. O NASF normalmente eles dão palestras também de prevenção, não só do uso do craque, como o uso de outras drogas, DST's [...] (Grupo 4).

Observamos, portanto, que uma importante tecnologia de articulação do cuidado aos usuários de drogas, especificamente o de *crack*, fica comprometida, embora estratégias de prevenção e assistência de usuários de *crack* por meio do NASF apontem para a possibilidade de atuação destes profissionais como articuladores de projetos terapêuticos de caráter interdisciplinar e intersetorial junto ao Programa Saúde da Família (PSF). Tecnologias como esta deveriam ser potencializadas em razão da característica de agregar pessoas das equipes de Saúde da Família com vistas à capacitação na abordagem de usuários de *crack* (BRASIL, 2011).

No geral dos dados deste estudo, observamos que, após o acolhimento, inicia-se, propriamente, o acompanhamento do usuário. O olhar dos trabalhadores a respeito dos usuários de *crack* é permeado por um discurso de que esses usuários são pacientes de adesão difícil ao tratamento, com alto grau de ansiedade.

Este modelo de assistência oferece limitações e se configura como uma barreira ao acesso de pessoas que expressam problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, pois a alta exigência em torno da abstinência do consumo engendra formas de censuras e recriminações aos episódios de recaída ou de reincidência no uso de droga, tornando estas instituições de saúde espaços pouco acolhedores e contribuindo para a estigmatização dos usuários, como pessoas “fracas”, “vagabundas”, “sem-vergonha” e “imorais”. (ALVES, 2009).

Além desses fatores, há uma demanda ostensiva das famílias por internamentos e medicações, como algo primordial ao tratamento. A internação é utilizada, pela família, como fuga da problemática e a medicação é entendida como a possibilidade de cura da “doença do vício”, podendo-se interpretar que há uma representação social do usuário de drogas como um ser doente:

[...]. Porque muitas vezes a família, quando traz o usuário para cá, é porque pensa que vamos internar. A família, quando chega, quer internar ele aqui. Tipo assim: vou me livrar daquele problema, vou deixar ali. A relação do usuário com a família já está pela última gota de água [...] (Grupo 3).

De acordo com a percepção dos trabalhadores, podemos dizer que há uma desagregação sociofamiliar do usuário de *crack*, manifestada pelo seu desaparecimento da convivência familiar. Eles vão para as ruas, saem de casa e as famílias ficam sem saber como lidar com a situação. No serviço, também há uma dificuldade de intervir neste aspecto.

Observa-se, na prática diária dos serviços, as dificuldades dos familiares e até dos próprios usuários de se expressarem acerca do uso de substâncias ilícitas. Receiam que os profissionais os tratem como marginais e que os percebam como transgressores e delinquentes.

Como bem destaca Barchizago (2007), a proposta reabilitadora dos serviços, pautados nas novas formas de tratamento da dependência química, devem operar em uma perspectiva de reabilitação psicossocial. A desconstituição do imaginário social em relação à pessoa com problemas relacionados ao uso de drogas vista como um marginal promove uma maior aproximação destes sujeitos com os serviços de saúde, viabilizando um cuidado mais efetivo e a construção de redes de cuidados por toda a estrutura social.

É preciso, então, que os trabalhadores de saúde conheçam limites e potencialidades de cada grupo familiar, compreendendo suas diferenças culturais, valores e a maneira de lidar com o uso de droga de um membro familiar. As práticas de saúde a serem desenvolvidas pelo serviço devem estar conectadas à realidade vivida por parte de cada família, pois esta dependerá da habilidade do trabalhador em favorecer o vínculo, da troca de conhecimento e do apoio solidário (TRAD, 2010). Com base nesta prática, o trabalhador poderá desmistificar a concepção familiar positivista e punitiva

que prega, como únicas possibilidades para tratamento do uso abusivo de drogas, a internação e a abstinência.

Reconhecemos a “naturalidade” da forma como as famílias percebem o tratamento para o uso de drogas, uma vez que é grande a dificuldade em compreender que o tratamento pode acontecer sem que haja abstinência do uso da substância. Alertamos, no entanto, para a possibilidade de maleficência deste tipo de conduta e que, como bem nos lembram Santos e Costa-Rosa (2007), a abstinência forçada como estratégia da política pública de saúde presente no tratamento comum da toxicomania mostrou consequências altamente negativas para o resultado do tratamento. Este fato se torna agravante, na medida em que os familiares passam a exigir a abstinência dos usuários, acarretando conflitos frequentes e dificultando mais ainda as situações, já complicadas, devido ao problema com o uso da substância. Os CAPS, desta forma, têm o papel fundamental de dar suporte a estas famílias, de cuidar delas, mesmo sem a participação dos usuários efetivamente no tratamento.

O usuário pode estar precisando de uma internação para desintoxicação, pode estar negando o fato de ter problemas com o uso da substância, pode estar motivado a se abster do uso, pode fazer uso de múltiplas drogas e estar precisando reduzir o consumo ou cessar o uso daquela que mais o prejudica. Para isto, necessita de um conjunto de possibilidades do sistema público de saúde para poder acessar o serviço ou a intervenção que mais se harmonize naquele momento.

Pereira (2008) demonstra que a dependência pode atingir, de forma gradativa, diversos aspectos da vida das pessoas, necessitando de um tratamento abrangente que via-

bilize ou, ao menos, minimize ou busque tentativas de resolução para os inúmeros problemas decorrentes do uso nocivo das substâncias. Há um consenso, na literatura, de que não existe um tratamento extraordinário e único. As melhores práticas que devem ser usadas, *a priori*, são baseadas em evidências, já que foram testadas e exprimem resultados mais confiáveis, porém, precisam estar adequadas às realidades, desejos e necessidades de cada pessoa.

A respeito desta complexidade, temos em vista que as intervenções no campo da dependência química exigem abordagens diferenciadas, manejos terapêuticos variados, levando-se em consideração a pessoa, com as particularidades psíquicas e biológicas, sem desprezar o tipo da droga eleita em um contexto socioambiental.

No que concerne aos avanços relacionados às políticas sobre drogas no Estado Brasileiro, ainda há muitas lacunas a serem preenchidas. Quanto à atenção à saúde, a estruturação e fortalecimento de uma rede pública de saúde especializada na atenção aos usuários de *crack*, álcool e outras drogas, assim como às suas famílias, centrada em uma atenção comunitária, orientada na concepção ampliada de redução de danos e articulada com as demais redes sociais e de serviços de saúde, constitui, no momento atual, um grande desafio (ALVES, 2009).

Esta interação do sujeito em sofrimento com os responsáveis pelo cuidado (trabalhadores, profissionais, gestores) precisa apontar na direção da autonomia. Isto significa entender o cuidado como reconstituição da ajuda para o fortalecimento da autonomia do outro, baseada em relações que possibilitem a emancipação e não a opressão (FERREIRA;

COTTA; OLIVEIRA, 2008).

A articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde na abordagem aos usuários de *crack* é imprescindível. A interlocução dos serviços especializados CAPS-ad e a atenção básica é veículo importante para a articulação das redes sociais de apoio aos usuários e a identificação de quais os serviços e estratégias que podem melhor assistir os usuários, de acordo com as características individuais.

Para Bordin, Figlie e Laranjeira (2004), não existe um modelo de tratamento melhor do que o outro: cada um deles possui vantagens e desvantagens na prestação dos cuidados aos dependentes químicos. Observamos é que há pacientes mais indicados para cada tipo de tratamento ou serviços, ampliando, assim, as possibilidades de cuidados específicos para cada tipo de perfil de dependente bem como de acordo com o momento de dependência em que se encontra.

Para Pinheiro (2001), a capacidade resolutiva dos níveis de complexidade da atenção (primário, secundário e terciário) estará diretamente relacionada com a eficiência das tecnologias desenvolvidas no primeiro nível de atenção. Quando o profissional da unidade básica consegue ouvir o paciente nas suas angústias e dores existenciais, o vínculo é fortalecido. Isto facilita a articulação com os recursos terapêuticos do território e viabiliza maior assertividade e resolubilidade da assistência. Além disto, dilui as angústias da própria equipe de saúde básica, pois os profissionais percebem que não estão sozinhos na condução dos casos nem se sentem unicamente responsáveis, diminuindo a pressão de terem que, sozinhos, dar respostas às demandas dos pacientes.

A resolubilidade nos serviços de saúde deve acontecer mediante ação interdisciplinar, por meio de discussões e educação permanente dos profissionais, participação e controle social, assumindo uma atitude de acolhimento, escuta, dando respostas positivas à população nas necessidades, o que passa pela criação de vínculos efetivos entre usuários e trabalhadores por via do estabelecimento de relações de trocas e confiança.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, R. B.; CALDAS, M. T. As dificuldades e sucessos no tratamento do usuário de *crack*. **Neurobiologia**, v. 74, n. 2, abr./jun., 2011.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

BARCHIZAGO, A. P. Amadurecendo a temática da dependência química na esfera da reabilitação psicossocial. In: MERHY, E. E.; AMARAL, H. (Org.). **A reforma psiquiátrica no cotidiano II**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 202-219.

BARROS, M. A.; PILLON, S. C. Assistência aos usuários de drogas: a visão dos profissionais do programa saúde da família. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, UERJ, v. 15, n. 2, p. 261-266, abr./jun. 2007.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Cocaína e crack. In: FIGLIE, B. N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 68-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens Terapêuticas aos usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRUZ, M. S. Modelos de atenção a dependentes de drogas. In: SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 951-959.

ERDMANN, A. L. *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 483-491, jul./set., 2006.

ESPINHEIRA, G. Geometrias do movimento: prefácio. In: NERY FILHO, A. *et al.* **Toxicomania: incidências clínicas e socioantropológicas**. Salvador: EDUFBA; CETAD, 2009.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA, M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de Curso de Especialização a Distância. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 291-300, 2008.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interorgan-

do e gerindo trabalho em saúde In: _____; ONOCKO, R. (Org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

PEREIRA, G. A. M. **Evolução dos pacientes com síndrome de dependência do álcool no CAPS-ad II**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: _____; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2001. p. 65-112.

RONZANI, T. M. *et al.* Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 852-861, maio/jun., 2005.

SANTOS, C. E.; COSTA-ROSA, A. A experiência da toxicomania e da reincidência a partir da fala dos toxicômanos. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 24, n. 4, out./dec., 2007.

TRAD, S. N. S. El uso de ansiolíticos entre las mujeres: límites del enfoque en Brasil. In: ESTEBAN M. L.; COMELLES, J.; MINTEGUI, C. M. (Org.). **Antropología, género, salud y atención; identidades, socializaciones y representaciones de género**. Barcelona: Bellaterra, 2010. p. 131-146.

CAPÍTULO 6

(DES)CUIDADO E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE *CRACK* EM SITUAÇÃO DE RUA: POLÍTICAS E ENFRENTAMENTOS

Ana Maria Zuwick
Maria Salete Bessa Jorge

A Lei n° 6.368, de 28 de outubro de 1976, inaugura, na legislação brasileira sobre drogas, a consideração pela assistência à saúde para os dependentes de substâncias entorpecentes e não apenas aos infratores como preconizava lei anterior. Recomenda, entre outros, que o tratamento hospitalar seja obrigatório somente quando o quadro clínico ou as manifestações psicopatológicas do dependente o exigir, além da criação de serviços especializados para a atenção ao uso prejudicial e à dependência (BRASIL, 1976). Em 2002, a Lei n° 10.409 (BRASIL, 2002a) foi promulgada referendando, pela primeira vez, as ações de redução de danos sociais e à saúde. Como vários de seus artigos foram vetados, persistiu a criminalização do porte de drogas ilícitas para o próprio consumo do usuário da lei anterior (ALVES, 2009). No entanto, em 26 de agosto de 2002, através do Decreto n° 4.345, a Política Nacional Antidrogas (PNAD) foi criada e, a partir dela, cada Ministério passou a ser responsável por propor sua política de enfrentamento com a participação da sociedade civil (BRASIL, 2002b).

Em consonância com as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental (dezembro 2001), em 2003, foi instituída a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas na qual este assume a responsabilidade, de forma articulada, pela prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários. A questão das drogas passa a ser considerada como um grave problema de saúde pública e não de segurança ou de polícia. Destaca o documento que, historicamente, o uso abusivo ou a dependência de álcool e outras drogas tem sido associado “à criminalidade e práticas anti-sociais e à oferta de ‘tratamentos’ inspirados em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social” (BRASIL, 2004a, p. 7). Os princípios que norteiam a política do Ministério da Saúde são, entre outros: atenção integral aos usuários; o cuidado do usuário na comunidade onde vive, a desinstitucionalização, a lógica ampliada da redução de danos, os conceitos de território e rede; a consolidação e a expansão da rede de Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) integrada às da atenção básica; e campanhas que promovam a humanização da atenção e a redução do estigma relacionado aos usuários de drogas (BRASIL, 2004a). Através da Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, o Ministério da Saúde amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, por considerar o controle de possíveis consequências negativas associadas ao consumo, posicionando a adoção da lógica de redução de danos como estratégica para o êxito das ações em saúde (BRASIL, 2004b).

A Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005, do Ministério da Saúde, passa a regulamentar as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde decorrente do uso de

produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. Define, entre outros, em seu Art. 2º, que a redução de danos seja desenvolvida por meio de ações dirigidas a usuários ou dependentes “que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL 2005).

Como pano de fundo das mudanças legislativas, dois levantamentos domiciliares nacionais, realizados em 2001 e 2005, em 24 cidades com mais de 200.000 habitantes, pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), demonstravam que o consumo de *crack* dobrara neste período, sendo a região sul a mais atingida (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

Em 2003, Noto *et al.* (2003) realizaram pesquisa relativa a crianças e adolescentes em situação de rua. O levantamento, realizado em 27 capitais brasileiras, revelava que os maiores índices de uso recente de *crack* ocorreram em São Paulo, Recife, Curitiba e Vitória (entre 15 e 26%) seguidas de Natal, João Pessoa, Fortaleza, Salvador e Belo Horizonte (entre 8 e 12%). Em duas capitais do Nordeste, Fortaleza e Recife, os índices de consumo recente, que eram insignificantes até 1997 (em torno de 1%), saltaram, respectivamente para 10,3% e 20,3%, em 2003.

Este entrelaçamento entre uso do *crack*, pobreza e pessoas em situação de rua, notadamente crianças e adolescentes, não ocorre por acaso. O *crack* surgiu, entre 1984 e 1985, em bairros pobres e marginalizados de algumas grandes cidades dos Estados Unidos. A chegada do *crack* ao Brasil ocorreu, por volta de 1990, em bairros da cidade de São

Paulo e, principalmente, na região central, que passou a ser conhecida como “Cracolândia” (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012). Atualmente, o *crack* é encontrado não somente nos centros urbanos, mas, também, em cidades de médio e pequeno porte e o seu consumo aumentou de maneira significativa no Nordeste. Embora já atinja a classe média, as populações mais vulneráveis, como os moradores de rua, estão mais expostas ao uso de *crack* (TOTUGUI *et al.*, 2010). Conforme pesquisa de Nappo, Galduróz e Carlini, as motivações para o uso do *crack* passaram da busca da sensação de prazer, de quando foi introduzido no país, ao consumo por compulsão, dependência “ou como forma de lidar com problemas familiares e frustrações” (apud PERRENOUD; RIBEIRO, 2012, p. 35).

Na produção do *crack*, o cloridrato de cocaína (pó) é dissolvido em água acrescida de bicarbonato de sódio resultando, após o aquecimento, pedras duras e fumáveis. Diversas substâncias tóxicas como gasolina, querosene e água de bateria podem ainda ser adicionadas como reagentes químicos. Os cristais da pedra são fumados em cachimbos improvisados ou em latinhas de cerveja ou refrigerante recolhidas, muitas vezes, nas ruas, sua ação estimulante ocorre em poucos segundos e é de curta duração. Além de problemas respiratórios, causa falta de apetite e de sono e, ainda, agitação psicomotora. Em decorrência de tais efeitos, os usuários poderão apresentar desnutrição, desidratação e gastrite. Como outras drogas, o uso do *crack* ocasiona, frequentemente, a perda de vínculos familiares e sociais e prejuízos nos estudos e no trabalho (TOTUGUI *et al.*, 2010). As alterações cerebrais, ainda que muitas vezes sejam reversíveis, podem causar déficits cognitivos (LARANJEIRA, 2012).

A atual legislação brasileira sobre drogas data de 23 de agosto de 2006, com a Lei nº 11.343 que estabelece o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) e destaca a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes, o fim do tratamento obrigatório para dependentes de drogas e a atribuição ao Ministério da Saúde da instituição de ações visando à redução de danos sociais e à saúde. A Redução de Danos fica, assim, confirmada como estratégia que deverá ser inscrita nos espaços institucionais. (BRASIL, 2006). O SISNAD tem como atribuições: articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas bem como as de repressão ao tráfico. Ele representa o “marco legal da mudança de paradigma e de procedimentos no Brasil” (BRASIL, 2011a, p. 4).

No período de agosto de 2007 a março de 2008, com a parceria da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), foi realizada a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua abrangendo 71 cidades brasileiras, excluídas as capitais São Paulo, Belo Horizonte, Recife e Porto Alegre. Foram identificados 31.922 adultos (o estudo excluiu crianças e adolescentes) em situação de rua, número que, segundo os pesquisadores, não reflete o total estimado, visto que somente 71 municípios foram estudados. O perfil da população estudada se caracterizou por ser predominantemente masculina (82%), por mais da metade (53%), possuir entre 25 e 44 anos, sendo que 39,1% se consideraram pardos, 29,5% brancos e 27,9% pretos. Os principais motivos pelos quais as

pessoas passaram a viver e morar na rua estão relacionados ao alcoolismo e/ou drogas (35,5%). A grande maioria desta população (88,5%) não é atingida pela cobertura dos programas governamentais (BRASIL, 2008).

Devido ao progressivo aumento do consumo de *crack* no país, foi lançado pelo Ministério da Saúde, através da Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) – PEAD, 2009-2010 – que tem como objetivos a intensificação, ampliação e diversificação de ações orientadas para prevenção, promoção da saúde e tratamento dos riscos e danos associados aos prejuízos causados por substâncias psicoativas. Priorizando crianças e adolescentes em situação de extrema vulnerabilidade social, o Plano focaliza municípios com população acima de 250.000 habitantes, e mais alguns municípios de fronteira e da rota de tráfico, totalizando 41% da população brasileira (BRASIL, 2009a). Dentro do PEAD, foram implantados 34 projetos de Consultórios de Rua e 10 Escolas de Redutores de Danos (BRASIL, 2010a).

Consideramos população em situação de rua a definição adotada pelo Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009 (Art. 1º, Parágrafo único) que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros

públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória. (BRASIL, 2009b).

Já a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 2010, junto a outras instituições, inclusive representantes das Secretarias de Saúde, instituiu um Grupo de Trabalho objetivando a caracterização dos usuários de *crack*, a avaliação da rede de atenção e a proposição de diretrizes para a Política de Saúde Mental voltada para eles, do que resultou o texto *Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde*, destinado à consulta pública. Para o Grupo de Trabalho, o aprimoramento da atenção aos usuários de *crack* no âmbito do SUS passa por quatro vertentes importantes: a ampliação da rede de atenção e do acesso, com desenvolvimento de dispositivos que ofertem cuidados a usuários historicamente desassistidos como os moradores de rua e a criação de dispositivos de atenção integral que possibilitem cuidado contínuo e aprimoramento da articulação em rede da atenção a usuários de *crack* (BRASIL, 2010a).

Conforme o texto, os moradores de rua usuários de *crack*, apresentam importante disfuncionalidade definida pelo alto grau de rompimento de laços sociais e por uma extrema vulnerabilidade pessoal e social com pouco acesso às instituições de cuidado. Evidencia-se, assim, a importância maior de que a atenção a estes usuários no âmbito do SUS

esteja fundamentada nos referenciais em rede, no acesso universal e na intersetorialidade. Como principais dispositivos da rede de cuidado, são apontados os CAPS, a Atenção Básica, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Pronto Socorro e Unidades de Pronto Atendimento e o próprio Plano Emergencial para Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD). À Atenção Básica, por ser um dispositivo de maior integração com a comunidade, cabe o mapeamento e a identificação de usuários com maior ruptura dos laços sociais e a articulação junto aos CAPS da melhor abordagem para esses usuários (BRASIL, 2010a). O Grupo de Trabalho também salienta a necessidade de um programa ampliado de qualificação dos profissionais de saúde para o atendimento desta população específica, entendendo que existe um despreparo da atenção básica no acolhimento destes usuários, da implantação de Pontos de Acolhimento e de projetos de Consultório de Rua, que buscam reduzir a distância histórica entre as populações particularmente vulneráveis e as políticas de saúde para a questão da prevenção e tratamento dos transtornos associados ao consumo de álcool e de outras drogas (BRASIL, 2010a).

Em conjunto com outras políticas sociais, o Ministério da Saúde tem procurado intervir nas causas e efeitos do consumo prejudicial de álcool e outras drogas. Entre as ações previstas pelo PEAD 2009-2010 e pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas (PIEC), estabelecido pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010 (BRASIL, 2010b), encontra-se o Consultório de Rua (CR).

O Consultório de Rua tem como base o projeto pioneiro iniciado em Salvador, Bahia, em 1999. O CR é constituído por uma equipe volante de profissionais da saúde mental, da atenção básica e de, pelo menos, um profissional da assistência social, que oferece cuidados no próprio espaço de rua. Trata-se de um dispositivo que procura facilitar aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua, notadamente crianças, adolescentes e jovens, o acesso aos serviços de saúde, visando à redução de danos potenciais. Tal abordagem parte da lógica de que, predominantemente, as ofertas de cuidado se baseiam na abstinência como objetivo exclusivo e ocorrem quase que exclusivamente no interior de instituições de saúde (BRASIL, 2010a). De fato, com base na experiência cotidiana de profissionais que trabalham em Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil, em Fortaleza-CE, os poucos casos de jovens dependentes de substâncias psicoativas que chegam ao serviço são trazidos pela família que busca hospitalização pelo fato de eles se encontrarem em situação de rua ou ameaçados de morte.

Como princípios norteadores, o Consultório de Rua deverá respeitar as diferenças, promover os direitos humanos e a inclusão social, considerar o enfrentamento do estigma, promover ações de redução de danos e a intersetorialidade. Deverá, ainda, estar alinhado às diretrizes da Política de Atenção Integral às Pessoas que Usam Álcool e Outras Drogas, ao Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas, ao Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, à Política Nacional de DST/AIDS, à Política de Humanização e à Política de Atenção Básica do ministério da Saúde (BRASIL 2010c).

Na Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, são definidas as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua considerando como composição mínima da equipe dois profissionais de nível superior e dois de nível médio podendo agregar Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012a).

Em Fortaleza-CE, o Programa de Redução de Danos teve início no âmbito da rede de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, em 2005 (em 1994, o SUS já havia inserido, oficialmente, a Redução de Danos como política estratégica em relação à AIDS e hepatites virais). Em 2009, Fortaleza foi uma das cidades escolhidas, pela aprovação do projeto, a instituir o CR (PACHECO, 2013).

Em dezembro de 2011, foi lançado o Programa “*Crack, é possível vencer!*” que consiste em uma ampliação e inovação do Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack*, de 2010. Seus objetivos consistem no aumento da oferta de tratamento e atenção aos usuários, no enfrentamento ao tráfico de drogas e a organizações criminosas e na ampliação de atividades preventivas por meio da educação, informação e capacitação. Os eixos de atuação se dão na esfera do Cuidado (Saúde/Desenvolvimento Social), Autoridade (Ministério da Justiça) e Prevenção (Educação/Justiça). O Plano prevê a criação de comitês gestores estaduais, municipais e no Distrito Federal e a ampliação do número de consultórios de rua tendo com parâmetro a existência de 80 a 1.000 pessoas em situação de rua no território do município, bem como do número de CAPS ad. (BRASIL 2011b).

Através da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, o Ministério da Saúde instituiu 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). Tendo como objetivos específicos promover cuidados prioritariamente para crianças, adolescentes, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas, a rede será composta por: atenção básica, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. (BRASIL, 2011).

Em nível estadual (Ceará) e municipal (cidade de Fortaleza), é assinada, em julho de 2012, a Minuta de Termo de Adesão ao Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras drogas e ao Programa “*Crack é possível vencer*” (BRASIL, 2012b).

As mudanças na política sobre drogas, com um maior direcionamento ao cuidado e redução de danos, são atravessadas pelo aumento do consumo, no Brasil, de drogas ilícitas, especialmente o *crack*. Conforme resultados preliminares do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas, realizado, em 2012, pelo Instituto Nacional de Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD), da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ) e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), um total de 4607 indivíduos de 14 anos de idade ou mais foram entrevistados em suas residências.

Um em cada cem adultos usou *crack* no último ano, representando um milhão de pessoas para todo o país. O uso de cocaína fumada na adolescência foi mais baixo, 1% para

uso na vida (150 mil jovens) e 0,2% de uso no último ano, cerca de 18 mil. A idade de experimentação é um indicador importante, uma vez que estudos mostram que há uma relação entre a precocidade do uso e o aumento do risco de desenvolvimento de dependência e de outras doenças psiquiátricas. Foi constatado que quase metade dos usuários (45%) experimentou cocaína pela primeira vez antes dos 18 anos de idade. Atualmente, o Brasil representa o maior mercado de consumo de *crack* no mundo (INPAD, 2012).

Em artigo no qual faz reflexões acerca das políticas de drogas no Brasil, Andrade (2011) aponta várias fragilidades na execução efetiva dos planos e programas voltados para os usuários de drogas. Os Programas de Atenção Básica em Saúde se apoiam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), porém, esta tem cobertura inferior a 20%, em algumas grandes cidades brasileiras, comprometendo os CAPSad e os programas de Redução de Danos. Outros fatores indicados pelo autor são: a resistência dos hospitais gerais em destinarem leitos para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de substâncias psicoativas; e o insuficiente recurso financeiro e estrutural para a implantação de Pontos de Acolhimento e Pontos de Arte e Cultura.

Andrade (2011) exemplifica suas críticas através do funcionamento da maioria dos primeiros 14 Projetos de Consultório de Rua do SUS (PCR), financiados pelo Ministério da Saúde (MS), no ano de 2010, e supervisionados pela Aliança de Redução de Danos, Serviço de Extensão Permanente da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA. Foram detectados, durante a supervisão: falta de conhecimento necessário à abordagem da população alvo pelas equipes; di-

ficuldades jurídicas e administrativas para a contratação de redutores de danos; falta de repasses dos recursos recebidos do MS ao projeto, por alguns gestores municipais; falta de veículo necessário às ações de campo; e falta de materiais para o trabalho de campo.

Na contramão dos avanços legislativos da última década, que vêm procurando ampliar a acessibilidade aos serviços de saúde de usuários de álcool e outras drogas, sobretudo de *crack*, tramita na Câmara Federal o Projeto de Lei 7.663/2010. Neste, propõe-se a criação de um cadastro nacional de usuários de drogas e o fichamento de alunos usuários ou sob suspeita de consumirem substâncias ilícitas. Além disto, há a exigência de abstinência total do uso de drogas como condição para o recebimento de assistência e suporte social, negando, assim, a atenção em saúde e a redução de danos. O projeto de lei não distingue as condições de usuários e de dependentes de drogas ilícitas e enfatiza o atendimento em instituições privadas subsidiadas por recursos públicos (BRASIL, 2013).

A tentativa de retrocesso se confronta com a Política do Ministério da Saúde de 2004 (BRASIL, 2004a) que acionou novas formas de abordagem ao problema da droga como de saúde pública e que ainda estão em construção no país. Por outro lado, desvirtua a função da escola como um dispositivo que deve zelar, também, pela educação sobre drogas e pela prevenção, para a de fiscalização e, consequentemente, estigmatização dos alunos. Mas, o projeto de Lei 7.663/2010 também reflete o imaginário de uma parcela significativa da sociedade brasileira que associa drogas à criminalidade e a uma “causa perdida”. Traz, lembrando a

avaliação crítica de Varanda e Adorno (2004, p. 16), “a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, entretanto poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas”.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, nov. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 abr. 2013.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001300015>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. **Cartilha**: Crack é possível vencer. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home/publicacoes/material-informativo/destaques/cartilha-crack-e-possivel-vencer-compromisso-de-todos-1>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas. Brasília, 2002b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2002/d4345.htm>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.053**, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu

comitê intersetorial de acompanhamento e monitoramento, e dá outras providências. Brasília, 2009b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. **Decreto nº 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao *Crack* e outras Drogas, cria seu comitê gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. **Lei nº 6.368**, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências. Brasília, 1976. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. **Lei nº 10.409**, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento e a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícito de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, 2002a. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2002/10409.htm>>. Acesso em: 12 abr. 2013.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para a 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 crime e dá outras providências. Brasília, 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>. Acesso em: 18 abr. 2013.

BRASIL. **Portaria nº 122**, de 25 de janeiro de 2012. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório

na Rua. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://webserver.mp.ac.gov.br/wp-content/files/PORTARIA_N_122-GM_25.01.12-diretrizes_org._Equipes_de_Consultrio_na_Rua_-_Saude_e_Cidadania.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Projeto de Lei nº 7.663/2010**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=789804&filename=PL+7663/2010>. Acesso em: 23 abr. 2013.

BRASIL. **Minuta do Termo de Adesão ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas pela cidade de Fortaleza e Estado do Ceará assinada em 31 de julho de 2012**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivel-vencer/publicacoes/ceara>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Alcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html>. Acesso em: 15 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.197**, de 14 de outubro de 2004. 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. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-2197.htm>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento psíquico ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. BRASUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Portal da Saúde**. Consultórios de Rua do SUS. Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ: Brasília: Ministério da Saúde, set. 2010c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=36061>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Portal da Saúde**. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/*Crack* no Sistema Único de Saúde: texto preliminar destinado à consulta pública. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2010a. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/abordagemesus.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVC/CN-DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. 2 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/artigos/politica-do-ministerio-da-saude-para-a-atencao-integral-a-usuarios-de-alcool-e-outras-drogas/view>>. Acesso em: 20 abr. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. **Pesquisa nacional sobre a população em situação de rua: sumário executivo**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/backup/arquivos/sumario_executivo_pop_rua.pdf>. Acesso em: 16 abr. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS DO ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS - IMPAD. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas- II LENAD, 2012.** Disponível em: <<http://inpad.org.br/lenad/>>. Acesso em: 17 abr. 2013.

LARANJEIRA, R. Bases do tratamento da dependência de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

NOTO, A. R. *et al.* **Levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras.** São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID, 2003. Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Outros/Levantamento_nacional_Ciran%e7as_de_rua_e_spa.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2013.

PACHECO, E. A. G. P. **Política de Redução de danos a usuários de substâncias psicoativas:** práticas terapêuticas no projeto consultório de rua em Fortaleza, Ceará. 2013. 126 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. Histórico do consumo de *crack* no Brasil e no mundo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

TOTUGUI, M. L. *et al.* Álcool e outras drogas como desafio para a saúde e as políticas intersetoriais – contribuições para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010. p. 93-113.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, jan./abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100007&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2013.

CAPÍTULO 7

DO PONTO DE ENCONTRO AOS PONTOS DE CIDADANIA: PRÁTICAS DE CUIDADO COM USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Patrícia von Flach
Antônio Nery Filho
Gabriel Pamponet

As práticas de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas em situação de rua e o acesso desta população aos dispositivos assistenciais, tanto no campo da saúde como da assistência social, se configura como um desafio para as políticas públicas. A recente pesquisa sobre o uso de *crack* por pessoas em situação de rua realizada pela Fundação Osvaldo Cruz (2014), indica que os usuários frequentam as instituições de forma esporádica e muito aquém do necessário, frente aos problemas de saúde que apresentam. A inexistência de suporte sociofamiliar e o receio de ser alvo do preconceito, da discriminação e da estigmatização das pessoas parece contribuir negativamente na busca de cuidados com a saúde e corroborar para a percepção do ambiente como hostil. Além disto, as normas institucionais imputadas pelos dispositivos de saúde, como a necessidade de apresentar identidade ou a comprovação de endereço, funcionam como barreiras adicionais para o acesso e a construção do vínculo

efetivo dos usuários de drogas com os serviços (BASTOS; BERTONI, 2014).

Outro dado importante da pesquisa, e que muito nos interessa diante da temática aqui abordada, está relacionado ao desejo de se tratar. Ao contrário do que se pensava, os usuários não demandam tratamento para o uso de drogas, e sim, referem a necessidade de acesso a cuidados básicos de saúde e a outros serviços assistenciais, como oferta de acolhimento noturno, alimentação, cuidados de higiene, profissionalização e inserção no mercado de trabalho. O estudo conclui que os problemas relacionados ao uso de *crack* no Brasil se referem, principalmente, a problemas sociais, porém, a abordagem farmacológica da questão “obscureceu a análise das histórias de vida das pessoas que o usam e a dimensão social de seus determinantes” (GARCIA; KINOSHITA; MAXIMIANO, 2014, p. 151).

Em relação à produção de conhecimentos no campo dos problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas, constata-se que muitas pesquisas destacam o papel desestruturante do *crack*, os usos disfuncionais, os aspectos farmacológicos e danosos da substância, em uma homogeneização que acaba por encobrir outras modalidades de uso e a relação objetiva e subjetiva dos usuários com a substância. Por outro lado, há uma lacuna na produção de conhecimentos sobre as práticas de cuidado com estes sujeitos, no contexto de rua, possivelmente pela incipiência das experiências produzidas nesse campo. (MALHEIRO, 2012).

Nossa proposta neste capítulo é, então, apresentar e discutir as práticas de cuidado a usuários de substâncias psicoativas em situação de rua, a partir da experiência dos auto-

res no processo de implantação e gestão técnica do dispositivo de apoio psicossocial denominado Ponto de Cidadania, situado na cidade de Salvador, Bahia. Para tanto, organizamos o texto em quatro partes: (1) Iniciamos com um breve relato do processo de constituição do Projeto Ponto de Cidadania, situando o contexto social e político de concepção e implementação do dispositivo; (2) Discutimos a noção de sujeito, enfatizando toda a singularidade que envolve a sua relação com as drogas nos tempos e espaços da rua; (3) Refletimos criticamente as práticas de cuidado implementadas no dispositivo, buscando problematizar os limites e as possibilidades destas práticas no contexto da rua; (4) Encerramos com as considerações bioéticas, momento em que convidamos os profissionais do campo para uma imersão na “ética do cuidado”, que guia nossas ações e posicionamentos diante das pessoas com quem nos *encontramos* e trabalhamos.

Importante destacar que não temos a pretensão de esgotar a riqueza e a potencialidade das experiências aqui relatadas, posto que este texto é o resultado de reflexões ainda iniciais, mas abrir um canal de diálogo e discussão crítica com profissionais que trabalham com esta temática, sobre as possibilidades e fragilidades de práticas de cuidado “inventadas” a partir das inquietações e dilemas advindos das atuais configurações sociais, econômicas e políticas, que exigem novas ações e organizações dos profissionais, da rede assistencial e dos próprios usuários. Crítica necessária, que se opõe ao senso comum que, muitas vezes, faz morada em nossos discursos militantes. “A aposta nas pessoas, nos afetos e no desencadeamento de processos não pode estar distante da política e da estratégia” (PAIM, 2015, p. 12), como perceberemos durante este relato.

1 DO PONTO DE ENCONTRO AO PONTO DE CIDADANIA

O Ponto de Encontro foi concebido em 2012, no contexto de atividades do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) – serviço especializado da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA) – em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). O referido dispositivo se configurava como um Centro de Convivência que buscava alcançar, principalmente, as pessoas em situação de rua, usuários de álcool e outras drogas, vivendo na região do Centro Antigo de Salvador. Importante salientar que esta é uma área de intenso turismo e a circulação daquele público no local desperta incômodos entre os comerciantes e moradores da área, de modo que o poder público, há anos, busca “solucionar a questão”, com estratégias invariavelmente de “combate às drogas e aos usuários”, além das insistentes tentativas de retirada destas pessoas do local. Porém, para desespero das autoridades, “eles” sempre retornam.

A implantação da “Nossa Casa”, como diziam os usuários, ou a “Casa Rosa”, como ficou conhecida em todo o Brasil, pode ser considerada uma exceção à referida regra de combate aos usuários, possivelmente pelo poder técnico¹¹ conquistado pelo CETAD/UFBA nos seus 30 anos de existência. Um sonho tornado realidade – por uma equipe profissional comprometida com os princípios e diretrizes da

11 Para Mario Testa (1992), o centro da problemática estratégica é o “poder” e ele o tipifica em: (1) poder técnico, referindo-se à informação; (2) poder administrativo, quando se refere à orçamentação; e (3) poder político quando relacionado à ideologia. Assim, o poder técnico diz respeito à capacidade de gerar, aprovar e manipular informação de diferentes características, no caso do CETAD/UFBA, um reconhecido saber científico no campo da atenção a usuários de álcool e outras drogas.

Reforma Psiquiátrica bem como com o movimento sanitário brasileiro. As práticas de cuidado no Ponto de Encontro objetivavam que as pessoas se sentissem melhor, pudessem construir novos projetos de vida e sonhos de felicidade (AYRES, 2000)¹², investindo, para isto, na convivência, na interação e na sociabilidade. Com um potente investimento na estratégia de articulação das redes institucionais, comunitárias, afetivas e solidárias a apoiar os usuários, na sua base, estava a luta contra um modelo capitalista de exclusão ou inclusão social perversa, responsável pela desumanização de humanos tornados *sujeira humana*, no dizer de Gey Espinheira (2004).

Por certo, esta não foi uma tarefa executada sem percalços. Foram muitas as manifestações de parte da comunidade contrárias ao dispositivo. Entendiam que era inapropriado, em seu bairro – local destinado à classe média soteropolitana bem como aos turistas dos mais diferentes lugares do mundo – a oferta de um “lugar” para aquelas pessoas consideradas “perigosas”. Um residente da localidade destacou: “eles precisam é de internação. E bem longe daqui!”. O preconceito na fala do morador traduz, de modo fiel, a lógica contemporânea, em sua convocação a práticas higienistas, de limpeza social, disfarçadas de cuidado. Conforme Jodelet, “os estereótipos de deslegitimação visam excluir moralmente um grupo do campo de normas e de valores aceitáveis, por uma desumanização que autoriza [...] e justifica as violências e penas que lhe infligimos” (2014, p. 66).

12 Ricardo Ayres apresenta uma definição das finalidades da intervenção em saúde baseadas na ideia de “projetos de felicidade humana” e não mais no controle técnico das doenças. Diz ele: “O que move o encontro desejante dos sujeitos e seu mundo não se traduz de modo restrito ao êxito técnico, mas refere-se a um sucesso, a uma situação que se traduz por felicidade, o que abarca também, e especialmente, dimensões éticas e estéticas” (2000, p. 67).

A pressão contrária à existência do dispositivo surtiu efeito. Em pouco menos de um ano de funcionamento, o mesmo Governo que apoiou e financiou a implantação, decidiu transferir a gestão do serviço para uma organização não governamental de cunho religioso, que implementou outra proposta técnica de trabalho. O fechamento do Ponto de Encontro – que funcionou de setembro de 2012 a dezembro de 2013 – foi um retrocesso na atenção à população usuária de substâncias psicoativas em situação de rua, significando, em nossa avaliação, um enorme sucesso técnico e um imenso fracasso político.

Não obstante, a partir da experiência do Ponto de Encontro e também de outras estratégias de intervenção com esta população, concebidas no CETAD/UFBA, a exemplo dos Pontos Móveis¹³ e do Consultório de Rua¹⁴, nasceu em maio de 2014, o *Ponto de Cidadania*, agora implementado através da parceria com a Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (SUPRAD), vinculada à Secretária de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social (SJDHDS) do Governo do Estado da Bahia. Não mais uma casa, mas, certamente, um lugar para onde ir e *encontrar* profissionais disponíveis ao acolhimento, à convivência, ao cuidado, ainda que na rua, onde efetivamente eles estão. A rua como casa.

13 A atividade denominada Pontos Móveis de Prevenção foi inaugurada em 1999, no CETAD/UFBA. Era constituída por uma equipe multidisciplinar que atuava em diferentes locais da cidade buscando alcançar os mais vulneráveis usuários de drogas injetáveis, intervindo na perspectiva da redução de danos.

14 O Consultório de Rua foi inaugurado, também, em 1999, pelo CETAD/UFBA, e se configura enquanto uma equipe multidisciplinar que vai aos locais de concentração de usuários de substâncias psicoativas em situação de uso e realiza intervenções na perspectiva psicológica, social e da redução de danos.

O Ponto de Cidadania, estruturalmente, tem doze metros quadrados e conta com uma recepção, um sanitário, espaço para banho, além de uma sala para atendimento individual. Apresenta-se como um dispositivo que pode ser móvel ou não, mobilidade esta que se encontra diretamente associada à dinâmica do território de inserção bem como à efetividade do trabalho desenvolvido. Sobre este aspecto, vale ressaltar que o Ponto de Cidadania se insere em cenas de uso, ou próximo a elas, áreas onde as pessoas se concentram para usar drogas, facilitando a aproximação da equipe e a construção de vínculos; o fato de permanecermos no local durante todos os dias da semana, das 8:00 às 17:00h, aumenta o acesso dos usuários aos serviços ofertados pelo Ponto; por fim, a viabilidade de deslocamento para outro território minimiza possíveis resistências advindas da comunidade onde o serviço se encontra.

Podemos dizer, então, que o Ponto de Cidadania é a união entre um espaço físico que pode ser móvel, com suas práticas de cuidado a serem detalhadas no decorrer do texto, e uma equipe de profissionais com experiência no trabalho com usuários de álcool e outras drogas, disponíveis ao acolhimento e à convivência respeitosa com esses sujeitos. Para além da oferta direta de serviços, paira um grande desafio: o envolvimento e a participação dos próprios usuários, da rede interinstitucional e da comunidade, no sentido de transformar uma cultura fundamentada na lógica da exclusão para uma cultura da inclusão, do acolhimento às diferenças, às fragilidades e descobertas das potencialidades inerentes aos humanos. Este envolvimento, afinal, consolidará o dispositivo, pois, se já construímos alguns saberes sobre nosso fazer

técnico, ainda estamos aprendendo os caminhos que nos fortaleçam politicamente, sob pena de fracassarmos novamente. Mas, “se acaso, devemos eu e os outros, encontrar o fracasso nesse caminho, prefiro o fracasso numa tentativa que tem um sentido a um estado que permanece aquém do fracasso e do não fracasso, que permanece irrisório.” (CASTORIADIS, 1986, p. 113).

2 OS SUJEITOS, A RUA E AS DROGAS

Para a compreensão das práticas de cuidado que serão aqui discutidas, faz-se necessário, antes, considerarmos a relação que os humanos estabelecem com as substâncias psicoativas, na especificidade de serem “da rua” e as utilizações que fazem neste contexto. As drogas em si não nos ocuparão neste momento, nem nesta clínica. Interessa-nos, fundamentalmente, os humanos, seus sofrimentos e suas disposições singulares e coletivas para usar as drogas, questões cujas respostas estão relacionadas às suas trajetórias de vida marcadas pela desigualdade e injustiças sociais e os efeitos subjetivos destas vivências.

Partimos do pressuposto de um sujeito histórico, regido por um tempo e uma realidade social, constituído por uma herança que se atualiza nas vivências e convivências cotidianas e que abre um campo de possibilidades de futuro. Indivíduos e sociedade estão, então, em constante relação, o que torna as pessoas múltiplas, vivas em suas existências, ainda que haja uma estrutura acima dos sujeitos a guiá-los. (ALVES, 2010). Estrutura que se estabelece em nome de uma ordem que faz com que as sociedades produzam os seus estranhos, seres considerados menos toleráveis em ra-

ção de sua “inadequação” à normalidade estabelecida e, por conseguinte, geradores de intenso mal-estar. A oposição ou repúdio ao estranho se repete, atravessando a história das civilizações (BAUMAN, 1998). Esta é a condição das pessoas em situação de rua: estranhos fora da ordem.

Goffman discutiu o conceito de identidade social na perspectiva do estigma que, na prática, era uma marca no corpo que simbolizava algo de mal no portador, um sinal para se evitar contatos sociais. Este atributo, porém, por si só, não determina o estigma; “ele não é, em si mesmo, nem honroso, nem desonroso”, mas ganha sentido em uma rede de relações que interpreta o atributo e exclui ou marginaliza a pessoa estigmatizada (1988, p. 13).

Na população de rua, usuários de drogas, o estigma se torna, pela insistência com que se impõe, não somente uma verdade para o sujeito, mas um destino simbólico a ser perseguido – uma espécie de carreira moral que pode se iniciar antes mesmo do nascimento, como podemos perceber na fala de uma usuária do Ponto de Encontro, gestante, que afirmava acerca do futuro do bebê: “se for mulher será puta; se for homem, ladrão”. É, então, a partir das marcas do social que “alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror pela exclusão do nascimento” (NERY FILHO, 2012, p. 20).

Freud (1930/1996), em *O mal-estar na civilização*, refere que o sofrimento é correlato direto, condição intrínseca do viver, é o mal-estar da relação inter-humana, do humano com o humano. Está posto, desta maneira, que a condição de sujeito, em sua inevitável inserção no social, implica na

dor de existir. A droga, conclui Freud, constitui a solução, ao mesmo tempo, mais embrutecida e eficaz de enfrentamento à dor da existência.

As substâncias psicoativas, em sua inquestionável capacidade de aplacar as intempéries inerentes ao viver – ainda que de maneira momentânea – despontam como uma bengala humana para a vida. Conforme Nery Filho (2012), os humanos usam drogas porque, afinal, são humanos.

Por certo, a história nos aponta relações distintas entre o homem e a droga, nas diferentes culturas, nos diferentes tempos – ou mesmo diferentes relações em uma mesma cultura. A cena de uso de drogas jamais é a mesma. O tempo e o espaço das substâncias psicoativas para os homens jamais são os mesmos. É necessário alcançar o sujeito e seu contexto, para entendermos o tempo e o espaço que as substâncias ocupam em suas vidas (ESPINHEIRA, 2004).

O encontro desse humano – marcado pelo sofrimento de saber-se finito – com a droga, no contexto da rua, pode ter várias significações, singulares e coletivas, e que estão relacionadas com os tempos e espaços das drogas em interação com o ser e estar no mundo, ou seja, com a fase da vida, com as trajetórias sociais, com os encontros que realizou, com o reconhecimento possível ou precário de sua identidade, com a classe social, enfim, com a heterogeneidade que constitui os humanos nos diversos espaços sociais e culturais de sua existência. (ESPINHEIRA, 2004).

Historicamente, porém, a rua vem sendo considerada o lugar do perigo, da marginalidade, da criminalidade. Lugar de vagabundos, mendigos, loucos e drogados, estar na rua é estar fora de casa, sem família, sem abrigo, sem perspectiva,

sem futuro, sem lugar. “O menino e a menina de rua, assim nomeados ladrões e prostitutas, são marginais e, assim sendo, devem ser punidos, devem ‘desaparecer das ruas’ do convívio aberto” (ESPINHEIRA, 2008, p. 84).

Todos estes preconceitos impossibilitam que se reconheça as potencialidades da rua, ainda que inegavelmente marcada pelas violências e injustiças sociais. Consideramos que é necessário sair de uma leitura binária da realidade onde prevalece a lógica do bem ou do mal, da vida ou da morte, da saúde ou da doença, para pensar e ocupar os espaços da rua em uma perspectiva que considera toda a sua complexidade, historicidade, singularidade e coletividade; uma perspectiva dialética de conceber e se apropriar dos espaços da rua.

Estar na rua ou ser da rua não significa, por exemplo, não ter outras referências familiares, sociais e afetivas – mas pode significar uma busca de alternativa à precariedade destes espaços. Santos, ao se referir aos fatores responsáveis pela vinculação dos indivíduos à situação de rua, destaca a fala de José:

Saí de casa de vez com 12 anos, antes eu fugia e voltava quando tava muito frio, mas num aguentei, Meu pai espancava a gente (mãe, duas irmãs e eu), cansei de ver minha chorando, ele enchia a cara, perdia o emprego e a gente era o culpado [...] passava fome do mesmo jeito, então um dia me deu na cabeça sai e nunca mais voltei (2009, p. 18).

A narrativa de José evidencia o enfrentamento de questões como a pobreza, a fome, a violência doméstica, o uso nocivo de álcool e o desemprego – sendo a rua uma alternativa de enfrentamento a estas problemáticas. Mas a rua, também pode ser o espaço do trabalho e este uma forma de vinculação social; ou, ainda, o lugar do sexo, da brincadeira, da amizade e do amor; enfim, a rua pode ser também o lugar do reconhecimento, do cuidado, da saúde e da vida (NERY FILHO; FLACH; ESPINHEIRA, 2009). Um usuário do Ponto de Cidadania, ao se referir à rua, afirma: “a rua é boa, não é ruim; sabendo viver, se vive”.

Trabalhar na direção das potencialidades e possibilidades do viver na rua não significa, de forma alguma, negar a dimensão objetiva das injustiças sociais a que esta população está submetida – abandono, privação, violências legitimadas, pobreza, fome, desproteção, preconceito, subalternidade, não equidade, não acessibilidade, não representação (legitimidade) pública, exploração, limpeza étnica e morte de indivíduos considerados desnecessários sociais (SAWAIA, 2009) –, mas investir nos encontros entre humanos e reconhecer a potencialidade desse sujeito de lutar e resistir a esta condição social.

Nesta perspectiva, as práticas de cuidado que propomos devem ser tecidas no cotidiano, delicadamente se desvendando e construindo o cuidado possível, o que implica, segundo Moraes e Arendt:

[...] considerar o viver como algo crônico, que se faz dia a dia através das conexões locais, situadas, encarnadas, capazes de

produzir estes coletivos, estes amálgamas de coisas tão estranhas e díspares quanto o amor [...]

Viver a vida é um exercício local e ordenado em certas práticas que exigem esforço, práticas que, como sublinhou Mol (2008, 2010), são crônicas, isto é, devem ser tecidas dia após dia. É justamente por isso que a doença não é uma exceção, mas algo que é parte do viver, que se associa ao corpo que nós fazemos dia a dia. (2013, p. 320; 319).

3 AS PRÁTICAS DE CUIDADO NO PONTO DE CIDADANIA

3.1 A escolha das áreas de atuação

A observação é sempre o começo do trabalho de campo. É necessário olhar atentamente, inclusive o que não está à vista, revelar o oculto, desvendar não ditos que fazem parte das relações sociais de determinado território, conhecer as formas de existência das pessoas: seus modos de ser, ações, valores, desejos, disposições, tristezas, alegrias, possibilidades. Viver o cotidiano, dialogar, realizar encontros construtores de vínculos, tornar-se parte, sabendo que a vida é experienciada por cada humano a partir de uma trajetória muito singular, ainda que historicamente constituída no coletivo, eis os primeiros movimentos de imersão no campo (ESPINHEIRA, 2008).

A escolha das áreas de implantação dos Pontos de Cidadania ocorreu a partir de uma série de andanças da equipe pelas cenas de uso de drogas nos diversos espaços¹⁵ da cidade, a fim de definir, a despeito da inconstância geográfica da população em questão, um mapa social de sua localização. Em cada área acessada, o diálogo com os usuários ia indicando os possíveis locais de implantação da proposta específica de cuidado. As áreas de maior concentração de pessoas em situação de rua, usuários de substâncias psicoativas, foram um critério definidor. Além disto, o espaço físico precisava ser estruturalmente viável para a instalação do dispositivo.

A partir de uma escolha ainda inicial das áreas possíveis de trabalho, considerando as indicações dos próprios usuários, fizemos uma imersão em dois territórios, buscando conhecer suas particularidades para além da geografia física, mas, também, como espaço de acesso a bens e serviços, de oferta ou ausência de equipamentos sociais, de redes sociais e de solidariedade, lugares de cultura, esporte e lazer, dentre outros. Interessava-nos compreender o uso que as pessoas faziam do território e que constitui suas identidades. “Quando se fala em território deve-se, pois, de logo, entender que se está falando em território usado, utilizado por uma dada população. Um faz o outro, à maneira da célebre frase de Churchill: *primeiro fazemos nossas casas, depois elas nos fazem*” (SANTOS, 2000, p. 96).

15 Ainda que aqui não caiba um aprofundamento dos conceitos de espaço e território, é importante considerar o que nos sugere Guattari (1985, p. 110): “Os territórios estariam ligados a uma ordem de subjetivação individual e coletiva e o espaço estando mais ligado às relações funcionais de toda espécie. O espaço funciona como uma relação extrínseca em relação aos objetos que ele contém. Ao passo que o território funciona em uma relação intrínseca com a subjetividade que o delimita”.

Objetivamente, a análise contemplou: mapeamento da rede de dispositivos públicos, privados e comunitários que poderiam assistir e/ou disponibilizar espaços e serviços para favorecer o cuidado com a saúde e a inclusão social do usuário; identificação e compreensão, ainda que inicial, de como as pessoas em situação de rua circulam e se relacionam com o território (serviços acessados, demandas, encaminhamentos, cenas de uso, relações de solidariedade, cuidadores, hierarquias, relações de poder, tráfico de drogas etc.); análise das dificuldades da rede institucional e também comunitária em acolher os usuários e suas demandas; e identificação das dificuldades dos usuários no seu cotidiano e em relação ao acesso às diversas políticas públicas. Nas caminhadas diárias, íamos conhecendo as pessoas, dialogando, fazendo parte, “usando” e nos apropriando do território. É enquanto um campo de possibilidades para os que dela fazem morada, que o território, ou melhor, a rua, é concebida neste texto.

Rua compreendida enquanto espaço de liberdade, pois que toda ação aponta repetidamente para a liberdade, ainda que, contraditoriamente, em toda ação, o elo de ligação com o todo social e material permaneça. Como dizia Berger, vivemos “o paradoxo de nossa existência social, com a sociedade podendo representar uma fuga da liberdade ou uma oportunidade para ela”. A liberdade ocorre quando deixamos de ver o “mundo aprovado” da sociedade como a única possibilidade de existir, de ser no mundo (1986, p. 165).

Considerando, então, a proposta do dispositivo Ponto de Cidadania e as áreas indicadas e “re-conhecidas” segundo os critérios apontados acima, foram eleitos dois locais para sua implantação: a Praça das Mãos, no bairro do

Comércio, Distrito do Centro Histórico, e o Pela Porco, no bairro da Sete Portas, Distrito de Brotas. Guardadas as peculiaridades, as referidas áreas se notabilizam pela grande concentração de pessoas em situação de rua, em sua maioria, usuárias problemáticas de múltiplas substâncias psicoativas; pessoas marcadas pela fragilização dos vínculos familiares e sociais, pelo desemprego, pela saúde precária e extrema dificuldade para acessar os diversos serviços da rede pública; pessoas submetidas ao tráfico, prostituição e pequenos furtos; marcadas, enfim, por um cruel “desempoderamento” que as mantém “excluídas” socialmente¹⁶.

Deste modo se iniciou o trabalho. A equipe do Ponto de Cidadania¹⁷ foi contratada em maio de 2014 e os *contêineres* instalados nos dias 21 de junho e 21 de julho de 2014, na Praça das Mãos e Pela Porco, respectivamente. As possibilidades de imersão em campo e a vinculação com os usuários foram ampliadas com a presença intensa da equipe no campo e através das ofertas de cuidado que começaram a se fazer no cotidiano do serviço. Na convivência com os usuários e a comunidade, o “fazer” da equipe ia “se fazendo”.

16 Utilizamos o termo exclusão social considerando toda a complexidade e ambiguidade que o constitui bem como sua transmutação em inclusão social, quando a sociedade exclui para incluir perversamente, “sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações, que se desdobram para fora do econômico. Portanto, em lugar da exclusão, o que se tem é a dialética exclusão/inclusão” (SAWAIA, 2009, p. 9). A dialética exclusão/inclusão, tal como abordada por Sawaia e outros autores em “Artimanhas da Exclusão”, é um fenômeno multidimensional que implica movimento, contradição e que superpõe uma multiplicidade de trajetórias de desvinculação social do usuário (que é individual, singular e também coletiva).

17 O Ponto de Cidadania conta com uma equipe de profissionais com experiência na área de Saúde Mental e álcool e outras drogas, com ênfase na redução de riscos e danos. Cada serviço tem três profissionais de nível universitário, quatro redutores de danos e um agente de limpeza. Além destes, compõem a equipe um coordenador técnico, psicólogo e uma coordenadora geral, funcionária do CETAD.

3.2 Os encontros com os diversos sujeitos e a clínica do cuidado de si

A possibilidade e a disposição para o *encontro* tornou o Ponto de Cidadania referência, em seus respectivos locais, para as pessoas em situação de rua. Importante mencionar que, já no Ponto de Encontro, foi concebida a intervenção que denominamos “metodologia do encontro”¹⁸, que propõe uma ação de positivação da identidade de pessoas estigmatizadas¹⁹, baseada na sociabilidade, a ser operada no nível microssocial ou seja, nas relações cotidianas com os usuários. Nesta metodologia, a convivência compreende a própria intervenção. Para tanto, é necessário que os profissionais estejam disponíveis para o “encontro”, oportunizando aos usuários se desprenderem dos estigmas que lhes são atribuídos e superarem a ideia de que esta condição – de usuário de drogas – determina, necessariamente, um percurso existencial, qual seja, o de drogado ou drogada. Guiada pela “ética do encontro”, a intervenção técnica deve oportunizar aos sujeitos descobrir e expressar o que existe em si além da condição de usuário de drogas (PRATES; MALHEIRO, 2011).

No Ponto de Cidadania, os encontros e a convivência com e entre os diferentes atores que circulam no território – usuários, comunidade, comerciantes, profissionais de saúde

18 A Metodologia do Encontro foi concebida por Adriana Prates e Luana Malheiro e consta no Projeto Técnico do Ponto de Encontro. Baseia-se na perspectiva interacionista, desenvolvida por estudiosos vinculados à Escola de Chicago, como George H. Mead e Howard Becker, que privilegiaram a interação como objeto de pesquisa.

19 É importante destacar que a produção de identidades estigmatizadas cumpre a função de controle social e manutenção das relações de poder e dominação, criando e reforçando as desigualdades sociais. A estigmatização de sujeitos destrói identidades sociais, enfatizando desvios e mascarando o caráter ideológico dos estigmas (GOF-FMAN, 1988). Na população de usuários de *crack* moradores de rua, o sofrimento subjetivo relativo às situações cotidianas de estigmatização e violência pode ser percebido nas narrativas e nas marcas corporais destas pessoas.

e assistência social, estudantes dentre outros – são estrategicamente incentivados pela equipe. Diariamente, no início das atividades do dispositivo, são disponibilizadas mesas e cadeiras na área externa, o que representa um convite para a convivência, o compartilhamento e o diálogo, muitas vezes intermediados por um lanche ou estimulados por um cafezinho. Diversos podem ser os “motivos” para a aproximação: o banho, o curativo, o lanche, um café da manhã ou almoço coletivo, a música, as rodas de conversas temáticas ou de redução de danos, cidadania e cuidados com a saúde, dentre outros. Seja por meio de intervenções planejadas, seja simplesmente *estando junto*, entendemos que oferecer esta possibilidade se configura como uma ação de “contraestigmatização” e posituação destas identidades (TORRENTÉ; PRATES; BORGES, 2015).

Tudo no Ponto de Cidadania leva a uma “convivência técnica”, tem uma intencionalidade, qual seja: fomentar o desejo do cuidado de si, como nos propõe Foucault (2004)²⁰, cuidado de si que implica sempre o outro e, neste sentido, em uma intensificação da sociabilidade, da convivência que nos constitui. Cuidado que, na prática, se concretiza nas demandas aparentemente mais simples – pois a complexidade e potencialidade do nosso trabalho está justamente na convivência – até intervenções mais complexas, como a articulação para acompanhamento de gravidez de risco e doenças graves – incluindo as DST’S – ou mesmo concernentes ao uso problemático de álcool e outras drogas.

20 Foucault considera que o cuidado de si exige práticas de liberdade, um investimento em si mesmo para se conhecer, para se formar, para superar a si mesmo. A ética é a prática refletida da liberdade. Liberdade significa não escravidão, inclusive de si mesmo.

Além disso, há a solicitação pelo resgate das documentações e busca por soluções de pendências judiciais – fato comum na população em questão –, ações que demandam aproximação com dispositivos da rede de assistência social e jurídica e, mais recentemente, talvez como consequência do nosso investimento nas pessoas, demandas por formação escolar, lazer, cultura, entretenimento, profissionalização e inserção no mercado de trabalho – demandas estas desafiadoramente trabalhadas e articuladas entre os usuários, a equipe do Ponto de Cidadania e a rede intersetorial. Importante destacar que a equipe do Ponto de Cidadania tem buscado apoiar as instituições responsáveis pelas intervenções demandadas pelos usuários para que realizem o seu trabalho e não “fazer por eles”. É exatamente nesta perspectiva que nos colocamos como um serviço de apoio psicossocial também à rede de atenção.

Os encontros com os usuários na rua, nas cenas de uso e na comunidade também fazem parte da nossa rotina de trabalho. A equipe faz caminhadas diárias pelo território, conversando com os usuários e os diversos atores que aí habitam, em uma clínica verdadeiramente peripatética²¹. “É outra clínica que aqui se insinua, cujos contornos mínimos estão aqui esboçados, centrada nos percursos, nas articulações com o fora, nas conexões, nos planos de consistência que se conquistam” (PELBART, 2006, p. 13).

Cada vez mais transitamos e ocupamos os diversos espaços da cidade – teatro, cinema, universidade, praia, quadras de esportes, dentre outros –, principalmente o territó-

21 Clínica Peripatética é o termo utilizado por Antonio Lancetti (2006) para se referir às experiências clínicas realizadas em movimento, nas caminhadas e conversações entre profissionais e usuários nos diversos espaços da cidade.

rio de imersão do Ponto de Cidadania, em companhia dos usuários. Eles nos acompanham, nos apresentam, fazem intervenções “reduzoras de danos”, sendo os verdadeiros protagonistas desta cena e demonstrando que, de fato, é possível o desenvolvimento de estratégias que tenham como ponto de partida o seu saber e o seu fazer. Esta mudança de lugar de usuário-usuário para usuário-reduzidor de danos tem um efeito subjetivo e objetivo claro e potente. É possível perceber que aqueles que se identificam com esta posição e começam a experimentá-la, voltam também a sonhar e até a planejar outros “jeitos de andar na vida”²², certamente, efeito da “positivação” destas identidades, como previsto na metodologia do encontro.

O efeito dessas caminhadas também reverbera na comunidade, tanto diretamente, com as intervenções de educação para a saúde e apoio psicossocial a famílias vulneráveis, quanto indiretamente, pelo efeito da nossa presença no território, junto com o usuário, aumentando seu poder de contratualidade, desconstruindo preconceitos, diminuindo atitudes hostis e de violência relatadas cotidianamente e até naturalizadas por eles. Podemos dizer que essas intervenções realizadas pelos/com os usuários possibilitam a construção de sujeitos comprometidos ativamente e coletivamente com as práticas de saúde, os processos de trabalho, a intervenção comunitária, o cuidado com sua saúde e de seus pares. Sujeitos cogestores²³ em saúde.

22 Mario Testa (1992) entende saúde como o “jeito de andar na vida”.

23 Cogestão definida como compartilhamento de poder. (CAMPOS, 2006).

3.3 *Articulando redes sociais, comunitárias e militantes*

O Ponto de Cidadania segue em seu fazer peripatético: acolhimento e atenção na perspectiva da justiça social e cidadania, que se concretiza através da convivência e do investimento nos *bons encontros*²⁴. Conforme afirma um usuário do serviço:

[...] nossa vida melhorou demais com vocês aqui. Antes a gente caminhava muito para tomar banho [...] já conseguimos entrar nos serviços de saúde e fora que a polícia já não encabula tanto com vocês aqui.

A fala “curta” do morador aponta para as situações de violência cotidianas e, de certa forma, naturalizadas a que estão submetidos os usuários com quem trabalhamos:

(1) “*Antes a gente caminhava muito para tomar um banho*” denuncia a violência consequente à pobreza, à miséria que torna inacessível a utilização de bens e serviços produzidos coletivamente, mas desigualmente usufruídos por uma parte minoritária e empoderada da população.

(2) “*... já conseguimos entrar nos serviços de saúde*”, aponta para a violência institucional, que nega o acesso e o atendimento desta população, com a imposição inflexível de normas e procedimentos de entrada que significam, em verdade, a negação dos sujeitos e dos seus direitos de cidadania.

24 Os “bons encontros” referidos por Espinosa são aqueles que aumentam nossa força de existir, nossa potência de agir, nossa alegria. Nos encontros da vida cotidiana, vamos aprendendo a fazer acontecer os bons encontros, fazendo!

(3) “... a polícia já não encabula tanto com vocês aqui” constata a diminuição da violência policial na nossa presença, mas denuncia que ela existe, com a conivência da sociedade e sustentada pela desigualdade social e pelo preconceito que tudo faz poder para uns e nada poder para outros, em geral negros, pobres e “drogados”.

Ressaltamos, ainda, a violência que presenciamos cotidianamente com a população de rua, no que tange ao trabalho, com relações permeadas pela exploração e desqualificação objetiva e subjetiva destas pessoas, com pagamento irrisório ou em troca de comida e sem nenhum equipamento de proteção. Aqui, cabe considerar a afirmação de Boaventura de Souza Santos (1995) de que o extremo da exclusão é o extermínio; e o extremo da desigualdade é a escravidão.

Estas situações de violência fazem parte da vivência cotidiana dos moradores de rua/usuários de substâncias psicoativas e agora também da equipe do Ponto de Cidadania, instigando sentimentos contraditórios de revolta, indignação, raiva e tristeza, mas nunca imobilização; ao contrário, nossas práticas são planejadas e guiadas pela construção de estratégias de resistência que permitam a construção de novas subjetividades e novos sujeitos sociais, transformando as experiências (nossas e deles) e os afetos advindos destas situações em motivação para a organização política.

Aprendemos com Foucault (2004) que onde há poder há resistência e que o desafio, de fato, é transformar estas resistências em participação social e política. Nesta perspectiva, e considerando o conceito de Aristóteles de que política se faz na “convivência”, temos buscado envolver “politicamente” os usuários, a partir de discussões sobre os

problemas da vida cotidiana, incitando-os a uma certa organização coletiva para a participação social. Como marco desta ação, realizamos o “Primeiro Encontro de Usuários, Trabalhadores e Militantes do Campo de Alcool e Outras Drogas”, com o intuito de fomentar a organização de um coletivo que fortaleça politicamente nossas resistências.

Compreendemos, ainda, que é preciso possibilitar o “tecimento” de novas redes de relações e que a comunidade precisa ser convidada a conhecer, reconhecer e participar da solução dos problemas que atingem os moradores de rua no seu território, desconstruindo preconceitos que associam o morador de rua e o usuário de drogas à marginalidade e investindo na potencialidade dos sujeitos de resistirem/lutarem contra esta condição social e humana determinada socialmente.

Por certo, o acolhimento desta população pela rede comunitária e pública de serviços ainda é um grande desafio para a equipe do Ponto de Cidadania. É perceptível que nossa proposta de cuidado se contrapõe, na prática, ao projeto de cuidado implementado nos diversos serviços de atenção à população em situação de rua, a despeito das políticas públicas, ao menos em suas ordens discursivas, assegurarem atenção integral para todos. É fato manifesto: o estigma é sério agravante e impeditivo para que este público acesse os serviços de saúde bem como a assistência social e jurídica que lhes são legalmente assegurados. É preciso ressaltar, contudo, que ainda que seja na singularidade das situações ou nos casos acompanhados, podemos perceber que, ao instigar e apoiar a rede intersetorial a favor da assistência aos usuários do Ponto de Cidadania, ela responde e denuncia,

em verdade, seu despreparo técnico e uma certa moralidade preconceituosa que a amedronta e impossibilita o cuidado.

Neste sentido, temos investido no apoio e qualificação técnica das instituições por onde circula nosso público, objetivando o fortalecimento dos vínculos (institucionais e sociais) e gerando sentimento de pertencimento. Partimos do pressuposto de que é a rede de pessoas/profissionais, em interação constante, que possibilita acessos variados, acolhe, encaminha, previne, escuta, trata e cria efetivas possibilidades de produção de vida social e política, como nos sugere Minayo:

a tendência que desejamos ver crescer é, antes de tudo, a da inclusão social e da superação de imensas desigualdades, pois desigualdade e exclusão configuram a base de todas as violências: a violência estrutural naturalizada pela cultura. Mas também torcemos pelo diálogo que valoriza o outro e pelas práticas de negociação. E, por fim, compartilhamos o sonho de que a intolerância, a agressividade e as várias formas de violência interpessoal sejam substituídas pelo exercício da palavra que esclarece os conflitos e pela argumentação que nos torna a todos mais humanos e mais elevados na escala da civilização (MINAYO, 2003, p. 18-19).

3.4 A EQUIPE PROFISSIONAL E A PARCERIA COM A UNIVERSIDADE

É preciso sonhar, mas com a condição de crer em nosso sonho, de examinar com atenção a vida real, de confrontar nossa observação com nosso sonho, de realizar escrupulosamente nossas fantasias. (Lênin – Sonhos, acredite neles).

A equipe de profissionais do Ponto de Cidadania sonha e luta com a transformação da sociedade e de suas relações de poder, pois sabe que as tecnologias em saúde expressam cotidianamente estas relações sociais. Como bem nos diz Gey Espinheira:

‘são as relações de poder a concretude do mundo em que se desenrola a vida cotidiana’ e, neste sentido, é preciso se posicionar, não compactuar com a prática perversa de dar aos pobres a pobreza, mas construir espaços possíveis – e políticos – de participação social. Eis a nossa posição ética (2008, p. 45).

Os trabalhadores do Ponto de Cidadania são sujeitos e agentes de mudanças de sua realidade e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas. Têm, sabemos, o grande desafio profissional de desconstruir seus próprios preconceitos e representações sociais em relação à rua, às

pessoas que nela vivem e ao uso de álcool e outras drogas. Devem apreender não apenas os conteúdos teóricos que podem subsidiar suas práticas, mas, principalmente, concebê-los como produto do embate político que exige o seu envolvimento ético-político, “[...] no sentido de se trabalhar até o limite a necessidade de defesa da vida, com o compromisso com a produção de saúde como ferramenta fundamental para a promoção da cidadania e o logro da equidade” (NUNES; ONOCKO-CAMPOS, 2014, p. 506).

Nós, profissionais, somos portadores de desejos e de vontades. Situamo-nos no tempo e no espaço com a singularidade que marca nossas trajetórias de vida, nosso “*habitus*²⁵”. Temos historicidade e, portanto, não somos livres. No campo, sempre desconhecido e cheio de possibilidades, somos guiados pela processualidade da vida, cabendo a nós, na relação e com os diversos atores que compõem o nosso território de atuação, delimitar por onde começar e ir seguindo, caminhando por trilhas desconhecidas, mas com a clareza de onde se quer chegar. É certo que não podemos caminhar sem alguns pontos de ancoragem, no caso do Ponto de Cidadania, a “ética do cuidado” – que nos remete à centralidade do usuário nas nossas práticas, tendo como fundamento o dizer de Franco Basaglia²⁶ de que “a liberdade é terapêutica”.

25 O *habitus* é um dos principais conceitos da obra de Pierre Bourdieu (1992) e pode ser definido como um conjunto de esquemas individuais de percepção e ação postos em prática a partir da realidade de um campo, havendo uma forte relação entre o *habitus* e o campo. As reconfigurações impostas no viver cotidiano podem determinar transformações do *habitus*, mas sempre de forma limitada, considerando que é o *habitus* que define a percepção da situação que o determina. Então “o *habitus* é também adaptação, ele realiza sem cessar um ajustamento ao mundo que só excepcionalmente assume a forma de uma conversão radical” (BOURDIEU, 1983, p. 106).

26 Franco Basaglia era psiquiatra e foi o precursor do movimento de reforma psiquiátrica italiano conhecido como Psiquiatria Democrática, influência importante para o movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil.

O trabalho do profissional no Ponto de Cidadania envolve, também, e sempre, o encontro de intersubjetividades, devendo estar atrelado às “circunstâncias e capacidades humanas de aproveitar as oportunidades e alterá-las através da práxis” (PAIM, 1994, p. 67). Esta posição requer questionamento e crítica constante sobre o seu próprio fazer profissional, crítica esta que é fundamental para as reconfigurações cotidianas exigidas pelo trabalho, mas limitada ao olhar de quem está dentro, vivendo como protagonista no mundo da vida.

As nossas práticas precisam passar pela crítica de dentro e de fora, pela pesquisa, pela avaliação, pela experimentação, só possível enquanto guiada pela ciência, pois “se aparência fosse igual a essência não haveria necessidade de ciência. Nem tudo é questão de ponto de vista. A ilusão da transparência diante de objetos aparentemente conhecidos e familiares, precisa ser superada pela crítica, pelo rigor e pelo método” (PAIM, 2015, p. 14).

Eis que, neste aspecto, a “universidade” se torna ator fundamental no Ponto de Cidadania. A equipe profissional foi formada no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), Serviço Especializado da Faculdade de Medicina da UFBA, e sua coordenação está a cargo de uma profissional que atua nesta instituição, reconhecida por seus 30 anos de experiência na atenção aos usuários de psicoativos – legais e ilegais – e seus familiares, inovadora, ao longo do tempo, nas práticas clínicas, educativas e sociais. Esta “presença” marcou o Ponto de Cidadania, desde sempre, com estudantes de diversas áreas, estagiários, residentes e profissionais em formação. Esta dinâmica possibilita o “cru-

zamento dos olhares” e o desencobrimento da aparência em direção à essência, a partir dos relatórios de práticas, estudos avaliativos e dos trabalhos de conclusão de curso que comecem a tomar o Ponto de Cidadania e suas práticas como objeto de estudo.

O Ponto de Cidadania, enquanto uma nova tecnologia de apoio psicossocial, requer objetivações para ser reconhecido e, neste sentido, temos tido o cuidado de registrar cotidianamente nosso fazer. O desafio que agora nos colocamos é o de refletir criticamente sobre este fazer, de forma a perceber certas regularidades e um repertório de práticas que, sistematizadas, componham um rol de possibilidades técnicas para intervir nesses contextos e com esse público: tanto na perspectiva do cuidado, como na perspectiva da política, da gestão, das redes, das instituições, dos movimentos sociais, sem perder de vista que o “poder” é uma categoria analítica que precisa estar presente em todos os níveis de nossa atuação, pois que concebemos os problemas de saúde enquanto problemas sociais e, para mudar o social, é preciso pensar no poder. (TESTA, 1992).

No seu aspecto formativo, temos investido na construção de um saber que possibilite aos estudantes e profissionais em formação uma leitura mais crítica da problemática que envolve a vida na rua, as relações sociais e o consumo de álcool e outras drogas, repensando e reconstruindo formas de garantir o respeito ao usuário e seus direitos enquanto cidadão bem como possibilitar o questionamento dos processos de trabalho, da sua intencionalidade, da reflexividade e dos modos de operar os modelos tecno-assistenciais e, assim, *abrir linhas de fuga* no trabalho, no que está instituído, provo-

cando, de fato, transformações (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

“A estratégia com maior potencial de viabilizar mudanças é atuar sobre a estrutura das práticas de saúde, articulando cada vez mais intensa e organicamente o mundo do ensino ao mundo do trabalho” (PAIM, 1994, p. 56). Partimos do princípio de que formação é aprendizagem no trabalho onde o aprender e o ensinar se incorporam ao dia a dia do serviço. Configuramo-nos como um dispositivo cuja clínica também se constitui necessariamente como uma forma de militância – militância aqui entendida como posição ética, pois se refere sempre a defesa de direitos humanos – exigindo profissionais participativos e convocadores de sujeitos ativos, críticos e propositivos de “políticas” que se estruturam e reestruturam, cotidianamente, nos espaços de vida das pessoas.

4 O PONTO DE CIDADANIA: A BIOÉTICA EMATO

É de concordância geral entre os diferentes profissionais que se interessam pela Bioética, entendida enquanto ramo da filosofia aplicada às ciências da vida e sustentando-se nos mais diferentes campos do conhecimento, que seu surgimento se deu no século XX, a partir dos avanços biotecnológicos e suas consequências sobre os humanos e seus modos de agir (NERY FILHO *et al.*, 2014). Se, em seus períodos iniciais, estava centrada em questões fundamentalmente de caráter individual relacionadas com a clínica e com a pesquisa, mais tarde, graças aos trabalhos dos bioeticistas latino-americanos, a Bioética se volta para o coletivo e o social,

buscando uma Bioética que tratasse de questões como desigualdades sociais e equidade, justiça social, responsabilidade individual e coletiva sobre os cuidados de saúde, alocação e priorização de recursos escassos, pobreza, racismo, saúde pública e políticas sociais e sanitárias (FORTES, 2011).

Assim, no final do século XX, despontaram, no Brasil, duas escolas cujas propostas se distanciavam daquelas desenvolvidas nos países “centrais”, preocupadas com os problemas predominantes na América Latina: a “*escola intervencionista*”, sob a denominação de Bioética de Intervenção, aqui entendida não como ato, mas, fundamentalmente, como denúncia das iniquidades decorrentes das desigualdades socioeconômicas e culturais, vistas sob a perspectiva das “situações emergentes”, relacionadas com os conflitos decorrentes dos avanços biotecnológicos (Projeto Genoma Humano e suas conseqüentes repercussões na Engenharia Genética, incluindo Medicina Preditiva, por exemplo); e as “situações persistentes”, de longa data inseridas nas discussões éticas, a saber: qualidade de vida, discriminação étnica e de gênero, pobreza e exclusão, aborto, a morte e suas vicissitudes, direitos humanos e democracia, dentre tantas (GARRAFA; PORTO, 2007; PORTO, 2012). A “*escola protecionista*”, denominada por seus pais fundadores como Bioética de Proteção, foi imaginada, inicialmente, “como ética aplicada à saúde pública e em seguida, estendida às práticas que se aplicam ao fenômeno da vida como um todo, os seres vivos e o ambiente natural, modificados pelas ações humanas sob a vigência da biotecnociência, da biopolítica e da globaliza-

ção” (SCHRAMM; KOTTOW, 2001; SCHRAMM, 2003; 2008).

A partir deste pertencimento à saúde pública e diante da complexidade dele decorrente, Schramm propôs a reconsideração do alcance da Bioética de Proteção na medida em que ampliou “o campo de aplicação das ferramentas da *proteção bioética*”, que “pretendem dar amparo a populações de vulnerados e suscetíveis, incapacitados para enfrentar a adversidade com seus próprios meios” (SCHRAMM, 2011; KOTTOW, 2007). Neste sentido, para Schramm, *vulnerados* seriam aqueles indivíduos *efetivamente* alcançados por uma situação concreta, em razão de sua *vulneração*, entendida como condição ou circunstância na qual o indivíduo se encontra desprotegido e pode, de fato, ser ferido, distinguindo-se dos vulneráveis, cujo sentido substantivo, diz respeito a todos os seres vivos, passíveis de serem feridos, mas não necessariamente (potencialidade). Vale lembrar que a vulnerabilidade foi, inicialmente, considerada pela Bioética a partir de sua origem latina “*vulnus*”, capacidade de ser ferido, desdobrando-se em duas funções, de acordo com Patrão Neves (2007), a *função adjetivante*, referente a certos grupos ou pessoas, circunstancial, contingente e/ou provisória; e a *função substantiva*, universal, própria a todos os seres vivos enquanto possibilidade. Aliás, esta vulnerabilidade enquanto possibilidade de ser ferido pode ser entendida como paradigmática da condição humana, na medida em que nos coloca no lugar de seres mortais.

Sotero, em pesquisa sobre vulnerabilidade e vulneração envolvendo população em situação de rua, chama a atenção para a ausência de pesquisas sobre este segmento

social, denunciador do desinteresse do Estado e da sociedade civil em geral, o que torna estes indivíduos ainda mais desprotegidos,

oscilando entre a invisibilidade e o rechaço social. [...]. Destituídos de proteção social, econômica e física, subsumidos na falta de informações e conhecimento a seu respeito, [são] facilmente violados, desrespeitados muitas vezes sob a própria tutela do Estado, com máscara de caridade e paternalismo. [...]. As políticas governamentais relacionadas à população de rua são basicamente voltadas para sua eliminação (SOTERO, 2011).

Em seu trabalho, esta autora denuncia a exposição da vida privada destas pessoas, além das vulnerações originadas na fome, com relação aos demais habitantes da cidade, causadas pelo próprio Estado, pela desqualificação do trabalho que eventualmente exercem, pela ausência de identidade social e pela própria ausência de percepção de sua vulnerabilidade. Apenas em 2009, foi publicado o primeiro censo e pesquisa nacional da população em situação de rua (SOTERO, 2011; BRASIL, 2009). Neste censo, foi constatado que 36% dos entrevistados referiam consumo abusivo de álcool e outras drogas, como a principal razão para a saída de casa e 4,4% consideravam a dependência ao álcool e outras drogas como principal problema de saúde (BRASIL, 2009, p. 111; 121).

Entretanto, em que pese o alargamento do horizonte bioético ocorrido nos últimos anos, alcançando as popula-

ções vulneradas em situação de rua, muitas questões importantes foram deixadas à margem ou impossibilitadas de serem abordadas convenientemente, dentre as quais o consumo de substâncias psicoativas, legais e ilegais, seus usos e significados.

Pensar bioeticamente as questões relacionadas com as substâncias psicoativas no mundo contemporâneo, não é pensá-la unicamente na dimensão estreita das relações familiares, nem concebê-la como causa direta de mal-estar social, mas, antes pensá-la analiticamente como consequência de contextos socioeconômicos e políticos. Da mesma forma a ausência ou inadequações de políticas e programas adequados à prevenção, redução de danos ou tratamentos de usuários, devem ser investigados como resultados também de uma moralidade estigmatizante e imobilizadora que se infiltra advertida, ou inadvertidamente nas estruturas sociais. (NERY FILHO; LORENZO; DIZ, 2014, p. 133).

Neste sentido, o PONTO DE CIDADANIA se constitui em ato, na medida em que se organiza a partir do “verdadeiro encontro”, como acima mencionado, reconhecendo em cada um a história do grão de areia que pertence ao todo, mas dele difere em sua originalidade solitária, que dá verdadeiro sentido ao princípio bioético da autonomia, reconhecido no direito fundamental de cada um fazer es-

colhas (mesmo quando aparentemente não as faz) e de se conduzir diante do outro que lhe faz face. Além disto, apoia-se, inquestionavelmente, no princípio da justiça ladeado pela equidade e pela resiliência.

Atento aos pressupostos da Bioética de Intervenção e da Bioética de Proteção, este dispositivo de saúde se dirige aos vulnerados usuários de drogas, atuando na quebra da cadeia formada pelos elos da invisibilidade social, fome, perda de identidade, falta de oportunidades e desamparo, cumprindo o papel efetivo e intransferível do Estado, na proteção dos desempoderados, subsumidos ao fracasso individual, indiscutivelmente denunciador do fracasso da sociedade em que somos todos partícipes.

Não há conformismo, no PONTO DE ENCONTRO, diante das iniquidades, mas uma resistência forte e silenciosa, recomeçada a cada dia, não raro, pela ausência de um ou outro “usuário do Ponto”, desaparecido no anonimato da sua “desimportância” monstruosa e quase absoluta.

O trabalho/ato do PONTO DE CIDADANIA se assemelha à construção de uma mandala, ao modo dos monges tibetanos: o significado está no compromisso com o fazer; é transitório e frágil. Contudo, cada grão colorido, colocado aqui e ali faz e dá sentido à vida. Cada pessoa que chega ao PONTO dá sentido aos seus e aos atos do outro. E quando a Mandala/Bioética se desfaz, permanece a lembrança, inalcançável, mas vivida.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. A teoria sociológica contemporânea: da superdeterminação pela teoria à historicidade. **Rev. Sociedade e Estado**, Brasília, Universidade de Brasília, v. 25, n. 1, p. 15-31, jan./abr. 2010.

ARISTÓTELES. **Política**. Tradução Márcio da Gama Cury. Brasília: Universidade de Brasília, 1985.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. **Interface** (Botucatu), v. 4, n. 6, p. 117-120, 2000.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. O cenário do consumo de *crack* e o inquérito nacional sobre *crack*, 2012. In: _____; _____. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de *crack* e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 11-22.

BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BERGER, P. I. **Perspectivas sociológicas**: uma visão humanística. Tradução Donaldson M. Garschagen. 22. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa Nacional Sobre a População em Situação de Rua**. Brasília: MDS, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Efeito Paidéia e o campo da saúde: reflexões sobre a relação entre o sujeito e o mundo da vida. **Trab. educ. saúde** [online], v. 4, n. 1, p. 19-32, 2006.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Tradução Guy Reynaud. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

ESPINHEIRA, G. **Metodologia e prática do trabalho em comunidade**. Salvador: EDUFBA, 2008.

ESPINHEIRA G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA A. R. *et al.* (Org.). **Drogas: tempos lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: Edufba, 2004. p. 11-26.

FORTES, P. A. C. A bioética em um mundo em transformação. **Rev. bioét** (Impr.), Brasília, Conselho Federal de Medicina, v. 19, n. 2, p. 319-327, 2011.

FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. **Ditos & Escritos: ética, sexualidade, política**. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2004.

FREUD, S. O mal estar na civilização (1930). In: _____. **O futuro de uma ilusão**. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-148. (Edição Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, v. 21).

GARCIA, L.; KINOSHITA, R. T.; MAXIMIANO, V. Uma perspectiva social para o problema do *crack* no Brasil: implicações para as políticas públicas. In: BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.). **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. p. 147-156.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Tradução M. B. M. L. Nunes. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUATTARI, F. Espaço e poder: a criação de territórios na cidade. **Espaço e Debates** – Revista de Estudos Regionais e Urbanos, São

Paulo, ano V, n. 16, p. 109-120, 1985.

KOTTOW, M. **Ética de protección**: una propuesta de protección bioética. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2007.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOL, A. **The logic of care**: health and the problem if patient choice. London: Routledge, 2008.

MOL, A. Care and its values. In: _____; MOSER, I.; POLS, J. (Ed.). **Care in practice**: on tinkering in clinics, homes and farms. Bielefeld, Alemanha: Transcript; Piscataway, NJ: Transaction, 2010. p. 215-234.

MORAES, M. O.; ARENDT, R. J. J. Contribuições das investigações de Annemarie Mol para a psicologia social. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 18, n. 2, p. 313-321, abr./jun. 2013.

NERY FILHO, A. Introdução: por que os humanos usam drogas? In: _____. *et al.* (Org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba, 2012. p. 11-20.

NERY FILHO, A. *et al.* (Org.). **As drogas na contemporaneidade**: perspectivas clínicas e culturais. Salvador: Edufba, 2012.

NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. V.; ESPINHEIRA, G. De cara na rua: reflexões sobre crianças e adolescentes em situação de risco. In: SILVA, L. R. **Diagnóstico em Pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2009.

NERY FILHO, A.; LORENZO, C.; DIZ, F. Usos e usuários de substâncias psicoativas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 6. ed. Brasília: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. p. 125-141.

NUNES, M. Refletindo sobre a prática de uma residência multiprofissional em saúde mental: produções epistemológicas e pedagógicas. In: _____; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015.

NUNES, M.; ONOCKO CAMPOS, R. Prevenção, atenção e controle em saúde mental. In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: MedBook, 2014. p. 479-500.

PAIM, J. S. Prefácio. Formação especializada em Saúde Mental. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015.

PAIM, J. S. Propostas de mudança na formação de pessoal de saúde. In: _____. **Recursos Humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.

PATRÃO NEVES, M. do C. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. (Org.). **Bioética, vulnerabilidade e saúde**. Aparecida, SP: Ideias & Letras; São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2007. (BIO & Ética)

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PELBART, P. P. Prefácio. In: LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

PORTO, D. Bioética de intervenção; retrospectiva de uma utopia. In: _____ *et al.* (Org.). **Bioéticas, poderes e injustiças: 10 anos depois.** Brasília: CFM/Cátedra Unesco de Bioética/SBB, 2012.

PRATES, A.; MALHEIRO, L. Metodologia do Encontro. In: CETAD. **Projeto Técnico do Ponto de Encontro.** 2011.

SANTOS, B. S. A construção multicultural da igualdade e da diferença. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SOCIOLOGIA, VII. Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 4-6 set. 1995. **Anais...** Rio de Janeiro, 1995.

SANTOS, D. S. **O retrato do morador de rua da cidade de Salvador-Ba:** um estudo de caso. 2009. Monografia (Pós-Graduação em Direitos Humanos e Cidadania) – Fundação Escola do Ministério Público, Universidade do Estado da Bahia, Salvador, 2009.

SANTOS, M. **Por uma outra globalização:** do pensamento único à consciência universal. Rio de Janeiro: Record, 2000.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: _____. **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 9. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: _____. (Org.). **As artimanhas da exclusão:** análise psicossocial e ética da desigualdade social. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

SCHRAMM, F. R. A bioética da proteção em saúde pública. In: FORTES, P. A. C.; ZOBOLI, E. (Org.). **Bioética e Saúde Pública.** São Paulo: Loyola; 2003. P. 71-84

SCHRAMM, F. R. A identidade sanitária da bioética brasileira e a bioética da proteção no contexto da globalização. **Revista Facid.,** v. 4, n. 1, p. 129-142, 2008.

SCHRAMM, F. R. A bioética de proteção é pertinente e legítima? **Rev. bioét** (Impr.), v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011.

SCHRAMM, F. R.; KOTTOW, M. Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 949-956, 2001.

SOTERO, M. Vulnerabilidade e vulneração: população de rua, uma questão ética. **Rev. bioét.** (Impr.), v. 19, n. 3, p. 799-817, 2011.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 226p.

GARRAFA, V.; PORTO, D. Bioética de intervención: verbete. In: TEALDI, J. C. (Org.). **Dicionário Latino-Americano de Bioética**. Bogotá: Unibiblios/UNESCO, 2007.

TORRENTÉ; M.; PRATES, A.; BORGES, A. O lugar e o papel do cientista social nas equipes interdisciplinares em saúde mental. In: NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; PRATES, A. (Org.). **O otimismo das práticas: inovações pedagógicas e inventividade tecnológica em uma residência multiprofissional em saúde mental**. Salvador: EDUFBA, 2015.

PARTE III

A CLÍNICA DO *CRACK*:
ABORDAGENS, EXPERIÊNCIAS E
DESAFIOS

CAPÍTULO 8

A CLÍNICA NA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE *CRACK* NA PERSPECTIVA DA REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA

Paulo Henrique Dias Quinderé
Guilherme Bruno Fontes Vieira
Indara Cavalcante Bezerra
Erasmio Miessa Ruiz
Emilia Cristina Carvalho Rocha
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A reforma psiquiátrica brasileira trouxe outra visão de tratamento e acompanhamento para as pessoas com problemas relacionados aos transtornos mentais. O modelo hospitalocêntrico, ainda de certa forma vigente, começou, gradativamente, a ser substituído por um mais voltado ao suporte social no contexto ambulatorial e comunitário.

A tentativa de transformação do modelo psiquiátrico hegemônico ocorre desde a reforma constitucional de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da sua efetiva implementação em 1990, com a implantação de uma rede assistencial extra-hospitalar para as pessoas com transtornos mentais.

Essa transformação é fruto de experiências exitosas que emergiram do movimento de reforma psiquiátrica do

Brasil, mediante novas práticas no campo da Saúde Mental, e da influência de teorias de vários países, no campo da Psiquiatria e Saúde Mental, apontando assim para a formação de um novo modelo de atenção no cuidado às pessoas com transtornos mentais.

Quanto à assistência em relação a pessoas com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas, no entanto, ficou em segundo plano. Enquanto as práticas em Saúde Mental estavam voltadas às pessoas com transtornos mentais graves, seja com ampliação da rede CAPS- Geral, seja das residências terapêuticas que tinham o objetivo de desinstitucionalizar moradores dos hospitais psiquiátricos, as ações de Saúde Mental no âmbito da assistência a álcool e droga ficaram centralizadas eminentemente nos CAPS-ad, que iniciaram suas atividades, tardiamente, no ano de 2002.

Para Delgado *et al.* (2007), as políticas públicas no Brasil deixaram de lado a questão das drogas, o que possibilitou uma absorção da temática pelas instituições judiciais, religiosas e de segurança pública. A ausência do Estado em relação ao problema possibilitou o surgimento de estigmas diversos e ideias preconcebidas sobre o tema assim como a atenção aos usuários permaneceu pautada nas práticas eminentemente médicas e psiquiátricas, de caráter fechado, excludente, segregador e marginalizante ou, ainda, de cunho religioso cujo principal objetivo era a reformulação moral e a abstinência total do uso das substâncias.

Apenas em 2002, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, implementou a Política Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em consonância com as recomendações da III Conferên-

cia Nacional de Saúde Mental. A Política traz avanços na assistência aos usuários de álcool e drogas, reconhecendo a problemática dos agravos de saúde e sociais relacionados ao consumo abusivo de substâncias psicoativas (DELGADO et. al., 2007). Uma das ações é a ampliação da rede assistencial por intermédio dos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad), internação para desintoxicação em hospital geral, assim como a atenção aos usuários na sua comunidade, com algumas estratégias de redução de danos.

Na última década, os serviços CAPS-ad se multiplicaram em todo o país, porém, funcionando de forma heterogênea e absorvendo o modelo moralista e tradicional com o foco do tratamento na abstinência do uso da droga como meta a ser alcançada.

Os modelos de clínica para tratamento em dependência química se pautam na abstinência do uso, sendo este aspecto o principal objetivo a ser alcançado. Espera-se que a pessoa esteja “curada” com a abstinência. Um modelo limitado à dicotomia saúde e doença, em que a doença é caracterizada pelo uso da droga e a saúde é a ausência do uso desta, não avançando no sentido de intervenções junto aos aspectos psicossociais envolvidos no problema do uso da substância.

O caráter do tratamento sempre assumiu conotação moral e de correção daquele que faz uso ou que apresenta problemas relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Aos dependentes de drogas ilícitas, é reservada a punição como resultado de uma afronta à sociedade e à norma estabelecida, concepção pautada na discriminação de grupos perigosos e ameaçadores à ordem social. Aos que dependem

de drogas lícitas, resta dividir espaço com pessoas dos mais diversos transtornos psiquiátricos em manicômios ou buscar auxílio nos grupos de autoajuda (RODRIGUES, 2005).

No modelo tradicional de abordagem ao uso de drogas, o principal foco da intervenção é a evitação do consumo por meio do modelo de amedrontamento. No cotidiano, são comuns palestras em escolas e associações onde alguém “conhecedor” do tema disserta sobre as consequências trágicas do uso de drogas, de forma polarizada, preconceituosa e destituída de crítica. É constante a utilização de ex-dependentes dando depoimentos sobre o quanto tiveram suas vidas dilaceradas por causa do consumo de drogas, atribuindo um enorme valor a todas as consequências maléficas, à droga em si e polarizando a discussão.

Este modelo, no entanto, não é eficaz e não conseguiu alcançar seus objetivos, pois o consumo de drogas na nossa sociedade cada vez mais se intensifica. Comparando-se os dois grandes estudos brasileiros realizados acerca do consumo de drogas, os Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (o I e o II), observa-se um aumento do consumo das substâncias psicoativas.

De acordo com o primeiro levantamento domiciliar, de 2002, as drogas mais utilizadas pelos brasileiros eram, e ainda são, o álcool (68,7%), o tabaco (41,1%) e a maconha (6,9%) (CARLINI *et al.*, 2002). O II Levantamento domiciliar, de 2005, demonstrou um aumento nos padrões de uso na vida, o álcool passando para 74,6%, o tabaco para 44,05% e a maconha para 8,8% (CARLINI *et al.*, 2005). Isto mostra que o modelo de amedrontamento não faz com que as pessoas evitem o consumo das drogas ilícitas e demonstra o

descaso das políticas públicas em relação ao controle do uso das substâncias lícitas, como o álcool e o tabaco.

Outras substâncias psicoativas também tiveram seus padrões de consumo aumentados como: solventes (passando de 5,8% para 6,1%), benzodiazepínicos (passando de 3,3% para 5,6%) e a cocaína (de 2,3%, no primeiro estudo, e agora apresentando 2,9% de uso na vida). Atrelado a isto, tivemos, na década passada, o advento do aumento do consumo de *crack* por todo o país, explorado pela mídia de forma acrítica, reforçando o modelo amedrontador de intervenção ao uso de droga.

É notório o aumento do consumo de cocaína/*crack*. Dados demonstram que o uso na vida de cocaína no Brasil aumentou de 1% (1993) para 1,8% (1997), 2,3% (2001) e 2,9% (2005). Agora, aparece com 4% (2012). O *crack*, cocaína de péssima qualidade misturada com cloridrato, tem uma prevalência de 1,4%, na faixa etária adulta (LARANJEIRA, 2012).

A discussão, no entanto, fica empobrecida quando não se leva em consideração os entornos sociais em que está inserido este consumo. Dados apontam que o consumo de cocaína aspirada é maior nas regiões economicamente mais ricas do país (Sudeste 2,4%) e de *crack* – cocaína fumada – no último ano, nas regiões mais pobres (Nordeste, 0,9% e Centro-Oeste, 1,8%).

Estudos procuram descobrir os efeitos físicos e psíquicos experimentados pelos usuários de *crack*. Os efeitos psíquicos da droga são sentimento de perseguição, agitação motora e, posteriormente, depressão. Quanto aos efeitos físicos, temos: problema respiratório, perda de apetite, falta de

sono, rachadura nos lábios, cortes e queimaduras nos dedos e no nariz. A dificuldade de ingestão de alimentos pode levar à desnutrição, desidratação e gastrite (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004).

O advento do consumo de *crack* e as suas repercussões psicossociais levaram o Ministério da Saúde a editar a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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), com o objetivo de ampliar o escopo de intervenções com ações junto à Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Especializada; Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização; e Reabilitação Psicossocial.

Embora as políticas públicas no âmbito da saúde tenham ampliado a quantidade de serviços que assistem os usuários de drogas e, conseqüente, os usuários de *crack*, questionamos como ocorre esta assistência. Em qual modelo de clínica se estrutura esta assistência?

Para tanto, este estudo tem como objetivo discutir qual o modelo de clínica utilizada pelos profissionais de saúde no cuidado ao usuário de *crack*.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa hermenêutica. A proposta do estudo qualitativo tem importância no entendimento da dimensão simbólica nos diversos

espaços sociais em que a pessoa se inscreve, ou seja, do sistema de crenças, na compreensão dos processos físicos do corpo.

A Hermenêutica é vista, hoje, como uma teoria ou filosofia de interpretação, capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que a sua mera aparência ou superficialidade. Busca aprofundar o sentido além daquilo que aparentemente está exposto. Sua condição nos permite vivenciar pela interpretação os significados originários do diálogo com o mundo (SILVA, 2010).

O estudo foi desenvolvido nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad) das secretarias executivas regionais (SERs) IV e V, do Município de Fortaleza-CE. A escolha pelo território administrativo-político das SERs IV e V se deve ao fato de estas estarem pactuadas no Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) em que a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação e atividades sociocomunitárias.

Os participantes da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indiquem contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão.

O grupo de informantes-chave foi conformado por 25 usuários de *crack* que estavam em tratamento nos serviços de saúde CAPS-ad e Unidades Básicas de Saúde das Secretarias Executivas Regionais SER IV e V do Município de Fortaleza, no período de janeiro de 2011 a agosto de 2012.

Para a conformação dos sujeitos da pesquisa, foram selecionados dois grupos de informantes-chave: Grupo I:

21 usuários de *crack* em acompanhamento nos CAPS-ad, Grupo II: 15 trabalhadores dos CAPS-ad (9 profissionais – 2 psicólogos, 2 terapeutas ocupacionais, 1 auxiliar de Enfermagem, 2 enfermeiros, 1 farmacêutico, 1 assistente social e 6 trabalhadores de nível médio do apoio administrativo e serviços gerais).

O contexto em que se encontra este estudo está engendrado por personagens de classes sociais distintas. Os usuários de *crack* em acompanhamento advêm de um contexto socioeconômico precário de bairros com intensas vulnerabilidades sociais. Consiste em um grupo formado eminentemente por homens, adultos jovens, com média de 32 anos de idade, com escolaridade até o ensino médio, realizando algum tipo de atividade remunerada e estando a pelo menos 1 mês em acompanhamento no serviço.

Quanto aos trabalhadores de saúde, são, na sua maioria, mulheres, com idade média de 36 anos, renda de 1 salário mínimo ou mais, vínculos trabalhistas garantidos e com pelo menos 3 anos de trabalho no serviço.

Como técnica de coleta, optou-se pela entrevista semiestruturada com as seguintes questões norteadoras: como se dá o acompanhamento dos usuários de *crack* pelos trabalhadores deste serviço/instituição; como foi formulado o projeto terapêutico; e quais as necessidades e dificuldades no acompanhamento.

Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados, mediante a realização de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Concluída a gravação, o material foi colocado à disposição dos entrevistados para

serem ouvidas e, caso desejassem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento, poderia ficar à vontade para fazê-lo.

Para Ricoeur (1991), a narrativa é uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso que liga a explicação à compreensão, no sentido de buscar no enredo a coerência e a mediação entre ação e linguagem e entre indivíduo e sociedade. O centro da abordagem hermenêutica está na compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados, tentando clarear o que é confuso, escondido e fragmentado. Trata-se de um pensamento que se propõe adotar um método reflexivo capaz de romper todo e qualquer pacto com o idealismo.

Os conceitos utilizados para fazer a análise dizem respeito a distanciamento, apropriação, explicação e compreensão das experiências. (GEANELLOS, 2000). As etapas de análise foram constituídas de: transcrição das entrevistas em texto; distanciamento (distanciação), interpretação superficial (*naive*); análise estrutural; e compreensão abrangente do texto, denominada interpretação profunda.

A análise das narrativas está pautada na proposição metodológica e analítica fundamentada na Hermenêutica. Em detalhe, propõe-se como síntese deste método os passos descritos para a interpretação dos resultados em dois níveis: as determinações fundamentais e o encontro com os fatos empíricos. Segundo previsto, a evidenciação das sínteses foi discutida entre os participantes, implementada com base em perspectivas e experiências dos participantes envolvidos com articulação com a literatura disponível.

Com suporte no material constituído através das entrevistas dos dois de grupos de informantes-chave, procedemos à aproximação com o texto mediante as diferentes narrativas, a fim de organizar as unidades de sentido e significados, para, posteriormente, elaborar subtemas e temas, interpretadas com base na Hermenêutica e em articulação com o referencial teórico de suporte aos temas e subtemas de forma crítica (TRIVIÑOS, 1992).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovada para fins de sua realização, de acordo as normas do mencionado órgão (Processo nº 11583129-0).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A (des)articulação do cuidado aos usuários de *crack* na rede assistencial de saúde

O modelo de clínica que, atualmente, perpassa os cuidados aos usuários de drogas no Brasil é proposto pela Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas e tem como norte o modelo de redução de danos. A proposta de redução de danos tem o objetivo de ampliar o escopo de intervenções junto aos usuários de drogas não tendo a abstinência da substância pelo usuário como o principal foco. Além disto, procura realizar intervenções além da relação da pessoa com a droga, procurando intervir no seu contexto social, econômico e cultural, incluindo a família, os grupos de uso, e articulando a rede social de apoio do usuário de droga.

Nesta perspectiva, a abordagem da redução de danos oferece um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, propõe junto com ele estratégias voltadas para a defesa de sua vida e não para a abstinência como objetivo a ser alcançado. A redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho), portanto, não é excludente de outros. Vemos, também, que o método vinculado à direção do tratamento — e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando —, implica, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem trilhados pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

Essa proposta está articulada com os preceitos da reforma psiquiátrica brasileira, da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, cujo texto estabelece as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde e garante aos usuários de serviços de saúde mental e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades, ajustando, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003).

Sendo assim, é imperativa a existência de uma clínica cujas intervenções na área da saúde sejam voltadas para o cuidado dos usuários de drogas. Neste sentido, encontramos

em Campos (2003) um “modelo” de clínica ampliada constituída de forma a atuar no sujeito como um todo e não de forma fragmentada e isolada. Suas intervenções não incidem somente nos aspectos biológicos, mas, também, nos aspectos subjetivos e socioculturais. Situa, portanto, este sujeito/ usuário também como corresponsável no seu tratamento, incluindo intervenções nos agravos de saúde decorrentes do uso da substância. O modelo de intervenção mais próximo do modelo de clínica ampliada é o de redução de danos.

As intervenções de redução de danos, no entanto, pouco são exploradas nos serviços especializados CAPS-ad, suplantadas por práticas que se pautam insistentemente na abstinência do uso da droga como foco principal do tratamento.

Intervenções terapêuticas no cuidado aos usuários de *crack* nos CAPS-ad

Observamos que as intervenções terapêuticas realizadas nos serviços que atendem aos usuários de drogas, especificamente os usuários de *crack*, já absorvem elementos da ampliação deste modelo de clínica. Tanto na perspectiva dos usuários quanto dos trabalhadores dos CAPS-ad, percebemos a necessidade de intervenções ampliadas as quais não podem se centralizar nos sintomas nem, apenas, na dimensão biológica do problema.

Os usuários acompanhados nos CAPS-ad consideram importante o acompanhamento conjunto dos seus familiares. Referem que o seu problema também afeta a família e compreendem que a participação desta em determinado

momento é crucial para um bom andamento terapêutico. Além disto, referem que as intervenções terapêuticas não se restringem apenas a atividades voltadas para os cuidados de saúde física ou orgânica, havendo espaço para atividades artísticas e de esportes, por exemplo.

Superar a fragmentação entre os aspectos biológicos, subjetivos e sociais impulsiona a elaboração de projetos terapêuticos amplos que explicitem objetivos e técnicas de ação profissional e que reconheçam um papel ativo para o usuário enfermo em defesa da sua saúde interligada com a saúde de outros (CAMPOS, 2003).

Vale destacar o fato de que se constitui um modelo de clínica voltado para o tratamento em dependência química associado às abordagens e prevenção ao uso de drogas pautados na abstinência do uso como principal objetivo a ser alcançado. Com a abstinência, espera-se que a pessoa seja “curada”. Um modelo limitado à dicotomia saúde—doença, sendo a doença caracterizada pelo uso da droga e a saúde, a ausência deste uso, não avançando no sentido da contextualização dos aspectos psicossociais envolvidos na dependência de substâncias psicoativas.

Essa compreensão é compartilhada, também, pelos trabalhadores dos CAPS-ad participantes deste estudo. Para este grupo de trabalhadores, para além dos efeitos que a substância possa engendrar no organismo, os problemas sociais que afetam a vida dos usuários de *crack* também possuem repercussão importante, não só no que diz respeito à formação do problema como também na formulação de um tratamento que possa intervir nos aspectos sociais da vida dessa pessoa.

Observamos que o cotidiano assistencial dos cenários explorados é permeado por intervenções terapêuticas centradas não apenas na enfermidade ocasionada pela relação do indivíduo com a droga, mas ampliadas, compreendendo o problema com o uso da droga desde o contexto em que se estabelece o consumo, procurando, também, intervir nas suas mais variadas dimensões, como destacado nos discursos abaixo:

[...]. Porque um usuário né e tudo assim, ele não tem demandas só de saúde né, tem toda uma questão social por trás. Nós temos vários grupos né, várias oficinas, é prevenção de recaídas... Porque não adianta o paciente vir pra cá só pra medicação, so pra tomar medicação, porque o tratamento é um conjunto... tem o atendimento individual e de grupo... as oficinas, tem um artista [...] (Grupo II).

[...]. Mas assim, tem certas situações que a família não sabe lidar e pode me frustrar, e pode a minha frustração me levar ao uso... Participei do grupo de arte e do grupo de flauta, grupo de família. Aí eu venho pra massagem [...] (Grupo I).

As demandas de saúde advindas do uso da substância, seja em razão das formas de consumo seja ocasionada pela substância *crack*, necessitam de intervenções que não

foquem apenas os aspectos orgânicos da pessoa. Desta forma, não reivindicamos a clínica biomédica, pois ela intervém apenas no sintoma, responsabilizando-se, como refere Campos (2003), apenas pela enfermidade e não pelo enfermo.

Assim, como destacam Leal e Delgado (2007), a noção de clínica no campo da Saúde Coletiva e nos cuidados aos usuários de Saúde Mental, é estabelecida como “clínica ampliada” ou “clínica da atenção psicossocial” ou, ainda, “clínica da reforma”, definindo uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber a pessoa e seu sofrimento. Necessitamos, portanto, considerar uma definição de sujeito como expressão da relação homem-social.

Outro dado evidenciado neste estudo é a participação do usuário no seu tratamento, a vinculação que estabelece com os profissionais que o acompanham e com o serviço em que está sendo acompanhado. Esta relação parece se configurar como aspecto primordial, pois favorece a adesão e impulsiona a participação nas atividades propostas pelo serviço; porém, o seu acompanhamento fica restrito às ações realizadas dentro do serviço especializado, havendo pouca articulação deste serviço com as ações nos territórios.

Isso nos faz retomar Campos (2003) que, ao explorar o universo da clínica e suas dimensões, destaca a necessidade de repensá-la com base em intervenções na doença e no contexto em que se constitui a enfermidade e tem o usuário como sujeito ativo na sua terapêutica, conjecturando o estabelecimento do vínculo como recurso terapêutico potente. Esse *therapeutike* – do grego, eu curo –, entretanto, é uma parte essencial da clínica que estuda e pratica os meios adequados e condizentes para curar, reabilitar, aliviar o so-

frimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes.

Do lado dos profissionais, a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que os procuram ou são por eles procurados. O vínculo começa quando estes dois movimentos se encontram: uns demandando ajuda, outros se encarregando das solicitações de ajuda (CAMPOS, 2003). Os trabalhadores dos CAPS-ad revelam que, para elaborar o projeto terapêutico do usuário de *crack*, é fundamental o estabelecimento do vínculo para o bom andamento do processo terapêutico do usuário, pois o tratamento tem estreita relação com a capacidade de vinculação com o usuário, conforme visualizamos nos trechos a seguir:

[...]. O primeiro contato, porque aqui é o seguinte, a gente dá acolhimento desde a portaria, desde a pessoa que abre o portão, né até o profissional, até o psicólogo ou a terapeuta, ou o enfermeiro... se ele chegar, se na portaria, ele não for bem acolhido, ele já não entra né já não entra [...] (Grupo II).

[...]. a pessoa quando quer sair dessa vida, quando tá mesmo no mundo da droga, quer amor, quer carinho, tá entendendo, sem maldade, e aqui eu tô encontrando e eu sou muito querida aqui... fui bem recebida quando eu cheguei aqui, nunca ninguém falou nada não [...] (Grupo I).

Ao contrário, uma relação que não estabelece um afeto positivo, que discrimina o usuário tende a não estabelecer laços de confiança e respeito, inviabilizando o acompanhamento do usuário, seja ele público, privado, comunitário ou em internamento. Os usuários referem que se sentem vulneráveis e que o acolhimento é imprescindível para que intervenções futuras sejam efetivas.

Além disso, os usuários relatam várias interações em instituições privadas que trabalham na perspectiva da abstinência da substância e têm como intervenção primordial o internamento. Assinalam que são constantes as recaídas, ou seja, o retorno ao padrão de uso danoso de antes, demonstrando que, tanto no acompanhamento aberto como no acompanhamento fechado, recluso, estão susceptíveis a recaídas, contudo, um dos aspectos decisivos, trazido nesta pesquisa, é a mobilização do usuário em se manter abstinente, o compromisso assumido pelo usuário com o tratamento, por meio da vinculação que estabelece com o serviço e com a equipe que o acompanha.

Os usuários de *crack* ressaltam que, quando estão reclusos em algumas instituições, é muito fácil se abster. O problema é quando voltam à realidade, ao espaço de convivência com seus grupos sociais onde ocorre o uso. Necessitam tomar a decisão de não usar, de não voltar a se desorganizar por conta do uso. Demonstra-se, assim, que a eficácia do tratamento não está relacionada a internar e manter o usuário longe da droga e sim no potencial de fornecer motivação para que este usuário possa tomar decisões mais condizentes com a sua saúde física e mental. Trata-se, então, de tornar o usuário autônomo, de não vitimá-lo e não situá-lo

em uma posição de passividade em relação ao seu problema com o uso.

Lancetti (2006) enfatiza que os tratamentos cujo foco é a abstinência da droga por meio do internamento por longos períodos deixam o usuário mais passivo em relação ao seu consumo, inviabilizando o desenvolvimento da autonomia, pois lhe oferecem um local totalmente dissociado da realidade que encontrarão quando estiverem fora. Para o autor, no momento em que eles voltam à realidade, enxergam que a vida não é nada fácil, que a vida é angustiante, que tem que se lutar e dar de cara com uma sociedade que vive com as drogas. As pessoas terminam recaindo, pois não aprenderam a conviver consigo mesmas, não aprenderam a conviver em uma sociedade que é real. O discurso que se segue polariza a internação com abstinência:

[...] tinha buscado várias instituições particular. Lá eu saí, passei um tempinho e depois recaí, voltei, acho que eu tive internado umas 4 vezes, e sempre retornava, recaia. Num funcionou pra mim, enquanto eu tava lá eu tava limpo, mas aprendi que a recuperação tem que ser feita aqui fora, você tem que encarar a realidade e aprender a dizer não aqui fora [...] (Grupo I).

Como podemos perceber, as propostas de tratamento de caráter asilar situam o usuário em uma atitude passiva em relação ao seu problema. A meta mais importante a se atingir é a abstinência da droga, dando ênfase à substância como

se esta fosse uma entidade capaz de tornar o usuário completamente absorto, passivo e controlado pela substância.

Como destaca Bergeron (2012), o próprio termo usuário, cunhado com suporte nas classificações internacionais das doenças (DSM e CID), tem o objetivo de pôr em relevo a representação da pessoa dotada de racionalidade, não completamente dominada por causas psíquicas que congelam seu entendimento, capaz de desenvolver estratégias para cuidar da própria saúde tanto quanto de gerir os próprios usos.

Desta forma, as intervenções terapêuticas relatadas pelos usuários condizem com suas expectativas quando elas são atreladas ao bom afeto estabelecido com os profissionais e trabalhadores e com o serviço. As intervenções medicamentosas, artísticas, esportivas e de relaxamento por intermédio de uma equipe multiprofissional, se harmonizam à diversidade de usuário. Além disto, tanto atividades individuais quanto grupais são desenvolvidas e os usuários relatam exercer algum tipo de atividade que ajuda muito a desviar o pensamento de usar a substância.

Se por um lado, porém, há a compreensão de que os problemas relacionados ao uso da substância *crack* tem outros fatores psicossociais que repercutem direto na problemática e que o usuário também tem papel importante na sua recuperação, práticas realizadas dentro dos serviços apontam para estratégias que reforçam a tutela do usuário e para intervenções que reconhecem a droga como causadora de todos os problemas advindos deste uso. Este aspecto é ainda reproduzido dentro dos CAPS-ad, que operam na tentativa de distanciar o usuário da droga. “[...]. E eles sempre falam

isso... voltou pra casa deles... é lá que as coisas acontecem, é ali naquele covil deles. Aí eu acho que se eles passassem o dia no Caps, eu acho que seria melhor [...]” (Grupo II).

No Brasil, a clínica da dependência se constitui na premissa de livrar o usuário da droga utilizando projetos terapêuticos e intervenções que o tutelam, deixando-o mais passivo em relação ao seu problema com a substância. Isto vai ao encontro do pensamento de Schenker e Minayo (2003) que dizem que o dependente químico é visto como alguém doente, dando-se ênfase maior à substância consumida por ele. Renega, portanto, todo o contexto no qual está inserido e coloca-o em uma posição de completamente possuído pela droga, de impotente nesta relação de consumo e em uma atitude passiva em relação à substância, reforçando ainda mais o comportamento dependente deste sujeito.

Essa dialética da passividade que comporta e determina as abordagens clínicas aos usuários de *crack* está presente na própria fala do usuário, que aponta que decidem tudo por ele. Nesta perspectiva, o usuário expressa para os outros (trabalhadores de saúde) a incapacidade de “livrar-se” da droga, assumindo posição estática e inoperante de reverter os próprios problemas, aspecto também incorporado por alguns trabalhadores que passam a tutelar os usuários e situá-los em uma posição passiva em relação ao seu tratamento, como é destacado nos seguintes trechos:

[...] algumas atividades são determinadas pelo profissional E assim... coloca ele em alguns grupos terapêuticos.... a gente faz um plano terapêutico e marca uma consulta

com o psiquiatra daqui dois meses, três meses, nós temos dificuldades aqui porque só tem uma médica. E assim... coloca ele em alguns grupos terapêuticos [...] (Grupo II).

[...]. Não, eu acho que num foi planejado nada, porque foi ordem do juiz, eu tinha que vir aqui e pronto, e a juíza mandou ordem pra cá e eu tenho que ficar frequentando, porque se eu não ficar frequentando, eles mandam um mandado de prisão pra mim. Não, eu num tive opinião nenhuma não. Eu aceitei do jeito que eles disseram [...] (Grupo 1).

Como podemos notar, o projeto terapêutico dos usuários entrevistados não se caracteriza por um processo singular constituído com base nas necessidades de saúde de cada usuário, considerando suas opiniões, desejos, sonhos e seu projeto de vida, em uma interação democrática e horizontal do trabalhador de saúde com o usuário do serviço. Percebemos, de modo contraditório, que alguns trabalhadores esperam que os usuários correspondam às formas de tratamento que lhes são oferecidas, desejando que haja uma adequação aos procedimentos indicados no projeto terapêutico singular.

Assim, embora os CAPS-ad enfatizem a importância da constituição do vínculo com os usuários para a manutenção dos acompanhamentos eles se engessam em um *menu* de opções que visam à abstinência. Restrigem o acompanha-

mento dos usuários a várias idas ao serviço, com o objetivo de manter o usuário longe da droga.

As concepções de alguns entrevistados corroboram o modelo de alta exigência criticado por Alves (2009), que implica censuras e recriminações aos episódios de recaídas ao uso de drogas ou desvios do tratamento proposto, tornando os espaços das instituições de saúde pouco acolhedores e estigmatizantes. Mesmo que tais recriminações não sejam expostas, verbalmente, pelos trabalhadores, elas são vistas de forma implícita nos discursos. A frustração de alguns trabalhadores com a recorrência e dificuldade em lidar com o usuário de *crack* até aparece de forma clara nos discursos de alguns usuários que se sentem envergonhados em revelar que tiveram pequenas recaídas:

[...] estou comentando com vocês que eu recaí ontem, mas eu não contei... pra alguns funcionários daqui. Não porque seja porque eles vão me criticar, tá entendendo? Eu num gosto de ver eles tristes não, tá entendendo? [...] (Grupo I).

Percebemos, assim, que alguns trabalhadores esperam que os usuários se adequem às formas de tratamento que são oferecidas e apontam a dificuldade de trabalhar com os usuários com baixo nível de escolaridade, visto que isto impossibilita o entendimento de determinados tratamentos ou de informações disponibilizadas e, assim, por vezes, pouco se beneficiariam das recomendações e das intervenções

propostas, já que eles não as compreendem. Ressaltamos, contudo, que, no cuidado integral à saúde, são os trabalhadores que têm como responsabilidade a adequação de seu repertório linguístico às necessidades de saúde dos usuários.

Em uma tentativa de reduzir as dificuldades de adesão e do acompanhamento do usuário no serviço, é enfatizado o vínculo do usuário com o profissional de referência, ou seja, aquele profissional que acompanha o usuário no tratamento bem como sua trajetória no serviço. Ele funciona como o articulador das intervenções terapêuticas desenvolvidas pelos demais profissionais:

[...]. Se o usuário foi marcado para psicologia, e o usuário não apareceu, o profissional que havia ficado de atender, comunica ao profissional de referência e ele vai ligar para a casa do usuário perguntando o que aconteceu e faz a busca ativa desse usuário [...] (Grupo II).

A atuação do profissional de referência visa a articular saberes de vários campos relacionais, incluindo atenção aos aspectos familiares, laborais, sociais e culturais, desde uma formulação fértil de múltiplas trocas e conflitos (SILVA; COSTA, 2010).

Também observamos trabalhadores que tentam inserir estratégias de redução de danos nas ações com os consumidores de *crack*, por meio de sensibilizações, orientações sobre as formas de uso seguro e/ou menos danosas.

Muitas vezes, estas drogas podem ser utilizadas como forma de substituir o uso do *crack* ou atenuar os sintomas da abstinência. Sendo assim, a clínica é pautada na substituição, na substituição do prazer fornecido pela droga por outros prazeres ou outros efeitos que venham a ser postos no lugar do prazer da droga.

Esse foco de redução de danos visa à adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo, procurando estabelecer metas intermediárias, engajando-se, de forma respeitosa, no tratamento buscado (ALVES, 2009). O que ocorre, muitas vezes, porém, nos serviços especializados é que as estratégias que se dizem de redução de danos dentro dos Caps-ad são maneiras adaptadas de se dizer que está fazendo redução de danos e, na maioria das vezes, funcionam como um repasse de informações a partir daquilo que os profissionais acham que irá minimizar os danos naqueles usuários, no entanto, não estabelecem ações nos próprios territórios e não trabalham para a desconstituição de que o tratamento não tem como objetivo final a abstinência. Isto, na verdade, é o que ocorre: o serviço espera que o usuário se abstenha.

Para que o usuário de *crack* possa aderir ao tratamento, são necessários seu compromisso, motivação e, claro, o auxílio dos recursos terapêuticos oferecidos. Atitudes de percepção do usuário como um criminoso ou como um coitadinho são resultados da constituição do problema centrado na droga. Além disto, atitudes e políticas proibicionistas segregam o usuário e fazem dele um verdadeiro marginal

que precisa ser preso e, assim, o tratamento e a reabilitação, quando existem, se transformam em punição, sem contar que esta centralização do problema na droga distancia os profissionais do usuário e do fortalecimento dos vínculos entre eles e descarta o usuário, não o considerando como parte do processo de acompanhamento ou tratamento.

Alguns setores sociais têm a compreensão do usuário como um ser completamente dominado pela droga e, muitas vezes, impõem o tratamento como medida punitiva, na tentativa de curá-lo ou de afastá-lo da droga. Estas intervenções podem ser ineficientes e, até, iatrogênicas, se não colocarem o desejo do usuário de se recuperar e de realmente querer mudanças na sua vida. Divergindo desta realidade, entretanto, encontramos nos discursos a possibilidade de constituição do projeto terapêutico partilhado entre usuários e trabalhadores. Os usuários, então, podem optar pelas atividades que querem realizar e que farão parte do seu tratamento, de acordo com o “cardápio” de opções oferecidas pelo serviço.

O serviço deve funcionar como um potencializador da forma como o usuário quer que seu projeto terapêutico funcione: com disponibilidade de atividades terapêuticas dentro e fora do serviço. Restringir as condutas terapêuticas a um só serviço é limitar as opções de propostas terapêuticas, inclusive as próprias atividades referidas pelos usuários que, muitas vezes, as buscam além das indicações dos serviços. Por meio de nossas observações, constatamos que os Caps-ad cenários desta pesquisa se mostram flexíveis à mudança das estratégias do projeto terapêutico, ou seja, os usuários podem mudar seu projeto, na medida em que sentem necessidade, optando por outros grupos e outros acompanhamentos em outros serviços.

Essa flexibilidade reforça pactuações junto aos usuários, estabelecendo limites e responsabilidades entre profissionais e usuários quanto ao tratamento. Conforme destacamos nos trechos a seguir, os usuários referem que o seu compromisso é parte vital no tratamento:

[...] perguntaram quais eram os grupos que eu queria participar, aí eu escolhi seis, três grupos pra participar e fiquei participando... está aberto pra me ouvir... pra que eu diga como é que eu estou me sentido [...] (Grupo I).

[...] em cima dessas informações é que o profissional vai começar a direcionar, seja terapeuta, depois a psicóloga, depois ele vem com um processo de... enfermeiro, dessa primeira escuta, eles vão direcionar, qual o perfil, se precisa de redução de danos ou educação em saúde [...] (Grupo II).

Os trabalhadores compreendem que a motivação do usuário é importante e que a sua participação ativa no tratamento, opinando, dando sugestões, é essencial para a continuidade do acompanhamento. Assim, revelam que a passividade do usuário perante seu problema não é o centro do tratamento, ou seja, o usuário não é um ser passivo diante do seu problema com a droga. A droga não é algo que o absorveu por completo e que lhe tirou a possibilidade de escolha,

como assinalam as teorias sobre a dependência química e as formas de tratamento da clínica tradicional.

[...]. Deixamos abertas as sugestões do usuário no tratamento, que se aproprie nesse tratamento, que ele tenha autonomia, que ele se coloque com relação ao que ele está gostando ou não, o que está se identificando, o que está ajudando ou não tá. Tentar deixar esse espaço [...] (Grupo II).

Como exprime Carneiro (2008), a gestão de si, de seu cuidado em saúde, de suas alegrias e tristezas, é uma tarefa existencial que não pode ser sequestrada pela Biomedicina. Decidir sobre as próprias dores e como buscar tratamentos para seu sofrimento bem como acerca de quais os limites constituintes da sua fronteira do excesso, é um direito indissociável da ideia de uma autonomia sobre si.

A centralização das ações pautadas no modelo biomédico no cuidado aos usuários de *crack*

A compreensão do problema do uso de *crack* voltada para os componentes químicos da substância e para o potencial ativo que esta possa impetrar no aspecto orgânico do usuário, assim como a “patologização” do consumo de droga, reforça intervenções de saúde que mais parecem intervenções punitivas que desconsideram os valores simbólicos do uso de drogas pelo homem e operam na contramão do desejo do usuário.

Com relação à terapia farmacológica, os usuários referem que o uso da medicação se torna importante em casos em que há uma desorganização maior e em que fica difícil controlar o impulso de consumir a droga. Além disto, afirmam que o uso do medicamento funciona quando há problemas orgânicos associados ao consumo da droga.

As intervenções necessitam, no entanto, de um local protegido, distante dos ciclos de consumo da droga, pois as relações sociais que permeiam o uso são atrativas para a retomada do consumo. A medicação, quando utilizada em usuário que se demonstra motivado em se abster da substância, pode ter efeito positivo e auxiliar no controle da fissura.

O manejo farmacológico da fissura do *crack* vem por meio de medicações como o topiramato, o dissulfiran e o nodafinil, demonstrando eficácia na redução da fissura, em casos selecionados. Não existem, porém, ainda medicamentos capazes de atuar especificamente sobre as estruturas do cérebro associada à fissura por esta droga especificamente, apesar de haver inúmeros estudos e pesquisa em andamento (MARINHO; ARAÚJO; RIBEIRO, 2012).

Os trabalhadores entrevistados, contudo, percebem a dificuldade do usuário de *crack* em manter a abstinência do uso e destacam a importância da medicação, em alguns casos, como suporte para que os usuários não retomem o uso. Dessa forma, o medicamento é fundamental no projeto terapêutico estabelecido nos serviços Caps-ad, associado, claro, a outras intervenções psicossociais. Vale retomar a ideia de que os serviços Caps-ad não podem ter como único objetivo a abstinência do uso, mas se valer de estratégias de cuidado aos usuários, mesmo que estes se mantenham utilizando o *crack*.

Um levantamento realizado por Quinderé *et al.* (2011) nos CAPS-ad das SER IV e V de Fortaleza-CE com 77 usuários de cocaína/*crack* constatou que fora prescrito para 79% destes usuários atendidos em um período de três meses algum tipo de medicação e que somente para 21% não fora prescrito nenhum. O estudo revelou, ainda, que, dentre as medicações prescritas, estavam os psicotrópicos, como antipsicóticos ministrados a 74% dos usuários, seguido de antidepressivos (51,7%), anti-histamínicos (44,8%) e os benzodiazepínicos (18,9%).

Um grande desafio presente nas falas dos entrevistados foi a carência e as debilidades físicas e estruturais dos serviços para atender quadros clínicos orgânicos que necessitam de intervenções mais complexas. Se, por um lado, há um reforço do uso de medicação como uma prática biomédica no acompanhamento dos usuários, por outro, faltam condições estruturais para que esta prática aconteça.

A carência de médicos e de estrutura física adequada para o suporte, nos casos de intoxicação e abstinência, foram elencados como “nós críticos” que inviabilizam o cuidado e as intervenções eficazes. Geralmente, estes casos são encaminhados para unidades hospitalares de referência, como é destacado:

[...]. Nós não temos estrutura pra atender um paciente clínico... se for um caso de urgência, se o sujeito estiver num caso de abstinência, ele vai pra doutora, pra doutora já começar com medicação, mas isso é feito só quando ele é visto pela doutora, pela psiquiatra. É um conjunto de coisas,

não é só aqui é em toda rede, é só no Caps, e não, é em toda rede, é no hospital, no hospital geral, então, a dificuldade é essa [...] (Grupo II).

Usuários com algumas demandas clínicas podem, no entanto, ser acolhidos em leitos de menor complexidade tecnológica, ou seja, em espaços estruturados com leitos de repouso e observação nos próprios serviços para casos de desintoxicação ou abstinência leve e/ou moderada.

De acordo com a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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, os CAPS-ad III podem atuar nos cuidados clínicos contínuos daqueles que necessitem deste tipo de intervenção. São serviços com, no máximo, 12 leitos para observação e monitoramento, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, indicados para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes (BRASIL, 2011).

A carência de médicos habilitados e interessados em trabalhar com esses pacientes dificulta estas intervenções nos serviços. Embora enfermeiros e farmacêuticos façam parte das equipes multiprofissionais que atendem usuários de *crack* com demandas clínicas orgânicas, muitos destes profissionais não estão habilitados a intervir nesses casos. Além disto, os trabalhadores referem que as equipes estão reduzidas, inviabilizando maior intervenção nos territórios. Isso também dificulta as ações de promoção e prevenção nas

escolas e a articulação com os mais diversos setores sociais para intervir nos problemas do abuso de drogas, especificamente do *crack*.

Desse modo, as intervenções se limitam ao espaço do serviço ou às proximidades. A carência de profissionais nos serviços CAPS-ad inviabiliza maior inserção no território onde os usuários vivem, se encontram e ritualizam o consumo do *crack*. Não há, portanto, articulações do CAPS-ad com outros setores e as redes de apoio estão desconectadas deste e dos demais serviços de saúde. Este atendimento restrito aos consultórios dificulta o acesso, uma vez que as redes de apoio catalisam a entrada nos serviços. Além disto, fica difícil estabelecer parcerias com outros dispositivos de saúde que possam atuar em casos mais graves de intoxicação e abstinência. Assim, percebemos uma necessidade de se intervir na pessoa e no seu contexto social, familiar e nos modos de uso da substância, embora isso ocorra de maneira incipiente, como enfatizam os trechos:

[...]. Eu penso que uma inserção na comunidade é sempre bem vinda, embora ela seja delicada, né, como eu já pontuei, eu penso que não basta só ficar aqui no CAPS, mas precisa também interagir melhor com as outras entidades que atuam aqui na região, pelo menos aqui no bairro, conhecer um pouco mais também do que é oferecido fora daqui. Só que a equipe é muito pequena, então se a equipe vai fazer um trabalho desses, assim no campo [...] (Grupo II).

É evidente, no discurso acima, o fato de que as ações no território não fazem parte do projeto terapêutico do usuário de *crack* e, quando ocorrem, conforme constatamos em nossas observações, são articuladas pelos próprios usuários. Os profissionais se limitam a sugerir estas estratégias e não se articulam com outras instituições que constituem a rede social de apoio.

Assim sendo, as pessoas com problemas relacionados ao uso do *crack* elaboram o próprio programa de recuperação, estendendo-se para além dos muros do serviço e encontrando refúgio na própria comunidade, por meio de grupos de autoajuda, igrejas e espaços de lazer, cenários que, sem dúvida, contribuem para a (des)constituição do tratamento do usuário de droga. Constituem, quando abrigam e ensejam estratégias de cuidado como a escuta e a terapia grupal, mas, também desconstituem, pois restringem a atenção apenas ao *setting* terapêutico oferecido de forma reclusa e distante das reais necessidades dos usuários, conforme explicitado na seguinte fala: “[...]. O projeto terapêutico, eu continuo fazendo em casa, com os grupos de autoajuda, NA, na igreja... Procu-ro o grupo AA por eu ser um dependente de álcool também e agora o grupo NA, narcóticos anônimos [...]” (Grupo I).

Para Sudbrack e Borges (2010), a articulação da rede social contribui para o autorreconhecimento como pessoa e para a autoimagem. As relações que o usuário de substâncias psicoativas vivencia e estabelece com o mundo influencia na forma como ele se percebe, em como estrutura sua identidade e desenvolve seus hábitos de autocuidado, seu projeto de vida e suas perspectivas.

Esta carência de intervenções no território dificulta a detecção precoce do usuário. O fato de os profissionais ficarem mais restritos aos serviços CAPS-ad inviabiliza e retarda as intervenções da atenção primária à saúde as quais, muitas vezes, se limitam a encaminhar os usuários de *crack* ao CAPS-ad. Além disto, as intervenções não podem se dar apenas dentro de um serviço: elas precisam se articular com outros setores sociais e com outros serviços de saúde.

Mais uma vez, alertamos para o fato de que o usuário não é um ser passivo e completamente absorvido pela substância. Mesmo nos casos mais graves de dependência física, ele também pode fazer escolhas e o seu projeto terapêutico e isto deve ser mobilizado e potencializado nos usuários e não torná-los mais passivos e descompromissados com seus tratamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A clínica que norteia a assistência dos usuários de *crack* oscila entre aspectos antagônicos que se chocam, em uma tentativa de reformulação dos cuidados aos que fazem uso de droga.

Por um lado, existe a compreensão de que não é somente a droga a responsável pelos desdobramentos danosos do uso. Aspectos relacionados ao contexto social são percebidos, por trabalhadores e usuários, como corresponsáveis pelo surgimento dos problemas advindos do uso, porém, nas práticas assistências, o foco ainda é na droga, ou seja, as intervenções convergem para manter o usuário longe da droga, como se esta fosse a causadora dos males que acometem o usuário e o seu entorno psicossocial.

As intervenções de saúde se limitam aos espaços institucionais dos CAPS-ad, representadas por um “cardápio” de terapêuticas ofertadas aos usuários que conseguem estabelecer vínculo com os trabalhadores e com o serviço. As ações se pautam em intervenções que visam à abstinência da droga, inclusive por meio de medicações que atenuam as crises de abstinência e reduzem a compulsividade de repetir o uso da droga.

As ações nos territórios e nas cenas de uso da substância *crack* são pouco exploradas, não se avançando na transformação do modelo de clínica em dependência química, que ainda se mostra limitado a intervenções contingentes junto à pessoa tendo como objetivo final a abstinência do uso da droga.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Cocaína e *crack*. In: FIGLIE, B. N.; BORDIN, S.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Rocca, 2004. p. 68-83.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 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: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas/Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde, CN-DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARLINI, A. E. *et al.* **I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, A. E. *et al.* **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARNEIRO, H. Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65-90.

DELGADO, P. G. G. *et al.* Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Org.) **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 39-83.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p. 112-119, 2000.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LARANJEIRA, R. **Levantamento Nacional de Álcool e Drogas o Uso de Maconha, Cocaína e Crack no Brasil**, 2012.

LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 137-154.

MARINHO, J. A. C.; ARAÚJO, R. B.; RIBEIRO, M. Manejo da fissura. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 374-388.

QUINDERÉ, P. H. D. *et al.* Usuários de cocaína/crack em tratamento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas: perfil epidemiológico e intervenções terapêuticas. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, R. M. (Org.). **Cuidado em saúde: desafios e práticas**. Fortaleza, EdUECE/UNIFOR, p. 312-333. 2011.

RICOEUR, P. **Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II**. Portugal: Rés, 1991.

RODRIGUES, T. Narcotráfico: um esboço histórico. In: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. **Álcool e drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda. Belo Horizonte: PUCMinas, 2005. p. 292-310.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2003.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.**, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

SILVA, H. A. Abordagem fenomenológica-hermenêuticas. **ÁGORA – Revista Eletrônica**, p. 54-58, 2010. Disponível em: <<http://www.ceedo.com.br/agora/agora10/indiceagora.html>> Acesso em: 1 abr. 2013.

SUDBRACK, M. F. O.; BORGES, J. S. Terapia de redes sociais.
In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JR., A. **Dependência de drogas**.
2. ed. São Paulo, 2010. p. 825-833.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:**
a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

CAPÍTULO 9

A ELABORAÇÃO DE PROJETOS TERAPÊUTICOS SINGULARES: DESAFIOS NA SUPERAÇÃO DA CLÍNICA TRADICIONAL NO CAPS AD

Leilson Lira de Lima
Sérgio do Nascimento Silva Trad
Maria Salete Bessa Jorge
Ilvana Lima Verde Gomes
Rândson Soares de Souza
Jamine Borges de Morais

O Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria Nacional Antidrogas²⁷ lançou, em 2002, a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Com ela, reforçaram-se as ações e ampliaram-se os serviços para tratamento de dependência química no Brasil. Foram criados, nesta ocasião, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e drogas (CAPS-ad) e definiu-se pela adoção da estratégia de redução de danos (RD) na abordagem aos usuários de drogas/substâncias psicoativas.

Convém registrar que a incorporação do princípio da redução de danos (RD) nas políticas públicas no campo das drogas se deu de forma progressiva e sua expressão na organização dos serviços e, sobretudo, nas práticas adotadas, se revela bastante desigual, incipiente e mesmo distorcida.

27 Atualmente denominada Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas.

Recuperando os marcos legais, encontramos, na Lei nº 10.409 (BRASIL, 2002), a primeira referência oficial às “ações de redução de danos sociais e à saúde”. A regulamentação destas ações pelo Ministério da Saúde só ocorreu em 2005, pela Portaria nº 1.028, de 1º de julho, Art. 2º, cujo texto destacava que o modelo de redução de danos se dirigiria a usuários ou dependentes de produtos, substâncias ou drogas “que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL 2005).

No ano seguinte, a criação do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) representou um passo importante na transformação da lógica proibicionista dominante nas políticas de drogas no Brasil e a aposta na institucionalização da redução de danos. A Lei de criação do SISNAD (nº 11.343 de 23 de agosto de 2006) apresentou a distinção entre usuários/dependentes de drogas e traficantes e decretou o fim do tratamento obrigatório para dependentes e a atribuição ao Ministério da Saúde sobre a instituição de ações visando à redução de danos sociais e à saúde.

No que se refere ao CAPS-ad, deve-se reconhecer que este dispositivo é um produto da reforma psiquiátrica brasileira que redefiniu a estrutura organizacional da Saúde Mental na rede pública (Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001) e garantiu aos usuários de serviços de Saúde Mental, incluindo aqueles que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, a universalidade de acesso e direito à assistência bem como à sua integralidade. Estes centros foram pensados como alternativa descentralizada de atenção extra-hospitalar, de base comunitária que respon-

desse à necessidade de aproximar os usuários de drogas dos serviços de saúde. Pretende-se configurar redes assistenciais mais atentas às desigualdades, ajustando, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003).

Os CAPS-ad devem propiciar cuidados personalizados nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não intensiva; oferecer condições para repouso e desintoxicação ambulatorial quando necessário; promover ações de reabilitação social; oferecer cuidados aos familiares dos usuários e trabalhar junto à sociedade a diminuição do estigma e do preconceito relacionado ao uso de substâncias psicoativas de forma preventiva e educativa (BRASIL, 2003).

As diretrizes mais recentes ampliam este escopo e incorporam ou reafirmam princípios em voga nos projetos em curso de reorientação do modelo de atenção em Saúde Mental, a exemplo da organização em rede e do matriciamento. Destacam-se, assim, as seguintes diretrizes: as ações de cuidado devem ter caráter intersetorial e ser articuladas com ações no território que atinjam acolhimento universal e incondicional dos usuários de *crack*, sejam eles crianças, adolescentes e/ou adultos em uso da substância; realizar desintoxicação ambulatorial de quadros leves e sem agravos clínicos; realizar ações de matriciamento nos outros dispositivos da rede que desenvolvam atenção aos usuários de *crack*; realizar atenção à crise e fora de crise de usuários de *crack*; e realizar busca ativa dos pacientes que abandonaram o tratamento em articulação com a atenção básica (BRASIL, 2010).

Em contraste com o caráter inovador das diretrizes que conformam a redução de danos e os CAPS-ad, é im-

perativo salientar que muitos são os entraves observados no cotidiano destes serviços. Nesta discussão, interessa focalizar os “modos de cuidar” dos profissionais. Ancorados em modelos punitivos e excludentes, muitos trabalhadores de CAPS-ad manejam uma clínica ainda voltada para a “cura” e fortemente baseada na “medicalização” da vida, valendo aqui reiterar a substituição de uma droga (o *crack*) por outra (terapia farmacológica).

Conforme assinalado em Trad (2010), o Brasil convive, desde o momento de criação dos CAPS-ad e da definição da RD como um paradigma norteador na abordagem das drogas, com duas lógicas contrastantes no campo da prevenção e assistência. Por um lado, um modelo que, basicamente, se orienta pela abstinência e repressão ao uso de drogas e, por outro, um modelo pautado no respeito à autonomia do usuário e na qualidade de vida, secundarizando a abstinência e a repressão como objetivos a serem alcançados. Pode-se dizer, ainda, que os avanços e recuos com relação à política de RD no Brasil refletem ambivalências de sua posição como política de Estado (ANDRADE, 2011, p. 4667).

O conflito entre os modelos de prevenção no campo das drogas expressa a diversidade de representações acerca do fenômeno pelos diferentes campos e grupos sociais, com apoio em interesses ideológicos, políticos, socioculturais e econômicos (ROMANÍ, 2004). Com efeito, um dos desafios que se apresentam na implementação da Política e Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas reside no fato de as representações sobre drogas, englobando substância e usuários, dominantes na sociedade vinculam ambos à marginalidade, ao tráfico, à ilegalidade e compõem

o código moral que localiza o “mal” nas pessoas que são percebidas como marginais que precisam de coerção, punição e não de cuidados de saúde (NARDI; RIGONI, 2005).

No caso específico do *crack*, o efeito midiático da veiculação de cenas de uso, notadamente em espaços urbanos de metrópoles brasileiras, contribuiu para reeditar posições pautadas no moralismo conservador e punitivo. Encontramos aí um cenário propício para aqueles que fazem apologia às internações como “tratamento mais adequado e efetivo”, sejam elas involuntárias ou buscadas pelos próprios usuários.

Ademais de fragilizar as políticas e modelos assistenciais em curso no campo das drogas, considerados uma conquista da reforma psiquiátrica brasileira, tal realidade se torna um caminho para justificar o advento de comunidades terapêuticas e o conseqüente cerceamento da liberdade das pessoas em consumo de substâncias psicoativas.

Soma-se a isto o assolador sucateamento do serviço público de saúde, com claros reflexos na rede da saúde mental. Destacam-se, neste ponto, fragilidades tais como: terceirização de trabalhadores, estrutura física inóspita, formação descontextualizada das necessidades de saúde da população atendida e poucos recursos humanos e materiais nos CAPS-ad.

Este capítulo objetiva, especificamente, compreender como se conformam as intervenções terapêuticas no cotidiano dos CAPS-ad, considerando as práticas de cuidado e o manejo da clínica. Contrapondo pontos de vistas e experiências de profissionais destes serviços especializados e de usuários de *crack* atendidos por eles, são problematizados, no decorrer da análise, encontros e desencontros entre estes dois universos, particularmente no que se refere à construção do

projeto terapêutico e aos modos de entender e lidar com a questão do consumo de drogas. Oportunamente, são referidos limites associados a aspectos organizacionais ou de infraestrutura dos serviços. Como ponto de partida, faz-se uma breve síntese dos princípios básicos da redução de danos, assinalando, na continuidade, o contraste entre este modelo e a clínica biomédica tradicional acionada nos espaços assistenciais dirigidos ao tratamento em álcool e outras drogas.

RECONFIGURAÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO NOS CAPS-AD: DESAFIOS NA INCORPORAÇÃO DA REDUÇÃO DE DANOS E TRANSFORMAÇÃO DA CLÍNICA

A redução de danos se configura como uma abordagem de Saúde Pública no campo das drogas que se contrapõe aos modelos moral e de doença ou médico-jurídico os quais acentuam o caráter delitivo, ilegal ou patológico vinculado ao uso de drogas e, por conseguinte, defendem a redução da oferta mediante vias proibitivas, medicamentosas ou asilares.

Ao situar os efeitos prejudiciais do uso de drogas em um *continuum*, em vez de dicotomizar o uso de drogas como legal ou ilegal, ou de diagnosticar o uso de drogas como indicativo da presença ou da ausência de uma doença aditiva, os defensores da redução de danos incentivam movimentos que operam valorizando a diminuição do consumo como um passo importante a ser dado pelos usuários de drogas (MARLATT; TAPERT, 1993).

Vemos, também, o método vinculado à direção do tratamento que, aqui, significa aumentar o grau de liberdade,

de corresponsabilidade daquele que está se tratando, implicando, por outro lado, o estabelecimento de vínculo com os profissionais que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem constituídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003).

O objetivo é fazer com que os usuários de drogas entendam o lugar ocupado pelas drogas em suas vidas, levando-os, preferencialmente, ao questionamento sobre as razões que os levam a necessitar delas (TRAD, 2010). Desde a lógica da redução de danos, a meta principal consiste em tornar a relação com as drogas e seu consumo menos problemática. Ainda que permaneçam fazendo uso de drogas, os sujeitos podem adotar comportamentos e alterar pautas de consumo, de modo a reduzir os possíveis danos associados a esta prática.

A abordagem da redução de danos oferece, portanto, um caminho promissor, porque reconhece cada usuário em suas singularidades, propõe, com ele, estratégias voltadas para a defesa de sua vida e não para a abstinência como objetivo a ser alcançado. Convém esclarecer, contudo, que a redução de danos se oferece como um método (no sentido de *methodos*, caminho) e, portanto, não é excludente de outros. A RD valoriza o caráter processual e diversificado das estratégias de enfrentamento do consumo problemático de drogas. Assim sendo, a ideia da abstinência não é rechaçada pelo modelo de RD:

A redução de danos não é contra a abstinência. Os efeitos prejudiciais do uso de drogas de risco ou atividade sexual des-

protegida podem ser colocados em um *continuum*, como as diversas temperaturas indicadas em um termômetro. Quando as coisas ficam muito quentes ou muito perigosas, a redução de danos propõe baixar o fogo a um nível mais moderado. (MARLATT, 1999, p. 57).

Por outro lado, Marllat (1999) chama a atenção para os limites de intervenções centradas exclusivamente no princípio da abstinência, conforme preconizam os modelos moral e de doença. Em ambos os casos, a abstinência total é definida como única meta aceitável do encarceramento ou do tratamento. O autor estima que a maioria dos programas de tratamento de dependência química dos EUA, incluindo aqueles dirigidos à população carcerária, se recusa a admitir pacientes que ainda estejam usando drogas. Esta política se mantém, apesar da existência de indicadores que apontam para a sua ineficácia.

Pode-se dizer que um dos principais limitantes dos “modelos” ou abordagens clínicas voltados para o tratamento em dependência química consiste no fato que a meta central a ser alcançada pelos pacientes é a abstinência do uso das substâncias em questão. Espera-se que a pessoa seja “curada” por meio da “abstinência absoluta”; um modelo limitado à dicotomia saúde-doença, sendo a doença caracterizada pelo uso da droga e a saúde, a ausência deste uso, não avançando no sentido da contextualização dos aspectos psicossociais envolvidos no processo da dependência de substâncias psicoativas.

No que concerne ao usuário de *crack*, essa clínica rotula o sujeito, com base em diagnósticos, como “dependente químico” e possui como único plano de intervenção a “medicamentação” e a abstinência com vistas a atingir a pretensiosa cura. São comuns programas de tratamentos que visam ao distanciamento do indivíduo em ambientes afastados da comunidade e longe de espaços livres do uso de drogas, objetivando tratar estas pessoas, fazer com que elas fiquem abstinentes do uso e prepará-las para o retorno à sociedade.

O dependente químico é visto como alguém doente, possuído pela droga e, portanto, impotente nesta relação de consumo; secundariza-se, nesta visão, a importância do contexto no qual a pessoa se encontra (SCHENKER; MINAYO, 2003). O sujeito, nesta clínica, é reduzido à doença (CAMPOS, 2007). Instaure-se uma racionalidade que impõe a objetivação a quem é “tratado”, restringindo as possibilidades de expressão da subjetividade e, conseqüentemente, de desejos, interesses, necessidades e singularidades (FERIGATTO; BALLARIN, 2007).

Ao perseguir a situação de normalidade e o “funcionamento” adequado do organismo, são institucionalizadas práticas que subordinam “modos de vida” singulares a regras, rotinas e protocolos definidos pelos serviços de saúde. Configura-se, assim, aquilo que Guattari e Rolnik (1996) descrevem como produção de subjetividades dominantes que sujeitam as pessoas a um modelo ou forma.

Apreende-se, neste tipo de enquadramento clínico, a tendência a “negligenciar os cuidados de estimulação da vida”, conforme nos diz Collière (1999, p. 13), considerados tão importantes quanto os de reparação. Retirada a “alma” do

cuidado, ele é transformado em tarefa a ser executada. Assim, o trabalhador se entrega ao desencorajamento, à rotina, à “medicalização”, tornando usuários e profissionais vítimas desta realidade, conforme também lembra Waldow (1999).

Convém recordar de que se trata de uma concepção hegemônica, baseada no princípio de subordinação da prática clínica como dimensão social e humana da vida a uma tecnologia biopolítica de gestão da vida, concebida no biopoder, e entendida como “medicalização” social, que se mostra compatível e aceita na própria matriz da ciência moderna (KOIFMAN, 2001; MACIEL, 2007; LUZ, 2009; TESSER, 2010).

No caso da clínica que se desenvolve nos espaços de atenção ao usuário de drogas, cabe reconhecer que as formas de usos e os seus significados diferem de indivíduo para indivíduo assim como de grupo para grupo, dentro de uma mesma cultura, e podem ser mais distintos, ainda, quando consideramos culturas contrastantes. A cultura das drogas também pode ser vista como um modo social de articulação de atitudes, de linguagem particular, que os usuários produzem para se comunicar entre si e marcar suas identidades de pessoas e grupos perante os demais (ESPINHEIRA, 2004; BECKER, 2008).

E imprescindível frisar, seguindo a mesma linha de raciocínio, que as drogas não têm o mesmo efeito entre diferentes consumidores, considerando tanto perfis biopsicosociais quanto o contexto social e cultural em que se realiza o consumo. Por conseguinte, as intervenções no campo da dependência química não podem se orientar por um projeto terapêutico único centrado, via de regra, na “medicamenta-

lização” e na abstinência. Exigem abordagens diferenciadas, manejos terapêuticos variados, levando-se em consideração a pessoa, com suas particularidades psíquicas e biológicas, sem desprezar o tipo da droga eleita e o seu contexto socioambiental.

Ante as limitações expostas, é expressa a necessidade ou, melhor dito, a oportunidade de se reinventar o recriar a clínica com base em outro patamar ético e técnico que a situe em um projeto mais amplo de cuidado integral e humanizado. No campo da Saúde Mental e da assistência ao usuário de drogas, Alves e Guljor (2006) propõem uma concepção de cuidado baseada em três principais premissas. A primeira é a liberdade que se contrapõe ao isolamento. Esta premissa age na ruptura da ideia de que o indivíduo precisa ser isolado, afastado do seu meio para que seja diagnosticado e, a partir daí, sejam realizadas intervenções para a readaptação desta pessoa ao convívio social. Nesta premissa, o cuidado opera no respeito às diferenças e implica investir na potencialidade do sujeito para atuar nas suas escolhas, na sua capacidade de estabelecer as próprias normatizações pautadas em seu histórico de vida e de suas idiossincrasias.

A segunda premissa se relaciona ao fato de que o sujeito que sofre possui necessidades que atravessam os mais diversos campos. O foco se desloca da doença para o conjunto de fatores que atuam no adoecimento. O cuidado passa a operar na perspectiva de projetos de vida, contrapondo-se à ideia reducionista de cuidado como remissão dos sintomas. A terceira premissa aponta para o cuidado como enfrentamento dos problemas e do risco social, em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, do diagnóstico. O risco social

permite compreender e não explicar o processo de crise em saúde mental assim como estabelecer uma linha de interação com o sujeito em sofrimento (ALVES; GULJOR, 2006).

O desafio consiste na busca incessante pelo instituinte e por agenciamentos de cuidado e prática clínica que promulguem novas possibilidades, rompendo a exclusividade do modelo curativo, transpondo-o rumo a um novo objeto: o sujeito social, o cuidar em relação, a noção de vínculo avançando sobre o cuidado, como formas de operar modos de subjetivação imbricados na construção de sujeitos do cuidado, trabalhadores e usuários (MATUMOTO, 2003; SOUZA, 2006; MARQUES, 2008; MARTINÊS; MACHADO, 2010).

METODOLOGIA

Esta é uma pesquisa qualitativa que teve como *locus* a cidade de Fortaleza, mais especificamente os CAPS-ad das secretarias executivas regionais IV e V (SER IV e V). As entrevistas em profundidade com profissionais de CAPS-ad e com usuários de *crack* que são atendidos por estes serviços, aliada à observação em campo constituíram as principais estratégias de coleta de dados.

Os interlocutores da pesquisa foram tomados, de forma intencional, e, por vezes, emergiram no transcorrer da investigação, resultando na seguinte composição: 40 usuários de *crack* assistidos pelos serviços de saúde das SER IV e V; 16 trabalhadores dos CAPS-ad; 12 familiares; e 12 trabalhadores dos Centros de Saúde da Família. Neste capítulo, serão focalizados dados relativos apenas aos dois primeiros segmentos.

O tratamento do conteúdo derivado das entrevistas e observações foi orientado pela análise de conteúdo, temática de caráter reflexivo e crítico (MINAYO, 1999; ASSIS; JORGE; 2010). A unidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido que se conformam à comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analíticas da pesquisa.

Na análise das entrevistas, foram consideradas as variações da fala, como, por exemplo, uma voz embargada, um vacilo no momento de pronunciá-la ou um ato falho assim como a linguagem corporal; isto é, o apertar as mãos, o sentar na ponta da cadeira, enfim, as expressões faciais, gesticações e postura física (TURATO, 2003).

A análise de conteúdo reflexiva e crítica foi realizada em três etapas básicas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2010): *ordenação, classificação e análise final dos dados*. No primeiro momento, o da *ordenação*, foi realizada a organização do material: uma leitura inicial do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nas entrevistas.

Na etapa de classificação, os dados empíricos foram submetidos aos procedimentos analíticos orientados pelas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Inicialmente, foi processada a leitura exaustiva e fluente dos textos contidos nas entrevistas, recortando e realizando uma síntese geral de cada unidade de análise (uma a uma). Este procedimento possibilitou a visualização das ideias centrais sobre o tema em foco representado em núcleos de sentido (o que dá sentido às representa-

ções das falas ou outras formas de expressão relacionadas ao objeto de estudo).

Esse momento possibilitou a montagem de esquemas de análise dos grupos entrevistados, relacionando-se a síntese de cada unidade de análise aos núcleos de sentido. Estabeleceram-se as sínteses horizontais, permitindo mostrar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados, por unidade temática analisada (em blocos convergentes e divergentes) que foram evidenciados nos diferentes quadros de análise. Destacaram-se, neste momento, as “estruturas de relevância”, o que significa, segundo Minayo (1999), a apreensão das ideias centrais do texto e/ou fala e a transmissão dos momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco.

Posteriormente, procedemos à leitura transversal de cada corpo ou *corpus* de comunicações estruturado com origem nos núcleos de sentido percebidos nos diferentes grupos que compõem a análise, fazendo-se a filtragem dos temas mais relevantes relacionados ao objeto, às questões orientadoras e aos pressupostos teóricos. A análise transversal visou à identificação das convergências, divergências, diferenças e complementaridades na dinâmica da (re)construção dos saberes e concepções que emergiram no universo pesquisado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Fragmentação e foco no biológico versus clínica ampliada e acolhimento dos usuários

Conforme Leal e Delgado (2007), a noção de clínica no campo da Saúde Coletiva e nos cuidados aos usuários de Saúde Mental é estabelecida como “clínica ampliada” ou

“clínica da atenção psicossocial” ou ainda “clínica da reforma”, definindo uma prática particular de cuidado, um certo modo de conhecer e conceber o homem e seu sofrimento. Necessita-se, portanto, considerar uma definição de sujeito como expressão da relação homem-social.

No conjunto geral dos dados, encontra-se uma clínica cujas intervenções ocorrem de forma fragmentada e isolada. Suas intervenções incidem, quase que exclusivamente, nos aspectos biológicos, tendo, portanto, como alvo das intervenções os agravos de saúde decorrentes do uso da substância.

Por outro lado, foi possível apreender a penetração de alguns princípios afinados com a concepção de clínica ampliada, tanto na perspectiva dos usuários, quanto dos profissionais, sobretudo no que se refere à compreensão de que as intervenções terapêuticas realizadas nos serviços que atendem aos usuários de drogas não podem se restringir aos sintomas ou a outros aspectos inerentes à dimensão biológica do problema. Neste sentido, os trabalhadores dos CAPS-ad consideram que, além dos efeitos que a substância possa engendrar no organismo, deve-se levar em conta os problemas sociais que afetam a vida do usuário.

A pretensão de superar a fragmentação entre os aspectos biológicos, subjetivos e sociais pode impulsionar a formulação de projetos terapêuticos amplos que explicitem objetivos e técnicas de ação profissional e que reconheçam o papel ativo do usuário enfermo em defesa da sua saúde interligada com a saúde de outros (CAMPOS, 2003). Em alguns relatos, observa-se a preocupação em abordar o problema com o uso da droga no contexto em que se estabelece

o consumo, procurando, também, intervir nas suas mais variadas dimensões:

[...]. Porque um usuário, né, é tudo assim, ele não tem demandas só de saúde né, tem toda uma questão social por trás. Nós temos vários grupos, né, várias oficinas, é prevenção de recaídas... Porque não adianta o paciente vir pra cá só pra medicação, só pra tomar medicação, porque o tratamento é um conjunto... tem o atendimento individual e de grupo ... as oficinas, tem um artista [...] (Trabalhador CAPS-ad).

[...]. Mas, assim, tem certas situações que a família não sabe lidar e pode me frustrar, e pode a minha frustração me levar ao uso [...] participei do grupo de arte e do grupo de flauta, grupo de família. Aí, eu vim pra massagem [...] (Usuário).

Em algumas situações, percebemos a participação ativa do usuário no tratamento e a construção de vínculos com os profissionais e com o serviço. Esta relação parece se configurar como um aspecto primordial, pois favorece a sua adesão e o impulsiona à participação nas atividades propostas pelo serviço. Cabe recordar que o fortalecimento da capacidade do usuário para administrar o consumo, vislumbrando opções menos danosas, constitui um dos fundamentos da redução de danos.

O mesmo princípio deve ser considerado no enquadramento clínico. Campos (2007) destaca a necessidade de repensar as intervenções da clínica, congregando os seguintes elementos: o contexto em que se constitui a enfermidade; o usuário, entendido como sujeito ativo no tratamento; a construção do vínculo, um recurso terapêutico potente neste processo. Recupera-se, pois, a essência da *therapeutike*, que constitui parte essencial da clínica, que estuda e põe em prática os meios adequados e condizentes para curar, reabilitar, aliviar o sofrimento e prevenir possíveis danos em pessoas vulneráveis ou doentes.

Os usuários abordados nos CAPS-ad ressaltam, também, a importância de contar com o acompanhamento conjunto dos seus familiares. Referem que o seu problema também afeta a família e compreendem que a participação da família em determinado momento é crucial para um bom andamento terapêutico. Além disso, os usuários declaram que as intervenções terapêuticas não se restringem apenas a atividades voltadas para a superação de sintomas fisiopatológicos, havendo espaço para atividades artísticas e de esportes, por exemplo.

O vínculo começa quando dois movimentos se encontram: o daqueles que demandam ajuda e o de outros que se encarregam de acolhê-las (CAMPOS, 2007). De fato, os profissionais entrevistados referiram que a base do vínculo é o compromisso com a saúde dos que a procuram ou são por ela procurados. Ademais, salientaram que o estabelecimento do vínculo é fundamental para o desenvolvimento adequado do projeto terapêutico do usuário de drogas, conforme visualizamos no trecho a seguir:

[...]. O primeiro contato, porque aqui é o seguinte, a gente dá acolhimento desde a portaria, desde a pessoa que abre o portão, né, até o profissional, até o psicólogo ou a terapeuta, ou o enfermeiro... se ele chegar, se, na portaria, ele não for bem acolhido, ele já não entra, né, já não entra [...] (Trabalhador CAPS-ad).

[...] a pessoa quando quer sair dessa vida, quando tá mesmo no mundo da droga, quer amor, quer carinho, tá entendendo, sem maldade, e aqui eu tô encontrando e eu sou muito querida aqui... fui bem recebida quando eu cheguei aqui, nunca ninguém falou nada não [...] (Usuário).

Do contrário, uma relação que não estabelece um afeto positivo, que discrimina o usuário, tende a não estabelecer laços de confiança e respeito, inviabilizando o acompanhamento do usuário, seja ele público, privado, comunitário ou em internamento. Os usuários referem que se sentem vulneráveis e que o acolhimento é imprescindível para que as intervenções futuras sejam efetivas.

A terapia farmacológica e o controle da “fissura”

O consumo do *crack*, a forma fumada da cocaína, pode produzir no organismo uma intensa euforia e um aumento da energia, situando a pessoa em estado de alerta, reduzindo o apetite e causando insônia. Tais alterações e efeitos esperados passam em poucos minutos, fazendo com que o usuário

queira repetir a dose, derivando em um padrão compulsivo de uso; tal processo desencadeia a denominada “fissura” pelo consumo da substância (RIBEIRO *et al.*, 2012).

Essa fissura pode ser concebida como mecanismo de aprendizado e memória desencadeado pelos mesmos circuitos ativados pelo efeito da droga no organismo humano, envolvendo estruturas cerebrais e caracterizando-se como uma força propulsora e urgente direcionada ao uso da droga (MARINHO; ARAÚJO; RIBEIRO *et al.*, 2012).

O manejo farmacológico da fissura do *crack* se dá por meio de medicações, como o topiramato, o dissulfiram e o nodafinil que demonstram eficácia na redução da fissura, em casos selecionados. Não existem, porém, ainda, medicamentos capazes de atuar especificamente sobre as estruturas do cérebro associadas à fissura por esta droga especificamente, apesar de haver inúmeros estudos e pesquisa em andamento (MARINHO; ARAÚJO; RIBEIRO, 2012).

Com relação à terapia farmacológica, os usuários referem que o uso da medicação se torna importante em casos em que há uma desorganização maior e naqueles em que fica difícil controlar o impulso de consumir a droga. Além disto, afirmam que o uso do medicamento funciona quando há problemas orgânicos associados ao consumo da droga; no entanto, as intervenções necessitam de um local protegido, distante dos ciclos de consumo da droga, pois as relações sociais em que permeia o uso são atrativas para a retomada do consumo. A medicação, quando utilizada em usuários que demonstram motivação em se abster da substância, pode ter efeito positivo e auxiliar no controle da *fissura*.

Os trabalhadores entrevistados, porém, percebem a dificuldade do usuário de *crack* em manter a abstinência do uso e destacam a importância da medicação, em alguns casos, como suporte para que os usuários não retomem o uso. Desta forma, o medicamento é fundamental no projeto terapêutico estabelecido nos serviços CAPS-ad, associado, claro, a outras intervenções psicossociais. Vale retomar a ideia de que os serviços CAPS-ad não podem ter como único objetivo a abstinência do uso, mas se valer de estratégias de cuidado aos usuários, mesmo que estes se mantenham utilizando o *crack*.

Os usuários relataram várias internações em instituições privadas que trabalham na perspectiva da abstinência da substância e têm como intervenção primordial o internamento. Acentuam que são constantes as recaídas, ou seja, o retorno ao padrão de uso danoso de antes, demonstrando que tanto no acompanhamento aberto como no acompanhamento fechado, recluso, estão susceptíveis a recaídas; contudo, um dos aspectos decisivos trazidos nesta pesquisa é a mobilização do usuário em se manter abstinente, o compromisso assumido pelo usuário com o tratamento por meio da vinculação que estabelece com o serviço e com a equipe que o acompanha.

Alguns participantes do estudo salientaram que, quando estão reclusos em algumas instituições, é muito fácil se abster; entretanto, reconheceram que o quadro se altera quando retornam ao espaço de convivência com os grupos sociais onde ocorre o uso de drogas. Neste momento, eles se vêem diante do desafio da decisão de não consumir o *crack* ou outras substâncias psicoativas. Esta situação permite in-

terrogar sobre a eficácia de tratamentos que procuram manter o usuário “longe da droga” por meio da internação, mas não dispõem de recursos capazes de motivar o sujeito para se manter “livre dela” fora do ambiente asilar. Certamente, não se vislumbra, neste tipo de intervenção, a adoção de estratégias que potencializem a capacidade da pessoa de tomar decisões mais condizentes com a sua saúde física e mental.

Lancetti (2006) enfatiza que os tratamentos cujo foco é a abstinência da droga por meio do internamento por longos períodos deixam o usuário mais passivo em relação ao seu consumo, dificultando sua autonomia nas decisões quanto ao uso, abstinência etc. das drogas, uma vez que oferecem aos indivíduos um local totalmente dissociado da realidade que encontrarão quando estiverem fora e, no momento em que estes voltam ao seu entorno habitual, por vezes, angustiante e que integram uma sociedade que convive com as drogas, terminam recaindo. O discurso que se segue corrobora esta crítica:

[...] tinha buscado várias instituições particular. Lá eu saí, passei um tempinho e depois recaí, voltei, acho que eu tive internado umas 4 vezes, e sempre retornava, recaía. Num funcionou pra mim, enquanto eu tava lá eu tava limpo, mas aprendi que a recuperação tem que ser feita aqui fora, você tem que encarar a realidade e aprender a dizer não aqui fora [...]. (Usuário).

Apesar de as propostas baseadas na abstinência enfatizarem o poder das drogas de aniquilar a capacidade de reação dos usuários, paradoxalmente, seja no campo jurídico ou da saúde, as intervenções que adotam este princípio comprometem a autonomia das pessoas na condução das suas vidas. Uma abordagem que se revela relativamente efetiva, no que se refere à neutralização da capacidade de posicionamento crítico e ativo das pessoas ante as decisões de caráter legal e/ou terapêutico, encontra-se na fala seguinte:

[...]. Não, eu acho que num foi planejado nada, porque foi ordem do juiz, eu tinha que vir aqui e pronto, e a juíza mandou ordem pra cá e eu tenho que ficar frequentando, porque se eu não ficar frequentando, eles mandam um mandado de prisão pra mim. Não, eu num tive opinião nenhuma não. Eu aceitei do jeito que eles disseram [...] (Usuário).

A situação relatada contraria o próprio significado do termo “usuário” que foi cunhado com suporte nas classificações internacionais das doenças (DSM e CID) e que é utilizado como alternativa à expressão “paciente” para pôr em relevo a representação de uma pessoa dotada de racionalidade, não completamente dominada por causas psíquicas que congelam seu entendimento e capaz de desenvolver estratégias para cuidar da própria saúde (BERGERON, 2012).

O projeto terapêutico e os desafios na incorporação de abordagens pautadas na singularidade e autonomia dos usuários

Embora os profissionais dos CAPS-ad tenham referido o investimento em projetos terapêuticos singulares, constatou-se que prevalece a expectativa de que os usuários se adequem às formas de tratamento e aos protocolos estabelecidos pelo serviço. De acordo com a descrição dos entrevistados, o ponto de partida para a definição do plano terapêutico dos usuários de *crack* que recorrem ao serviço é a avaliação do seu quadro clínico. Se ele exibir condições, participará de grupos e oficinas, de acordo com o que o serviço oferece. Caso não apresente estabilidade, precisará de acompanhamento individual para se estabilizar e depois ser encaminhado aos grupos.

Os critérios ora referidos correspondem ao modelo de “alta exigência” criticado por Alves (2009), que implica censuras e recriminações aos episódios de recaídas ou desvios do tratamento proposto, tornando os espaços das instituições de saúde pouco acolhedores e estigmatizantes. A frustração de alguns trabalhadores perante as “recaídas” dos usuários de *crack* parece ser um sentimento esperado pelos usuários, os quais se sentem constrangidos quando se encontram nesta situação: “[...] estou comentando com vocês que eu recaí ontem, mas eu não contei... pra alguns funcionários daqui. Não porque seja porque eles vão me criticar, tá entendendo? Eu num gosto de ver eles tristes não, tá entendendo?” (Usuário).

O efeito mais deletério deste modelo assistencial pautado na alta exigência é se apresentar como um obstáculo para parte de seu público alvo. Aqueles que não desejam ou

não conseguem atender ao requisito da abstinência total não serão acolhidos pelos programas assistenciais que adotem este princípio (MARLATT, 1999).

Os profissionais ressaltaram, também, a dificuldade em trabalhar com os usuários com baixo nível de escolaridade, visto que isto impossibilita o entendimento de determinados tratamentos ou informações disponibilizadas. De acordo com os princípios do cuidado integral e humanizado à saúde, contudo, os trabalhadores têm a responsabilidade de procurar adequar seu repertório linguístico ao perfil dos usuários dos serviços e à população em geral.

Na tentativa de reduzir as dificuldades de adesão e acompanhamento do usuário no serviço, é enfatizado o vínculo do usuário com o profissional de referência, ou seja, aquele que o acompanha no tratamento bem como a sua trajetória no serviço e que funciona como o articulador das intervenções terapêuticas desenvolvidas pelos demais profissionais:

[...]. Se o usuário foi marcado para psicologia, e o usuário não apareceu, o profissional que havia ficado de atender, comunica ao profissional de referência e ele vai ligar para a casa do usuário perguntando o que aconteceu e faz a busca ativa desse usuário [...]
(Trabalhador Caps-ad).

Por outro lado, também foram constatadas, entre os profissionais, atitudes mais flexíveis e conciliatórias em relação ao projeto terapêutico, visando a aproximar-se das necessidades e demandas do usuário e, sobretudo, respeitar sua capacidade de se posicionar ante as opções:

[...] perguntaram quais eram os grupos que eu queria participar, aí eu escolhi seis, três grupos pra participar e fiquei participando... está aberto pra me ouvir... pra que eu diga como é que eu estou me sentido [...] (Usuário).

[...] em cima dessas informações é que o profissional vai começar a direcionar, seja terapeuta, depois a psicóloga, depois ele vem com um processo de... enfermeiro, dessa primeira escuta, eles vão direcionar, qual o perfil, se precisa de redução de danos ou educação em saúde [...] (Trabalhador CAPS-ad).

Os trabalhadores compreendem que a motivação do usuário é importante e que a sua participação ativa no tratamento, opinando, dando sugestões, é essencial para a continuidade do acompanhamento. Assim, revelam que a passividade do usuário ante sua problemática não é o centro do tratamento, ou seja, o usuário não é um ser passivo diante do seu problema com a droga. A droga não é algo que o absorveu por completo e que lhe tirou a possibilidade de escolha, como afirmam as teorias sobre a dependência química e as formas de tratamento da clínica tradicional.

[...]. Deixamos abertas as sugestões do usuário no tratamento, que se aproprie nesse tratamento, que ele tenha autonomia, que ele se coloque com relação ao que ele está gostando ou não, o que está se iden-

tificando, o que está ajudando ou não tá. Tentar deixar esse espaço [...] (Trabalhador CAPS-ad).

Outro dado positivo observado no CAPS-ad foi a realização de atividades com usuários de *crack* norteadas pela redução de danos, a exemplo de sensibilizações e orientações sobre formas de uso seguro e/ou menos danosas. Este último ponto pode incluir, entre outras estratégias, a recomendação de emprego de outras drogas que podem substituir o *crack* ou atenuar os sintomas da abstinência. Sendo assim, a clínica é pautada na substituição do prazer fornecido pela droga por outros prazeres ou efeitos que venham a ser postos no lugar do prazer da droga.

Esse foco de redução de danos visa à adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo, procurando estabelecer metas intermediárias, engajando-se de forma respeitosa no tratamento buscado (ALVES, 2009). Os usuários, então, podem optar pelas atividades que querem realizar e que farão parte do seu tratamento, de acordo com o cardápio de opções oferecidas pelo serviço.

Como destaca Carneiro (2008), a gestão de si, do cuidado sobre a sua saúde, é uma tarefa existencial que não pode ser desconsiderada pela Biomedicina. Decidir sobre as próprias dores e como buscar tratamentos para seu sofrimento bem como acerca de quais os limites que constituem a sua fronteira do excesso, é um direito indissociável da ideia de autonomia sobre si. No caso das drogas, extrai-se um de-

poimento de um informante da tese de Sérgio Trad (2010), que traduz perfeitamente este princípio: “deve-se estender a mão, mas deixar que o usuário decida como lidar de uma forma mais saudável com o uso de drogas, dentro da condição de vida dele: fazer com que ele seja um gestor deste processo”.

Deficiências na infraestrutura

Um grande desafio presente nas falas de muitos entrevistados diz respeito a deficiências de infraestrutura dos serviços para atender quadros clínicos orgânicos que necessitam de intervenções mais complexas. A carência de médicos e de estrutura física adequada para o suporte, nos casos de intoxicação e abstinência, foi reconhecida como o “nó crítico” que inviabiliza cuidado e intervenções eficazes. Geralmente, estes casos são encaminhados para unidades hospitalares de referência, como é destacado:

[...]. Nós não temos estrutura pra atender um paciente clínico... se for um caso de urgência, se o sujeito estiver num caso de abstinência, ele vai pra doutora, pra doutora já começar com medicação, mas isso é feito só quando ele é visto pela doutora, pela psiquiatra. É um conjunto de coisas, não é só aqui é em toda rede, é só no CAPS, e não, é em toda rede, é no hospital, no hospital geral, então, a dificuldade é essa [...] (Trabalhador CAPS-ad).

Usuários com algumas demandas clínicas, no entanto, podem ser acolhidos em leitos de menor complexidade tecnológica, ou seja, em espaços estruturados com leitos de repouso e observação nos próprios serviços para casos de desintoxicação ou abstinência leve e/ou moderada.

De acordo com a Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que 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, os CAPS-ad III podem atuar nos cuidados clínicos contínuos dos usuários que necessitem deste tipo de intervenção, pois são serviços com, no máximo, 12 leitos para observação e monitoramento, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200 mil habitantes.

A carência de médicos habilitados e interessados em trabalhar com esses “pacientes”, no entanto, dificulta essas intervenções nos serviços. Embora enfermeiros e farmacêuticos façam parte das equipes multiprofissionais que atendem usuários de *crack*, muitos desses profissionais não estão habilitados para intervir nesses casos.

Conforme referido pelos trabalhadores investigados, a carência de profissionais nos serviços CAPS-ad inviabiliza uma maior inserção no território onde os usuários vivem, se encontram e ritualizam o consumo do *crack*. Dificulta, também, a realização de ações de promoção e prevenção nas escolas e a articulação com os mais diversos setores sociais para intervir nos problemas do abuso de drogas, especificamente do *crack*.

O atendimento restrito aos consultórios dificulta o acesso dos usuários, uma vez que as redes de apoio catalisam a entrada deles nos serviços. Além disto, fica difícil estabelecer parcerias com outros dispositivos de saúde que possam atuar em casos mais graves de intoxicação e abstinência.

Conforme constatado em nossas observações, tampouco há a busca de articulação com outras instituições que constituem a rede social de apoio, o que poderia ajudar a potencializar as ações desenvolvidas pelo conjunto de agentes institucionais mobilizados pelos usuários de drogas. Compromete-se, assim, a meta de articular saberes de vários campos relacionais, incluindo atenção aos aspectos familiares, laborais, sociais e culturais, desde sua elaboração fértil de múltiplas trocas e conflitos (SILVA; COSTA, 2010).

Do ponto de vista das pessoas dependentes do *crack*, observou-se que elas elaboram estratégias de recuperação que se estendem além dos muros do serviço, encontrando refúgio na própria comunidade por meio de grupos de autoajuda, igrejas e espaços de lazer etc.: “[...]. O projeto terapêutico eu continuo fazendo em casa, com os grupos de autoajuda, NA, na igreja... Procuro o grupo AA por eu ser um dependente de álcool também e agora o grupo NA, narcóticos anônimos [...]” (Usuário).

Ao abrigar este coletivo, estas redes de suporte ensinam os espaços de escuta, mediante estratégias como a terapia grupal etc. Por outro lado, no que se refere aos princípios que orientam suas práticas, também neste *setting* costuma predominar a compreensão do usuário de droga como ser passivo e completamente absorvido pela substância. Tampouco se estimula a capacidade do sujeito de fazer escolhas e

de se envolver ativamente na definição e condução dos projetos terapêuticos.

Para Sudbrack e Borges (2010), a articulação da rede social contribui para o autoreconhecimento como pessoa e para a autoimagem. As relações que o usuário de substâncias psicoativas vivencia e estabelece com o mundo influencia na forma como ele se percebe, estrutura sua identidade e desenvolve seus hábitos de autocuidado, seu projeto de vida e suas perspectivas.

Esta carência de intervenções no território dificulta a detecção precoce de situações de uso problemático de drogas. O fato de os profissionais ficarem mais restritos aos serviços do CAPS-ad inviabiliza e retarda as intervenções da atenção primária à saúde as quais, muitas vezes, se limitam a encaminhar os usuários de *crack* ao CAPS-ad. Consideramos, ademais, que restringir as condutas terapêuticas na atenção aos usuários de álcool e outras drogas implica limitações significativas no plano do acesso e da acessibilidade em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatamos que as práticas dos profissionais dos CAPS-ad seguem os modelos tradicionais da clínica da dependência química, orientada fundamentalmente pela meta da abstinência do uso da substância. Ao mesmo tempo, foram observadas iniciativas, por parte das equipes, de incorporação de estratégias pautadas nos preceitos da redução de danos, indícios que poderiam apontar o fato de que o modelo assistencial no campo das drogas está vivenciando ainda uma transição nos paradigmas de abstinência e redução de danos.

Outro aspecto que merece relevo diz respeito à escassa atuação das equipes dos CAPS-ad no território. Conforme destacou Andrade (2011), reduzir o atendimento ao serviço, além de contrariar a diretriz de que o CAPS-ad deve realizar ações de base territorial, revela-se especialmente complicado se considerarmos que este tipo de serviço não se configura, necessariamente, como referência para a população-alvo, mesmo em territórios com elevada prevalência de consumo e tráfico de drogas.

Cabe destacar, sobretudo, desafios referentes ao acolhimento dos usuários de drogas e à superação das lógicas discriminadoras e estigmatizantes que se refletem também nos serviços de saúde. Ao reconhecer o usuário como sujeito e cidadão responsável pelas suas escolhas, torna-se imperativo assumir que a experiência de cada usuário e seu grupo de referência é singular e indica diferentes possibilidades no cuidado à saúde, pois os riscos enfrentados adquirem contornos e significados diversos em cada grupo. Neste sentido, o projeto clínico-terapêutico deve resistir à tentação de produzir uma imagem homogeneizante dos usuários de drogas, padronizando o perfil de consumidor segundo a substância (*crack*, maconha, cocaína etc.).

No plano ideológico e, certamente, cultural, um dos grandes obstáculos provém da dificuldade de conviver com a ideia do consumo de drogas como algo que se inscreve entre as práticas culturais milenares. Com efeito, constitui condição permanente a necessidade de romper com preconceitos e resistências que se consolidaram historicamente em torno deste fenômeno; resistências que podem advir de dentro da própria equipe de trabalho, das famílias, de setores mais conservadores da sociedade civil (TRAD, 2010).

Os aspectos ora assinalados reforçam a necessidade de repensar a clínica no campo das drogas, refletindo, nos termos de Deleuze e Guatari (2010), seus devires, suas potências, sua imanência e criação e seus paradigmas ético, estético e político. Certamente, a transformação desta clínica e a sua articulação com o conjunto de dispositivos e tecnologias que devem compor o cuidado integral e humanizado em saúde requer investimentos contínuos em pesquisas, em educação permanente dos profissionais de saúde, na aposta no trabalho interdisciplinar, no estímulo à participação e controle social, envolvendo usuários, famílias e comunidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2006.

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, dez. 2011.

ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA; J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Org.). **Pesquisa**: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social. Feira de Santana: EdUEFS, 2010. p. 139-159.

BECKER, H. S. **Outsiders**: estudos da Sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – Sisnad; prescreve medidas para a 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 crime e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 15 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens terapêuticas aos usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.028**, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

CAMPOS, E. A. Alcoolismo: doença e significado em Alcoólicos Anônimos. **Etnográfica**, Lisboa, v. 13, n. 1, maio 2009.

CAMPOS, G. W. S. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. O. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental. **Saúde em De-**

- bate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, maio/ago. 2001.
- CARNEIRO, H. Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 65-90.
- COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**. 2. ed. Lisboa: Lidel, 1999.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: 34, 2010.
- ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A. R. *et al.* (Org.). **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA; Cetad/UFBA, 2004. p. 1-26.
- FERIGATTO, S. H.; BALLARIN, M. L. G. S. A clínica como instrumento de fortalecimento do sujeito: um debate ético-filosófico. **Revista Bioethikos**, v. 1, n. 1, p. 53-60, 2007.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1996.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.
- KOIFMAN, L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, v. 8, n. 1, p. 49-69, 2001.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.
- LEAL, E. M.; DELGADO, P. G. G. Clínica e cotidiano: o CAPS como dispositivo de desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R. *et al.* (Org.). **Desinstitucionalização da saúde mental: contribuições para estudos avaliativos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 137-154.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saúde soc.**, v. 18, n. 2, p. 304-311, jun. 2009.

MACIEL, A. Clínica, indeterminação e biopoder. In: COMISSÃO DE DIREITOS HUMANOS DO CRP-RJ (Org.). **Direitos humanos o que temos a ver com isso?** Rio de Janeiro: Conselho Regional de Psicologia, 2007. p. 55-62.

MARINHO, J. A. C.; ARAÚJO, R. B.; RIBEIRO, M. Manejo da fissura. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do crack.** Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 374-388.

MARLATT, G. A. Princípios básicos e estratégias de Redução de Danos. In: _____. **Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco.** Porto Alegre: ARTMED, 1999.

MARLATT, G. A.; TAPERT, S. F. Harm reduction: reducing the risks of addictive behaviors. In: BAERS, J. S.; MARLAT, G. A.; MCMAHON, R. J. (Org.). **Addictive behaviors across de lifespan.** Newbury Park (EUA): Sage, 1993.

MARQUES, D. **O gênero e o trabalho da Enfermagem na atenção básica:** percepção das enfermeiras. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

MARTINÊS, R. W.; MACHADO, A. L. Produção de cuidado e subjetividade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 2, p. 328-333, 2010.

MATUMOTO, S. **Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na Saúde em transformação:** um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 14. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

NARDI, H. C.; RIGONI, R. Q. Marginalidade ou cidadania? a rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 273-282, maio/ago. 2005.

PINTO, D. M. *et al.* Projeto Terapêutico Singular na produção do Cuidado Integral: uma construção coletiva. **Rev Texto-contex Enfer Florianópolis**, v. 20, n. 3, p. 293-302, jul./set. 2011.

RIBEIRO, M. *et al.* Farmacologia do consumo de *crack*. In: _____; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 116-142.

ROMANI, O. A. **Las drogas: sueños y razones**. Barcelona: Ariel, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1. 2003.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência em Saúde Mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Rev. latinoam. psicopatol. Fundam.** [online]. v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

TRAD, S. N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos – e seus reflexos nas políticas locais**. Tese (Doutorado em Antropologia da Medicina) – Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Espanha, 2010.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra, 1999.

CAPÍTULO 10

SENTIDOS E SIGNIFICADOS DA RELAÇÃO DE USO DO *CRACK* NA EXPERIÊNCIA DOS USUÁRIOS: O EFÊMERO EFEITO

Paulo Henrique Dias Quinderé
Milena Lima de Paula
Lourdes Suelen Pontes Costa
Leonardo Macêdo de Queiroz
Erasmio Miessa Ruiz
Maria Salete Bessa Jorge

INTRODUÇÃO

A produção científica acerca do consumo de *crack* se intensificou nas décadas de 1980 e 1990, quando ocorreram as primeiras aparições do uso desta substância. As pesquisas procuraram demonstrar suas formas de uso, o perfil dos usuários, as consequências nocivas para a saúde dos usuários e os problemas sociais advindos das cenas de uso.

O *crack* se difundiu nas áreas pobres dos centros urbanos das cidades de Los Angeles, Miami e Nova York, nos anos de 1984 e 1985. Era obtido por um processo caseiro e utilizado em grupos, em espaços abandonados e precários. Em geral, os usuários eram, na sua maioria, jovens consumidores de cocaína atraídos pelo preço baixo do *crack*.

No Brasil, o consumo do *crack* apareceu em bairros da zona leste de São Paulo, espalhando-se, posteriormente, para

as áreas centrais da Capital. O primeiro estudo realizado, em 1989, sobre o consumo de *crack* também mostrou que o perfil dos usuários era de homens, menores de 30 anos, desempregados, com baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996). Os dados do I e do II Levantamento Epidemiológico demonstram uma maior prevalência do uso de cocaína/*crack* pelos homens. Em 2001, a maior porcentagem de uso na vida de *crack* foi para o sexo masculino (1,2%), na faixa etária de 25 a 34 anos (0,7%), e, em 2004, observa-se que, entre os brasileiros das 108 cidades pesquisadas, a maior porcentagem de uso na vida foi para o sexo masculino (3,2%), na faixa etária de 25 a 34 anos. (CARLINI *et al.*, 2002; 2005).

Os perfis de usuário de *crack* geralmente encontrados são de homens, com baixa escolaridade, em sua maioria, desempregados ou sem vínculo formal com trabalho (OLIVEIRA; NAPPO, 2008). Este aspecto chama a atenção para o fato de que a substância psicoativa *crack* pode ter uma inserção maior nestas populações com maior vulnerabilidade social.

Embora os estudos tenham avançado na caracterização dos usuários e nas consequências de saúde e sociais, pouco se pesquisa acerca dos aspectos subjetivos, culturais e sociais em que se constitui o fenômeno do uso do *crack*. A contextualização do entorno sociocultural, bem como, a experiência dos efeitos das substâncias psicoativas são relevantes para se constituir novas formas de abordagem aos usuários. Compreendendo como os usuários experimentam os efeitos e como ocorrem os rituais de consumo no contexto do grupo social, consegue-se ampliar o conhecimento e o escopo de intervenções de saúde e sociais sobre estes grupos.

Em um estudo realizado por Almeida (2010), quanto à experiência subjetiva dos usuários acerca do uso, foi observada a falta de controle como algo marcante: muitos mencionaram interações, compulsão para o consumo e outros chegaram a passar dias consumindo a droga sem parar. Entre as motivações para o uso da droga, percebem a influência de amigos e a curiosidade. O ambiente também é um facilitador para o consumo inicial. Alguns referiram passar por muitos problemas e fazerem o uso da droga de maneira mais compulsiva para tentar resolvê-los. Sobre a representação que a droga possui na vida destes usuários, muitos relataram um imenso prazer, comparado ao sexo, e uma sensação de libertação dos problemas vivenciados naquele momento, havendo relatos de alívio para enfrentamento dos problemas vividos.

Os estudos se concentram nos efeitos físicoquímicos que a substância pode causar no organismo humano e parecem desconsiderar os referenciais subjetivos dos usuários na construção da experiência do uso. A experiência do uso de substâncias não depende somente do efeito da substância em si. O uso de drogas, mesmo as que têm um potencial maior de abuso, não leva, necessariamente, a padrões de uso descontrolados ou nocivos. Embora o uso de substâncias psicoativas, tais como o *crack*, possa se tornar, por vezes, uma atividade predominante, ela é raramente uma atividade isolada e é, geralmente, social. Os referenciais sociais e culturais assim como a construção da experiência subjetiva do uso destas substâncias são de enorme relevância para se construir as compreensões acerca do fenômeno.

Entendemos subjetividade como um sistema complexo de significações e sentidos produzidos na vida cultural

humana, definindo-se, ontologicamente, como diferentes dos elementos sociais, biológicos, ecológicos e de qualquer outro tipo. A subjetividade individual é determinada socialmente, mas não por meio de um determinismo linear externo, do social ao subjetivo, e sim em um processo que integra, de forma simultânea, as subjetividades sociais e individuais. O indivíduo constrói um sistema de sentidos e significados expressos socialmente e é também deste sistema social de significações que constrói as subjetividades individuais (GONZÁLEZ, 2002).

Como observamos, o uso de substâncias adquire sentidos e significados diferentes, de acordo com as experiências subjetivas das pessoas que as utilizam, assim como mediante as estruturas sociais às quais estes usos estão relacionados. Desta forma, questionamos: Em quais significações sociais o consumo de *crack* está inserido? Quais os sentidos construídos com o consumo desta substância? Quais as experiências subjetivas deste usuário?

Diante do exposto, o estudo tem como objetivo discutir as experiências dos usuários de *crack* e analisar os sentidos e significados deste consumo.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa hermenêutica. A proposta do estudo qualitativo tem importância no entendimento da dimensão simbólica, nos diversos espaços sociais em que o humano se inscreve, ou seja, do sistema de crenças no entendimento dos processos físicos do corpo.

A Hermenêutica é vista, hoje, como uma teoria ou filosofia de interpretação capaz de tornar compreensível o objeto de estudo mais do que a sua mera aparência ou superficialidade. Ela busca aprofundar o sentido além daquilo que aparentemente está exposto. Sua condição nos permite vivenciar pela interpretação os significados do diálogo com o mundo (SILVA, 2010).

O estudo foi desenvolvido nos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (Caps-ad) das Secretarias Executivas Regionais (SERs) IV e V, do Município de Fortaleza-CE. A escolha pelo território administrativo-político das SERs IV e V decorre do fato de haver pacto no Sistema Municipal Saúde-Escola (SMSE) em que a Universidade Estadual do Ceará (UECE) e a Prefeitura de Fortaleza desenvolvem parcerias no âmbito da formação e das atividades sociocomunitárias.

Os participantes da pesquisa foram definidos pela saturação teórico-empírica e pela relevância das informações e das observações que indiquem contribuições significantes e adequadas ao delineamento do objeto em apreensão. Para a conformação dos sujeitos, foram selecionados dois grupos de informantes-chave: Grupo I: 21 usuários de *crack* em acompanhamento nos CAPS-AD; Grupo II: 15 trabalhadores dos Caps-ad (9 Profissionais – 2 psicólogos, 2 Terapeutas ocupacionais, 1 auxiliar de enfermagem, 2 enfermeiros, 1 farmacêutico, 1 assistente social e 6 trabalhadores de nível médio do apoio administrativo e serviços gerais).

O contexto deste experimento é engendrado por personagens de classes sociais distintas. Os usuários de *crack* em acompanhamento nos Caps-ad advêm de um contexto

socioeconômico precário de bairros com intensas vulnerabilidades sociais. Consiste em um grupo formado eminentemente por homens, adultos jovens, com média de 32 anos de idade, com escolaridade até o ensino médio, realizando algum tipo de atividade remunerada e estando há pelo menos um mês em acompanhamento no serviço.

Os trabalhadores de saúde são, na sua maioria, mulheres, com idade média de 36 anos, com renda de um salário mínimo ou mais, com vínculos trabalhistas garantidos e pelo menos três anos de trabalho no serviço.

Como técnica de coleta, foi usada a entrevista semiestruturada com questões disparadoras sobre os efeitos e as sensações experimentadas com o uso do *crack*; os sentidos e significados deste uso por parte dos usuários; quais as compreensões que os trabalhadores de saúde têm em relação ao usuário de *crack*; e quais os sentidos e significados que eles atribuem a este uso.

Todas as entrevistas foram gravadas na íntegra, em aparelhos digitais, com autorização prévia dos entrevistados mediante a realização de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Concluída a gravação, o material foi disposto para os entrevistados, para que estes pudessem ouvir e, caso desejassem modificar ou acrescentar questões relativas ao seu depoimento poderiam ficar à vontade para fazê-lo.

Para Ricoeur (1991), a narrativa é uma operação mediadora entre a experiência viva e o discurso que liga a explicação à compreensão, no sentido de buscar no enredo a coerência e a mediação ação–linguagem e a mediação indivíduo–sociedade. O centro da abordagem hermenêutica está

na compreensão do texto, procurando entender a multiplicidade de significados, tentando clarear o que é confuso, escondido e fragmentado. Trata-se de um pensamento que se propõe a adotar um método reflexivo capaz de romper todo e qualquer pacto com o idealismo.

A construção do processo analítico contemplou o distanciamento, apropriação, explicação e compreensão das experiências vividas (GEANELLOS, 2000). As etapas de análise foram constituídas de transcrição das entrevistas em texto; distanciamento (distanciação), interpretação superficial (*naive*); análise estrutural; e compreensão abrangente do texto, denominada de interpretação profunda.

A análise das narrativas está pautada na proposição metodológica e analítica fundamentada na Hermenêutica. Em detalhe, propõe-se como síntese deste método, os passos descritos para a interpretação dos resultados em dois níveis: das determinações fundamentais e do encontro com os fatos empíricos. Segundo previsto, a evidenciação das sínteses foi discutida entre os participantes, implementada com base em olhares e experiências dos participantes envolvidos e articulada com a literatura disponível nesta área de conhecimento.

Na análise das narrativas, utilizamos como referência o tema “Experiência dos usuários de *crack*: sentidos, significados e os aspectos socioculturais do uso”. Buscamos analisar as unidades de significação, fragmentos de discurso, ou seja, subtemas mais profundos que pudessem estar expressos por metáforas ou figuras outras de linguagem ou estilo narrativo, aprofundados nos seguintes subtemas: “Experiência do uso do *crack*: a efemeridade do efeito” e “Aspectos socioculturais do uso do *crack*”.

A partir do material construído com as entrevistas dos dois grupos de informantes-chave, procedemos à aproximação com o texto, mediante leituras entre as diferentes narrativas buscando a construção de unidades de sentido e significados e, posteriormente, a elaboração de subtemas e temas que foram interpretadas com base na Hermenêutica e em articulação com o referencial teórico de suporte aos temas e subtemas, de forma crítica (TRIVIÑOS, 1992).

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo sido aprovada para fins de sua realização, de acordo com as normas do mencionado órgão (Processo nº 11583129-0).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Experiência do uso do *crack*: a efemeridade do efeito

Os sentidos e significados são construídos social e culturalmente a partir da subjetividade humana. O significado é o mediador entre o pensamento e a palavra. Para o pensamento se concretizar, precisa da palavra e o caminho do pensamento para a palavra passa pela mediação do significado. “O significado é o sistema que se formou objetivamente no processo histórico e que está encerrado na palavra” (LURIA, 1986, p. 44).

O significado engloba uma dimensão coletiva. As significações são experimentadas coletivamente. Já o sentido envolve o vivido de maneira singular. Designa algo completamente diferente de pessoa para pessoa em circunstâncias distintas, pois do significado objetivo da palavra a pessoa separa aquela parte que lhe é interessante, de acordo com a

situação, e configura o sentido (WAZLAWICK; CAMARGO; MAHEIRIE, 2007).

Ambos os conceitos são produzidos no contexto social, sendo impossível descolar o sujeito de seus múltiplos contextos. O sentido é uma formação complexa e dinâmica que exhibe zonas de estabilidade diferentes, sendo o significado uma destas zonas de sentido, aquela mais estável, um pouco mais precisa. Ao estar de acordo com as vivências, nos diferentes contextos, o sentido que a palavra adquire pode se transformar. Tais movimentos apontam para relações entre sentido e palavra no plano que interliga estes signos e são possíveis graças aos movimentos engendrados por sujeitos que estão em relação, articulando-os em contextos de vida (WAZLAWICK; CAMARGO; MAHEIRIE, 2007).

A experiência do uso de substâncias psicoativas não depende somente do efeito físico-químico da substância. Aspectos relacionados às características individuais, aspectos sociais e culturais são indissociáveis da experiência que a pessoa terá com o uso da substância. Becker (2008) estudou usuários de maconha e constatou que a experiência dos efeitos da substância psicoativa é apreendida por meio do grupo dos espaços de uso. De acordo com o autor, o usuário de maconha iniciante não consegue experimentar o “barato” da droga logo nos primeiros contatos, seja porque não consegue fumar de maneira apropriada ou por não obter os níveis da substância desejados. Este aprendizado vai se dando à medida que o usuário consegue experimentar os seus efeitos, à proporção que aprende a gostar destes efeitos e desde que aprende a gostar das sensações. Isto é construído no grupo de usuários, pois há o reconhecimento dos efeitos por meio dos usuários mais experientes.

Desta forma, a substância química só se torna uma substância com efeitos negativos à sociedade e à saúde da pessoa dentro de um determinado contexto de relações entre as atividades simbólicas da pessoa e o ambiente. O efeito puramente fisiológico da droga pouco importa, já que se trata de compreender a interpretação que a pessoa dá de seu estado, de sua motivação e de sua experiência que o impede a um consumo repetido da droga (MACRAE, 2010).

Entendemos experiência como a coemergência de si no mundo. Desta forma, não compreendemos o sujeito e o mundo como entidades previamente definidas e preestabelecidas. Este conceito é consonante com as concepções da Fenomenologia de que não existe mundo em si. O mundo só existe quando remetido a uma consciência, assim como esta consciência só se faz quando remetida a um mundo. A experiência é a mediação para a coemergência e coconstrução, estabelecendo, assim, o princípio da intencionalidade fenomenológica. Se o objeto é sempre objeto-para-uma consciência, ele não será jamais objeto em si, mas objeto-percebido ou objeto pensado, rememorado, assim como a consciência é sempre consciência de alguma coisa, que só é consciência estando remetida a um objeto (DARTIGUES, 1992).

A aprendizagem acontece na experiência, ou seja, os processos cognitivos não se estabelecem com uma representação predeterminada. Para os pesquisadores Maturama e Varela, não há um mundo vazio lá fora do qual criamos e produzimos matéria. Existe um mundo material, mas ele não possui nenhuma característica predeterminada. As estruturas não existem objetivamente, não há um território pré-dado do qual podemos fazer um mapa, a própria construção do mapa cria as características do território (CAPRA, 1996).

Nesta perspectiva, a experiência dos usuários de *crack* se constitui além dos efeitos físico-químicos da substância e se atrela ao conjunto de sentidos e significados confeccionados socioculturalmente. A sensação do uso do *crack*, segundo discursos dos usuários, demonstra um prazer intenso tal qual um orgasmo. Pelo fato de a experiência ser intensa e prazerosa, surge a necessidade de repetição da dose, o que pode ocasionar um padrão rápido de abuso, pois os usuários passam a utilizar de forma compulsiva em pouco tempo. Alguns experimentam medo e angústia, enquanto estão sob o efeito da substância, mas, mesmo assim, permanecem usando e com vontade de fazê-lo cada vez mais.

Vários sentidos relacionados ao uso de *crack* são relatados pelos usuários, desde se sentir desligado da realidade, momentaneamente, longe dos problemas cotidianos até o sentido de entrar em uma dimensão prazerosa, mesmo que a pessoa perceba que isto pode levá-la à desorganização psíquica e social. Estes instantes são efêmeros, se esvaem e necessita-se repetir a experiência: o prazer aqui e agora, longe das frustrações e dos problemas. Embora este prazer possa produzir sofrimento e angústia em si e nos que estão em sua volta, parece que vale pela intensidade do prazer de rompimento com a realidade que parece gerar uma angústia maior e que fica maior à medida que vai se experimentando este prazer imediato.

Parece que as experiências de uso dizem respeito a um prazer que se troca pelos demais deleites da existência. É como se a existência se resumisse a um segundo de intenso prazer, satisfação e deleite. Um gozo que traz mais angústia e pode viabilizar a desorganização. Vale mais, porém, o ins-

tante, o ápice do prazer disparado pelo consumo. Isto não estaria relacionado à busca da sociedade atual — prazer intenso, alívio imediato, satisfação e ampliação dos sentidos, de gozar consigo mesmo?

Numa sociedade individualista de consumo, em que todos estão preocupados consigo mesmo, o uso do *crack* parece se encaixar, ou seja, é exatamente aquilo que todos esperavam, pois satisfaz, eleva o prazer à potência — o êxtase numa tragada sem sair do sofá —, já que não se pode consumir os prazeres dos paraísos artificiais construídos pela sociedade de consumo nem se afirmar por meio dos bens materiais, posso me satisfazer por meio do uso da substância. Assim é representado nos discursos do grupo de usuários:

[...]. Muito rápido passava a lombra, né, a nória passava muito rápido... É cinco segundos. Um, dois, três, quatro, cinco e pronto, acabou... Experimenta um prazer que vem, um prazer que passa muito rápido... Como é que eu posso dizer... a sensação que dá... quando uma pessoa transa com uma pessoa no momento do gozo num dá aquela sensação? é a mesma sensação [...] (Grupo I).

Os usuários de *crack* experimentam um efeito rápido e intenso com o uso da substância. O *crack* é uma substância derivada da cocaína a qual ativa o sistema nervoso central. A absorção da cocaína fumada (*crack*) se dá por meio das vias pulmonares. Os alvéolos proporcionam aos pulmões uma extensa superfície de troca de sangue. Assim, uma quantidade considerável de cocaína consegue atingir a circulação,

prontamente, chegando ao cérebro em poucos segundos, sem passar antes pelo fígado. Comparando com o consumo de via intranasal, a via pulmonar produz um efeito muito mais rápido e intenso (LIMA; FONSECA; RIBEIRO, 2012).

Como o efeito passa rápido, o usuário tende a querer repetir a dose, o que, geralmente, o conduz a um padrão compulsivo de uso. Os discursos referem um prazer incomensurável que é experimentado, uma sensação boa, de bem-estar momentâneo. Mesmo mediante consequências negativas, o usuário mantém o seu uso em razão do intenso bem-estar. Parece ser um paradoxo, ao mesmo tempo em que dá um intenso prazer, as consequências do seu uso são relatadas como devastadoras, como observamos nos discursos:

[...]. No começo é bom né, a sensação é boa, né, falsa ilusão, né, de liberdade, ela te deixa alto, né, mas depois vem a depressão, né, que é devastadora, né, ai você começa a fazer coisas erradas pra obter a droga... É muito prazeroso, mas muito destrutivo também [...] (Grupo I).

Esta manutenção do uso, no entanto, não se estabelece apenas em razão do efeito físico-químico impetrado pela droga na dimensão orgânica da pessoa. Esta experiência dos usuários de *crack* parece se adequar às formas de vida dos modelos contemporâneos de sociedade voltados para o alívio imediato de suas tensões e a busca incessante por prazer e satisfação.

A busca por prazer e satisfação dos modos de vida da sociedade contemporânea se acopla ao que está disponível como veículo de expressão dos seus anseios. No mundo contemporâneo, as sociedades procuram o alívio imediato das suas tensões, mesmo que por alguns momentos. É a busca do prazer sem limites, o aqui-e-agora. Não é assim que a sociedade contemporânea se caracteriza? pelo prazer imediato, o prazer que se esvai rapidamente, intenso e efêmero.

O modo de organização social da contemporaneidade é caracterizado pela obsolescência dos produtos. Nada no mundo se destina a permanecer. Objetos, pessoas e sensações são consumidos na mesma medida em que são descartados. Os objetos úteis e indispensáveis de hoje são, com pouquíssimas exceções, o refugio de amanhã. Nada é necessário, de fato, nada é insubstituível. Tudo nasce com data marcada para morrer. Todas as coisas, nascidas ou feitas, humanas ou não, são, até segunda ordem, dispensáveis (BAUMAN, 2005). Isto engendra nas pessoas uma efemeridade nas relações com os objetos, nas relações interpessoais e na relação consigo mesmo. Desta forma, as pessoas passam, também, a procurar sensações efêmeras, passageiras, intensas e prazerosas.

Para Lipovetsky (2009), a busca por meio dos objetos é muito mais uma busca por satisfação privada do que uma legitimidade e uma diferença social; cada vez mais as pessoas estão ficando indiferentes ao julgamento dos outros. Percebemos que o consumo se estabelece na sua essência não mais como atividade regrada pela busca do reconhecimento social; ele se manifesta em vista do bem-estar, da funcionalidade e do prazer para si.

Assim, o uso da droga e suas especificidades dizem respeito aos referenciais sociais disponíveis em um dado momento. Se os referenciais atuais de vida em sociedade são a busca incessante por prazer, o alívio imediato das tensões cotidianas e a vida para o consumo, é mais do que esperado que as pessoas busquem formas de experimentar estas dimensões inscritas socialmente.

Para Bauman (2008), a sociedade contemporânea é eminentemente caracterizada pela sociedade do consumo. Este arranjo social resulta da reciclagem de vontades, desejos e anseios humanos rotineiros e permanentes e os transforma na principal força propulsora e operativa da sociedade, participa da formação de pessoas desempenhando um papel importante nos processos de construção da identidade individual e grupal.

A sociedade hedonista e de consumidores busca, desenfreadamente, o prazer e encontra a efemeridade na relação com os objetos. O cidadão da era consumista anseia pela velocidade da renovação, motivado pela pressa em adquirir e descartar. Este ímpeto social construído enseja nos cidadãos consumidores a sensação de nunca se estar satisfeito, pois há sempre algo novo a ser consumido e experimentado para, imediatamente, ser descartado.

A sociedade de consumo prospera enquanto perpetua a não satisfação de seus membros. O método indiscriminadamente utilizado para atingir tal efeito é depreciar e desvalorizar os produtos de consumo logo após terem sido promovidos no universo dos desejos dos consumidores. Aquilo que começa como um esforço para satisfazer uma necessidade deve se transformar em compulsão ou vício. E

assim ocorre, desde que o impulso para buscar soluções de problemas e alívio para dores e ansiedades nas lojas, e apenas nelas, continue sendo um aspecto do comportamento não apenas destinado, mas encorajado com avidez, a se condensar em um hábito ou estratégia sem opções aparentes (BAUMAN, 2008).

Este hábito compulsivo e reforçado de comprar e consumir as mercadorias, porém, é devotado às pessoas com satisfatório aporte econômico. Contudo, como destaca Lipovetsky (2007), mesmo os excluídos do grande consumo de massa são, ao seu modo, hiperconsumistas, ou seja, todos aspiram a se integrar ao mundo do consumo, dos lazeres e do consumo das grifes famosas. Aqueles que não conseguem consumir os produtos que requerem grande aporte financeiro consomem o que está ao seu alcance.

Portanto, a construção da experiência do uso de *crack* se dá no contato dos usuários com os efeitos esperados da droga, dos sentidos que eles dão ao efeito experimentado e das construções dos modelos sociais disponíveis. A partir de suas experiências de vida, seus estados emocionais, suas características idiossincrásicas e dos significados construídos socialmente em torno da substância a pessoa vai experimentar em termos de efeitos e construir sua experiência de uso.

O cientista social Stélio Marras (2008) concebe que a pessoa existe para a sociedade e a sociedade para a pessoa, ou seja, a subjetividade se contrapõe à objetividade social, como se a vida social, que se realiza como uma espécie de outro eu internalizado no eu social, estivesse ameaçada de se desfazer pela ação da vida excessivamente subjetiva da mesma pessoa que, então, precisa manter o equilíbrio, um equilíbrio social, a estabilidade.

Desta forma, encontramos alguns sentidos dados ao uso do *crack*, como ilustrado no discurso:

[...]. Eu só usava a droga pra me esquecer... qualquer raivinha que eu tinha eu tinha que fumar ali, e hoje em dia eu vejo que só era ilusão, porque era uma droga que eu usava e eu queria mais, e mais e mais... a gente se sente aliviado, a gente esquece de tudo e de todos.... Esquecia os problemas [...] (Grupo I).

Nos discursos, observamos que os usuários dão sentido aos efeitos do *crack*. Não há, na literatura, a informação de que o *crack* tenha, na sua gama de efeitos físicoquímicos, a capacidade de fazer as pessoas esquecerem os problemas. Este é um sentido construído ou, no mínimo, um desejo dos usuários ao utilizarem a droga como um subterfúgio. Ainda assim, o *crack* não possibilita que os problemas sumam da vida de um usuário, muito pelo contrário, as falas apontam que há o surgimento de mais problemas em decorrência do consumo compulsivo.

Portanto, constata-se que a experiência deste consumo depende também do que o usuário espera conseguir com a droga, mesmo que os seus efeitos químicos não lhe possibilitem tais efeitos. O efeito que uma droga, no caso, o *crack*, vai imprimir em um organismo humano também depende dos sentidos atribuídos por quem a usa em um determinado contexto social e cultural.

Aspectos socioculturais do uso do *crack*

Vargas propõe que entender a droga nos seguintes termos:

como uma categoria complexa e polissêmica que recobre e reúne, por vezes de modo marcadamente ambíguo, como também isola e separa, tantas vezes de modo instável, matérias moleculares as mais variadas. Ela também propõe que essas matérias moleculares constituem objetos sócio-técnicos que, embora sempre possam ser distinguidos conforme as modalidades de uso (matar, tratar, alimentar, por exemplo), não comportam diferenças intrínsecas absolutas ou essenciais, mas sempre e somente diferenças relacionais. Pois sucede às drogas (e aos medicamentos e alimentos) o mesmo que às armas (e às ferramentas): tais objetos sócio-técnicos permanecem integralmente indeterminados até que sejam reportados aos agenciamentos que os constituem enquanto tais (Deleuze; Guattari, 1997, p. 72). (VARGAS, 2008, p. 40).

Assim, no âmbito dos estudos antropológicos, sociológicos, no seu sentido mais amplo, a existência e o uso de substâncias psicoativas que alteram a percepção, o humor e o comportamento são uma constante, remontando às diversas sociedades e a tempos remotos. No mesmo instante, os

múltiplos modos pelos quais esta existência e estes usos são concebidos e vivenciados variam histórica e culturalmente. Drogas não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas que possam ser, natural e definitivamente, classificadas como boas ou más. Sua existência, usos e efeitos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra (LABATE, *et al.* 2008, p. 13).

Além do aspecto idiossincrático, as significações sociais também são imprescindíveis para compreender a experiência do consumo e o efeito da droga. Elas imprimem aspectos importantes nas concepções que os usuários têm em relação à droga e o *crack* ficou comumente associado à imagem da desgraça e da destruição, aspecto este logo incorporado e incrustado na sociedade. As representações acerca desta substância assumiram um caráter “demoníaco” que se instalaram, rapidamente, nos discursos dos usuários e dos trabalhadores de saúde, contribuindo para a configuração de como estes agentes elaboram suas experiências com a droga. Os discursos seguintes apontam como estes agentes que estão intimamente relacionados com a substância, seja usando, seja cuidando dos usuários que apresentam problemas, elaboram suas significações:

[...]. Eu acho que é o diabo... é o diabo na pessoa... Significa uma praga. Posso dizer que foi a pior coisa que aconteceu na minha vida, foi o *crack*... Buscar uma saída num... num lugar que não tem saída.... o

crack em si é devastador.... ela é a causa de muitas famílias hoje estarem destruídas.... criança hoje perdendo a vida de 12 e 13 anos...por causa do *crack*.... não fala mais de maconha e cocaína é só *crack* que tá devastando [...] (Grupo I).

[...]. Eu acho que é a droga mais devastadora que tem... O *crack* ele causa uma dependência assim muito fervorosa, causa uma frequência de uso muito fervorosa... porque o *crack* é um problema psíquico e social e causa danos psíquicos praticamente irreversíveis [...] (Grupo II).

As substâncias psicoativas assumem representações de acordo com os contextos sociais e culturais baseados em sistemas de subjetivação construídos socialmente. Como destaca González (2002), no sentido subjetivo de quaisquer dos momentos da existência social do sujeito participam tanto os elementos da subjetividade social quanto os da subjetividade individual, assim como os relacionamentos com os jogos de comunicação que se mostram nos espaços de relação em que ele se expressa.

O campo das ações e opiniões individuais é sempre resultado de injunções sociais e todas as particularidades se inserem em um mundo de determinações sociais, inclusive no que se refere às atitudes e juízos pessoais. As margens de adequação, mesmo as mais íntimas, obedecem, em última instância, a parâmetros coletivos. A individualidade psíquica é constituída em um processo social e histórico (CARNEIRO, 2008).

Como destacam Deleuze e Guattari (2010), o *socius* inscreve e registra nos corpos as codificações construídas, engendra os construtos sociais, delineando agentes de produção e mapeia as definições subjetivas inscritas na sociedade. Para Guattari e Rolnik (2010), a subjetividade é essencialmente fabricada e modelada no registro social, não se configura no plano do individual, ou seja, o seu campo é o de todos os processos de produção social e material.

Os sujeitos estão inscritos socialmente, são históricos, uma vez que sua constituição subjetiva atual representa a síntese subjetivada de sua história pessoal, e são sociais, porque suas vidas se desenvolvem em sociedade, e nela se produz novos sentidos e significações que, ao se constituírem subjetivamente, se convertem em constituintes de novos momentos de seu desenvolvimento subjetivo (GONZÁLEZ, 2002).

A construção social da imagem demoníaca e destruidora do *crack* contribui para a concepção devastadora da própria droga, estimula aspectos negativos do seu consumo assim como configura a experiência do usuário em torno da destruição, da sujeira, das precárias condições de uso, da violência. Assim, pessoas passam a buscar esta droga com este intuito e constroem experiências negativas em torno do seu uso. As concepções sociais e os significados demoníacos atribuídos ao consumo do *crack* são engendrados nas experiências individuais. Estes significados também fazem parte da forma como estes usuários irão experimentar seus efeitos, irão determinar como as famílias compreenderão este consumo e como os trabalhadores de saúde também configurarão seu contato com os usuários de *crack*.

No citado relato de um trabalhador, ele afirma que o *crack* é a droga mais devastadora que há. O que pode ser considerado uma droga devastadora? Aquela que, por causa do seu uso, mata mais? Ou aquela que tem um potencial mais forte de causar dependência? Esta é uma construção social, um significado construído socialmente.

De acordo com o Banco Mundial (2006), as tendências globais para o uso do álcool e do tabaco são crescentes, assim como os problemas sociais e de saúde. O álcool é responsável direto pelos problemas de saúde dos que o bebem em excesso e contribui para comportamentos de riscos, podendo trazer sérios problemas sociais, lesões e deficiências tanto para os que consomem em excesso quanto para as demais pessoas.

Como bem observam Galduróz e Caetano (2004), o uso abusivo de álcool no Brasil é responsável por sérios problemas econômicos (aumento dos gastos com internações hospitalares e acidentes de trânsito), sociais (conflitos familiares, problemas no ambiente de trabalho) e de saúde (problemas psicológicos e psiquiátricos).

Reforçando esta perspectiva, Noto *et al.* (2002) acenam que, entre os anos de 1988 e 1999, o uso de etílicos foi responsável por 90% de todas as internações hospitalares por dependência química, elevando os custos com procedimentos mais especializados e trazendo enormes agravos à saúde, tais como: cardiopatias, neuropatias, doenças hepáticas e neoplasias. De acordo com Melcop (2004), um estudo que relaciona consumo de álcool em situação de lazer e condução de veículos, realizado no Recife, revelou que 23% dos entrevistados estavam legalmente impedidos de dirigir e 28% já tinham provocado acidentes.

O tabaco, por sua vez, é responsável, em todo o mundo, por uma em cada cinco mortes entre os homens e uma em cada 20 mortes entre as mulheres de mais de 30 anos: é a maior causa de morte relacionada ao uso de drogas. Estimase que, caso a proporção de jovens que começam a fumar continue crescendo, teremos, a cada ano, cerca de 30 milhões de novos fumantes em longo prazo (BANCO MUNDIAL, 2006).

Queremos deixar claro que, epidemiologicamente falando, em termos de potencial danoso à sociedade, o álcool e o tabaco deveriam ser considerados as drogas mais devastadoras, porém, há uma concepção construída socialmente de que é o *crack* o mais devastador. E isto tem um impacto direto em como os usuários irão experienciar o uso desta substância.

O aprisionamento às concepções que atribuem somente à substância em si, ou seja, a seus efeitos ativos, a responsabilidade pelos problemas desencadeados no organismo humano constrói na sociedade uma imagem negativa da droga que é retroalimentada a partir das experiências negativas dos usuários que já encontram este referencial danoso inscrito socialmente.

A construção negativa da substância psicoativa tem interferência direta na experiência dos usuários, pois os usuários se relacionam com o conjunto de valores dos grupos onde se inserem e é por meio dos referenciais destes grupos que a experiência do usuário será absorvida, como destacamos nos seguintes discursos:

[...] a pessoa é muito humilhada, muita discriminação, não é porque a pessoa usa droga que ela seja ladrão, a pessoa para no tempo... O *crack* é muito virtual, ele dá uma sensação, assim, bandidagem, a bandidagem se expande, tipo assim, se a pessoa não souber ser bandido ela não sabe usar o *crack*, é assim eu acho que o craque procura pessoas rebeldes [...] (Grupo I).

[...]. O usuário de *crack* é visto como um marginal, ele é visto como o causador de todos os problemas da sociedade... quem usa *crack* é tratado como um marginal, então ele é rejeitado, ele é jogado (Grupo II).

Desta forma, a representação social que a droga assumiu é de destruição, de miséria, de praga que assola a humanidade. Os discursos demonstram o *crack* como a figura do próprio “demônio” incorporado na substância. Parece que é difícil admitir que o “demônio” é construído a partir da utilização da substância e que a droga é só um elemento inerte que, quando em contato com o ser humano, pode se transformar no “demônio” que o assola. Não será a relação deste homem com a droga que transforma a substância em um mal para si mesmo e para todos? Não será, a partir dos referenciais negativos que a substância possui em uma dada sociedade, o que impulsiona as pessoas a se identificarem com destruição e desgraça?

É conveniente aos usuários de drogas se reconhecerem e se fazerem reconhecer como usuários. Isto não inclui, simplesmente, consumir produtos com a reputação de ti-

rânicos, mas, também, incorporar os significados culturais configurados nas referidas situações de uso. Os efeitos psicológicos de uma determinada droga só atuam no psiquismo e na vida social de uma pessoa no momento em que ela os reconhece e incorpora no quadro de representações coletivas mobilizadas pelo grupo para descrever estes mesmo efeitos e definir as condições adequadas para atingi-los (BECKER, 2008).

Para Macrae (2010), os usuários de drogas são vistos como sendo um risco para a sociedade, deixando-se de atentar para como estas substâncias têm interferido na sua vida, excluindo este usuário cada vez mais e, naturalmente, incitando-o novamente ao abuso de drogas.

Os discursos, portanto, apontam para uma perspectiva de que o problema com o uso de *crack* não se configura apenas na substância em si, mas na construção “demoníaca” que a droga possui em um dado contexto social construído pelo homem, este homem que está, necessariamente, posto em um âmbito sociocultural de uso e de representações construídas em torno do uso das drogas.

Como destaca Giddens (1996), as estruturas sociais são, a um só tempo, a pré-condição e o resultado inadvertido da atividade das pessoas. Estas as usam para se dedicarem às suas práticas sociais cotidianas e, assim fazendo, não podem senão reproduzir inadvertidamente estas mesmas estruturas. Assim, como destaca Bergeron (2012), o consumo do usuário de drogas participa de um modo de vida que expressa características semelhantes a outros modelos de vida, à existência de tradições, códigos, normas de comportamentos e o usuário desenvolve competências sociais para evoluir em seu

consumo e aprimorar as atividades ligadas a ele. Isto inclui atividades que, relacionadas ao circuito do mercado ilegal, exigem, dos usuários, táticas que compreendem riscos, sanções e desafios.

Quais os significados que ele (usuário) possui na sociedade? De quem é a responsabilidade pelos problemas advindos da relação de uso com a droga, do homem ou da droga? O homem contemporâneo experimenta o intenso prazer e parece não querer se responsabilizar pelas consequências sociais que isto venha a acarretar, inclusive, as consequências para si mesmo. Assim, põe a responsabilidade na droga e nos seus efeitos psicoativos.

Os usuários são vistos como marginais e, por vezes, se expressam, também, em uma postura marginal para se incluírem nos grupos de uso. Há um reforço social que os direciona à marginalidade, paradoxalmente, na busca pelo intenso prazer almejado pela sociedade. A representação, reforçada socialmente, de destruição e degradação dos usuários de *crack* ofusca a compreensão de que a estrutura social a que estão submetidos tem relevância na construção das identidades individuais e sociais das pessoas que procuram se afirmar como aqueles que consomem e que necessitam de prazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pensar na problemática relacionada ao consumo do *crack* na contemporaneidade não pode estar restrito à miopia conceitual de que são os efeitos psicoativos da droga que engendram todas as consequências nocivas decorrentes desta relação do homem com ela.

Os sentidos e significados que entrelaçam esta relação, assim como os construtos sociais inscritos, têm íntima relação com a forma como serão experimentados os efeitos da droga pela pessoa assim como responsáveis pelo desdobramentos desta relação no social.

As formas de organização social da contemporaneidade têm estreita relação com o modo de o homem reconfigurar sua relação com as substâncias psicoativas. Uma sociedade que se norteia pelo consumo em massa, pela busca incessante do prazer, pela efemeridade com que se relaciona com os objetos e como constitui as suas formas de relações interpessoais fugazes e passageiras encontra, em uma droga como o *crack*, que impetra no organismo humano um efeito rápido, intenso e prazeroso, um canal para se fazer reconhecido e referenciado, partícipe da comunhão social.

Os sentidos idiossincráticos que os usuários atribuem ao uso e aos significados sociais em torno do *crack* têm estreita relação com a maneira como os usuários configurarão suas experiências. As representações que este consumo tem na sociedade assumem um papel imprescindível na compreensão dos problemas que surgem com o consumo bem como apontam para as suas respectivas soluções. Efêmeras ou não.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. F. **O caminho das pedras**: conhecendo melhor os usuários de *crack* do município de Recife – PE. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2010.

BANCO MUNDIAL. **Prioridades em saúde:** o Banco Internacional para Reconstrução e Desenvolvimento. Washington DC, 2006.

BAUMAN, Z. **Vida para o consumo:** a transformação das pessoas em mercadoria. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BAUMAN, Z. **Vidas desperdiçadas.** Rio de Janeiro: Zahar, 2005.

BECKER, H. S. **Outsiders:** estudos da sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BERGERON, H. **A sociologia da droga.** Aparecida-SP: Ideia & Letras, 2012.

CAPRA, F. **A teia da vida:** uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. São Paulo: Cultrix, 1996.

CARLINI, A. E. *et al.* **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país, 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

CARLINI, A. E. *et al.* **II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil:** estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas; UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2005.

CARNEIRO, H. Autonomia e heteronomia nos estados alterados de consciência. In: LABATE, B. C. *et al.* (Org). **Drogas e cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA. 2008. p. 65-90.

DARTIGUES, A. **O que é fenomenologia.** São Paulo: Cortez, 1992.

DELEUZE, G. **Proust e os signos**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O anti-Édipo: capitalismo e esquizofrenia**. São Paulo: 34, 2010.

GALDURÓZ, J. C. F.; CAETANO, R. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26 (supl I), p. 3-6, 2004.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analysing research texts. **Nursing Inquiry**, v. 7, p. 112-119, 2000.

GIDDENS, A. **Times higher educacion supplement**. Londres, 13 dez. 1996.

GONZÁLEZ, F. L. R. **Pesquisa qualitativa em Psicologia: caminhos e desafios**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografia do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

LABATE, B. C. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: Edufba, 2008.

LIMA, L. P.; FONSECA, V. A. S.; RIBEIRO, M. Neurobiologia da dependência do crack. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 143-160.

LIPOVETSKY, G. **A sociedade da decepção**. Bacurí, SP: Manole, 2007.

LIPOVETSKY, G. **O império do efêmero: a moda e seu destino nas sociedades modernas**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

LURIA, A. O desenvolvimento do significado das palavras na ontogênese. In: _____. **Pensamento e linguagem**: as últimas conferências de Luria. Porto Alegre: Artes Médicas. 1986. p. 43-56.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D. (Col.). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 27-37.

MARRAS, S. Do natural ao social: as substâncias em meio estável. In: LABATE, B. C. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 155-186.

MELCOP, A. G. T. Vamos por aqui? os desafios da abordagem de redução de danos nas violências no trânsito. In: BURNING, E. *et al.* (Org.). **Álcool e redução de danos**: uma abordagem inovadora para países em transição. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 85-102.

NAPPO, S. A.; GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R. Crack use in São Paulo. **Subst Use Misuse**, v. 31, p. 565-579, 1996.

NOTO, A. R. *et al.* Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 51, n. 2, p. 113-121, 2002.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. *Crack* na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev Psiq Clín.**, v. 35, n. 6, p. 212-218, 2008.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de *crack*. In: LARANJEIRA, R.; RIBEIRO, M. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 51-56.

RICOUER, P. **Do texto à ação**: ensaios de hermenêutica II. Portugal: Rés, 1991.

SILVA, H. A. Abordagem fenomenológica-hermenêutica. **ÁGORA - Revista Eletrônica**, v. 5, n. 10, p. 54-58, jun. 2010. Disponível em: <http://agora.ceedo.com.br/agora10/abordagemfenomenologica_hermeneutica_HenriquetaAlvesdaSilva.pdf>. Acesso em: 1 abr. 2013.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1992.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. *et al.* (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.

WAZLAWICK, P.; CAMARGO, D.; MAHEIRIE, K. Significados e sentidos da música: uma breve “composição” a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 105-113, jan./abr. 2007.

CAPÍTULO 11

A FAMÍLIA NO ENFRENTAMENTO DO PROBLEMA DO *CRACK*: ENTRELACANDO VULNERABILIDADE SOCIAL, RESILIÊNCIA E PROTEÇÃO SOCIAL

Leny Alves Bomfim Trad

INTRODUÇÃO

Depois de passadas duas décadas do surgimento do *crack* no mercado ilegal brasileiro e, a despeito da lacuna em termos de bases empíricas que possam precisar sua magnitude, pode-se afirmar que os problemas associados com o tráfico e o consumo desta substância se tornaram mais complexos, aportando novas dificuldades e desafios para os vários segmentos que, direta ou indiretamente, são afetados por este fenômeno (BASTOS, 2012; RAUPP; ADORNO 2011).

No que se refere ao perfil dos usuários de *crack* no país, os dados ainda são incipientes, mas estudos disponíveis indicam um predomínio de jovens, de baixa renda e do sexo masculino (DUAILIBI *et al.*, 2008). Constata-se uma concentração do consumo entre os moradores/população de rua que se aglomeram nas denominadas “cracolândias” presentes na maioria das grandes cidades brasileiras. Quanto a este aspecto, convém fazer algumas ressalvas.

Em primeiro lugar, cabe considerar que boa parte dessa população não é usuária de *crack*, ainda que o custo relativamente baixo desta droga tenha colaborado para torná-la popular neste universo já marcado pela exclusão social (RAUPP; ADORNO, 2011). Em sentido inverso, muitos usuários, certamente, não são moradores de rua; ao menos não eram quando passaram a consumir o *crack*. Neste sentido, as análises sobre a expressão deste fenômeno centradas nas “cenas de uso” podem oferecer uma visão bastante limitada das singularidades contextuais e biográficas dos usuários retratados sob este enquadramento.

Ao refletir sobre as configurações que assume o fenômeno do *crack* nos espaços urbanos brasileiros, é interessante estabelecer alguns paralelos com a realidade descrita por Philippe Bourgois (2007), na sua célebre etnografia realizada no East Harlem, Nova York, e publicada em 1995 (*Search of respect: seeling crack in el barrio*). Sua pesquisa teve início em um momento histórico em que o *crack* começava a dar sinais de sua presença na cidade e que, graças aos reflexos que este fato produziu nas sociabilidades de rua e nos circuitos informais da economia urbana, a mídia local traduziu sua chegada como “epidemia de *crack*” (DE LUCCA, 2011).

A linha argumentativa adotada por Bourgois (2006) para tratar do fenômeno da droga, se alinha às perspectivas socioantropológicas de análise centradas no tripé substância, indivíduo e contexto, e rechaça hipóteses baseadas no determinismo biomédico ou farmacológico para explicar dependência, efeitos do consumo etc. Dos três elementos referidos, o contexto adquire peso significativo na etnografia realizada por Bourgois (2007) em que a questão das drogas é analisada

dentro de um quadro social mais amplo de marginalização social e de exclusão no qual se localizam os guetos urbanos onde se concentram pobreza e violência.

Na resenha primorosa que De Lucca (2011) preparou sobre a etnografia de Bourgois, antes mencionada, são destacadas peculiaridades dos cenários abordados pelo autor em seu estudo as quais podem, perfeitamente, ser acionadas para se referir ao contexto brasileiro, particularmente, nos grandes centros urbanos:

O sentimento de um espaço público tomado por uma agressiva minoria juvenil, com a qual a maioria dos habitantes permanecia sob o medo dentro de seus apartamentos e escolas, numa postura claramente defensiva [...] pequenos criminosos, vendedores e usuários de droga convertem-se em agentes de uma destruição da qual não estão, de modo algum, incólumes [...] o cotidiano de brigas familiares, os acertos de contas entre comerciantes e consumidores, as batidas policiais, as disputas com traficantes concorrentes, tudo isso fazia as ruas do bairro tomarem a feição de um campo de batalha para se marcar posições, adquirir reputações e 'ser alguém' [...] (DE LUCCA, 2011, p. 247-248).

A atitude defensiva dos moradores do *East Harlem/* NY perante o sentimento de invasão do espaço público, observada por Bourgois, encontra eco na nossa realidade. Bas-

tos (2012) sublinha o fato de que, à medida que as cenas públicas de venda e consumo do *crack* no Brasil extrapolaram o espaço das comunidades pobres e adentraram espaços urbanos, contíguos aos *locus* de circulação das classes médias, o fenômeno adquiriu muito mais visibilidade, graças, também, à ação da mídia.

Outros aspectos também soam familiares para quem vem conduzindo pesquisas em ambientes urbanos brasileiros que lidam quase corriqueiramente com a pobreza, a violência e o descaso das autoridades públicas. A propósito, a partir da experiência acumulada em estudos de cunho etnográfico em bairros populares de Salvador²⁸, é possível apontar alguns elementos que marcam a relação das famílias com o problema das drogas nestes territórios. Em um contexto no qual a violência integra, de forma permanente, a cena cotidiana, o principal temor expresso por mães e pais (ausente de muitos lares do universo pesquisado) é de que seus filhos sejam enredados nas armadilhas postas pelos grupos criminosos que operam à margem do controle do Estado, particularmente aqueles vinculados com a produção e comercialização das drogas.

Apreende-se certo sentimento de impotência das famílias ante a “atração” exercida pelas lideranças do tráfico ou modalidades outras de organizações ilícitas presentes no bairro ou nas vizinhanças. É curioso e preocupante constatar que os sentidos e significados mobilizados ao tratar do tema da violência diferem quando referidos ao espaço urbano e

28 Desde 2005, o Grupo Comunidade, Família e Saúde (FASA) realiza pesquisas abordando itinerários terapêuticos, redes sociais, violência e discriminação racial, entre outros aspectos, em três bairros populares de Salvador que têm em comum o fato de estarem situados em áreas relativamente centrais da cidade e, ao menos em dois deles, contíguas a bairros de classe média.

domiciliar. Observa-se, aqui, uma tendência a invisibilizar os episódios de violência intrafamiliar vistos como uma questão de “fórum privado”.

A truculência policial expressa nas abordagens de adolescentes e jovens destas comunidades, a experiência relativamente frequente de exposição à violência doméstica e, não menos importante, o apelo ao consumo de produtos que, no imaginário desses jovens, podem aproximá-los do universo da juventude de classe média, são ingredientes poderosos nesta disputa desigual travada entre a família e os grupos envolvidos com drogas e outras formas de criminalidade.

Os registros mais recentes (dos dois últimos anos) já indicam a penetração progressiva do *crack* nas pautas de consumo de jovens e adultos destas comunidades. É certo que a magnitude do problema se amplifica enormemente com a ajuda da mídia, contudo, é determinante, na produção do pânico na sociedade brasileira, a difusão de dados que indicam o *crack* como droga de ação especialmente rápida, em termos de efeitos e instalação de dependência, e que atrai jovens, adolescentes e mesmo as crianças (BASTOS, 2012).

Estudos que investigaram a relação entre família e drogas apontam outros elementos que podem se somar aos descritos há pouco, tais como: a existência de desestruturação familiar; a impossibilidade de introjetar uma figura paterna estável ou a ausência de um modelo de pai com o qual pudessem se identificar (pessoas psicologicamente órfãs), “pais omissos ou agressivos”, famílias que se revelam muito permissivas frente ao uso de drogas, muitas vezes, em função de pais e mães que são usuários frequentes de álcool e substâncias psicoativas legais, como medicamentos ansiolíticos,

bastante populares entre mulheres que sofrem de depressão (FARIAS; FUREGATO, 2005).

Ao tempo em que se reconhece a importância dos aspectos assinalados até aqui, que abrangem, principalmente, dimensões microssociais, ressalta-se a necessidade de considerar a sua conjugação com fatores macroestruturais, especialmente relativos à ação e intervenção do Estado e da sociedade brasileira. Cabe enfatizar que o panorama político e socioeconômico brasileiro, a despeito de certo avanço no que diz respeito à desigualdade social entre os diferentes grupos populacionais, ainda preserva dispositivos potentes de marginalização e exclusão social. A pobreza, a precariedade laboral, a violência estrutural, as dificuldades de acesso a serviços básicos de qualidade (saúde, educação, lazer etc.) seguem como realidade para muitas famílias.

Ante o desafio que é dimensionar, de um lado, os aspectos que possam implicar um grau maior ou menor de vulnerabilização dos grupos afetados e, do outro, a capacidade destes mesmos grupos de reagir perante as adversidades ou, em um plano mais amplo, a potência dos mecanismos de proteção social disponíveis, convém explorar os enlaces possíveis entre vulnerabilidade, resiliência e proteção social.

Marandola Júnior e Hogan (2006) lembram que a literatura contemporânea fez menção à importância de debates sobre a relação entre “vulnerabilidade”, “adaptação” e “resiliência”, conceitos acionados por diferentes tradições e comunidades de pesquisa, principalmente, em discussões sobre riscos. Consideramos que as observações também se aplicam ao recompor esta tríade deixando-se de fora a questão da adaptação e incorporando-se o tema da proteção social.

Adota-se, na discussão feita a seguir, uma perspectiva relacional que articula três níveis de análise relativos aos seguintes elementos: os fatores, condições ou contextos fragilizantes (*vulnerabilidade*), a capacidade de resposta das pessoas e famílias (*resiliência*), os dispositivos formais (providos pelo Estado) ou informais (estratégias advindas das famílias e redes sociais) que visam à proteção ante os infortúnios, adversidades etc. (*proteção social*).

Parte-se da hipótese de que a intensidade disruptiva do problema das drogas em geral ou do *crack*, em particular, no seio da família, seja em situações de consumo seja no envolvimento com a comercialização dos produtos, ou ambas, pode variar de acordo com as combinações entre estes três elementos.

Vulnerabilidade, vulnerabilidade social – conceitos e modelos de análise

Rápida pesquisa bibliográfica é suficiente para atestar a tendência de incremento dos estudos sobre vulnerabilidade no cenário nacional e internacional. Uma hipótese promissora para explicar tal tendência é oferecida por Marandola Júnior e Hogan que atribuem o crescente interesse pelo conceito de vulnerabilidade ao fato de este se revelar promissor para operacionalizar a compreensão “das alterações na própria tessitura social e geográfica que imprime modificações na relação risco/proteção ou segurança/insegurança no atual estágio da modernidade” (2006, p. 34).

Com efeito, a “vulnerabilidade é a *idée force* condutora das ações, análises e propostas” para tratar de um con-

junto de temas em torno “da crise de confiança” que envolve a ruptura dos valores tradicionais (implicados na crescente desagregação familiar e no questionamento do papel da religião), dos sistemas políticos, econômicos, jurídicos e sociais etc. (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006, p. 34).

Cabe esclarecer que a intenção, neste segmento, não é expressar uma ampla revisão sobre o conceito de vulnerabilidade, situando os múltiplos pressupostos teóricos e metodológicos empregados em campos diversos, como a Demografia, a Geografia, a Sociologia etc. O objetivo é bem mais modesto e consiste em situar, brevemente, a incorporação desta categoria no campo da saúde, explicitando, em seguida, definições pinçadas da literatura especializada consideradas convergentes com nossos pontos de vista e posicionamentos epistemológicos.

No campo da saúde, a incorporação e a valorização da ideia de vulnerabilidade ocorrem na conjectura da produção sobre o fenômeno da AIDS. O trabalho de Mann, Tarantola e Netter (1993), publicado na coletânea *Aids no mundo*, pode ser considerado um marco neste processo. Os autores chamaram a atenção para estratos sociais que se encontravam especialmente vulneráveis à infecção pelo HIV e AIDS, a exemplo dos homossexuais e usuários de drogas, e, assim, se encontravam sujeitos a processos de discriminação social, em decorrência do forte conteúdo moral vinculado a esta enfermidade. Emerge daí o conceito de “grupo de risco” que reverberou por muito tempo nos estudos sobre a epidemia de AIDS.

Em termos práticos, Mann, Tarantola e Netter (1993) propuseram uma metodologia para avaliar a vulnerabilidade

à infecção pelo HIV e aids, centrada, particularmente, na análise do comportamento individual, considerado determinante neste processo, mas que deveria levar em conta as esferas do coletivo e do social. O eixo individual privilegia uma autoavaliação acerca das possibilidades de ocorrência de transmissão da doença, abrangendo questões que visam a mensurar o nível de conhecimento, as pautas de comportamentos, o *status* social etc. A vulnerabilidade coletiva se refere à avaliação da capacidade estrutural e funcional dos programas de controle da epidemia e a vulnerabilidade social consiste na avaliação das realidades sociais por meio de indicadores do Programa de Desenvolvimento das Nações Unidas. Finalmente, os autores propõem a aplicação de um sistema de escores que permite classificar a vulnerabilidade como alta, média e baixa. Nesta perspectiva, enfatizam a necessidade de que as pessoas se responsabilizem pela prevenção da doença, imputando a elas esta tarefa.

Em 1999, foram publicados, no Brasil, dois artigos trazendo propostas alternativas ao modelo de Main *et al.*, há pouco referido, ambos no campo dos estudos sobre AIDS, e que têm em comum a importância atribuída às dimensões sociais. O estudo de Paris (1999) adota uma perspectiva psicossocial, ao examinar o universo de mulheres com aids. Com base em uma crítica à centralidade conferida por Main *et al.* a fatores comportamentais e cognitivos referentes à pessoa, Paris formula um conceito de vulnerabilidade mais abrangente e que articula dimensões micro e macrossociais, definido em três elementos: a desigualdade de renda, educação e de acesso à serviços; aspectos fisiológicos e decorrentes das relações de gênero na sociedade; e aspectos simbólicos

que abrangem, especialmente, os significados socialmente constituídos sobre risco no imaginário social.

O segundo trabalho, de Ayres *et al.* (1999), expressa uma tipologia que, em princípio, guarda semelhança com a proposição de Main *et al.* (1999), mas difere desta ao incorporar o elemento programático e, principalmente, ao enfatizar que a determinação da vulnerabilidade individual ou coletiva guarda relação com um vínculo de interdependência dos aspectos individuais, institucionais e sociais. Neste modelo, a centralidade da pessoa cede lugar à dialética individual-coletivo e as características contextuais auferem visão pública. Os autores vislumbram três dimensões relativas à determinação da vulnerabilidade: social, programática ou institucional e individual. O eixo social inclui condições sociais e econômicas, acesso à informação, à educação, à assistência social e à saúde, a garantia de respeito aos direitos humanos e a situação sociopolítica e cultural da pessoa. Podemos pensar aqui em termos de capital econômico e simbólico. O primeiro nível é especialmente relevante quando se trabalha em universo marcado pela pobreza e pela violência cotidiana.

O eixo programático ou institucional inclui a análise ou avaliação das políticas públicas e programas voltados para a prevenção, controle e assistência dos grupos em questão. Neste item, podem ser compreendidos indicadores clássicos de avaliação de programas como cobertura, acesso e acessibilidade, efetividade, qualidade etc., forma como as pessoas, grupos, segmentos ou famílias organizam seus repertórios simbólicos ou materiais para responder aos desafios e adversidades provenientes das modificações dinâmicas, políticas

e estruturais que ocorrem na sociedade, de forma a realizarem adequações e ocupações de determinadas posições de enunciação nos jogos de poder da organização simbólica e política.

Os princípios expostos adquirem contornos mais aplicados no trabalho de Figueiredo e Ayres (2002), que descrevem uma proposta de intervenção realizada em uma favela de São Paulo voltada para a redução da vulnerabilidade de mulheres às doenças de transmissão sexual na comunidade. Apresenta-se aqui um elemento até então pouco referido na literatura mencionada. Trata-se do tema das necessidades. Os autores verificaram que as estratégias que respondiam às necessidades e interesses da comunidade, além daquelas que respondiam às representações sobre essas enfermidades tiveram sucesso, o que mostra a importância de se aproximar da população e conhecer suas necessidades, já que existem possibilidades de encontrar opções de intervenção às vulnerabilidades.

Ainda no campo das DST/AIDS, cabe destacar as contribuições de Paiva *et al.* (2002) no que se refere à necessidade de superação das noções de “grupo de risco” e de “comportamentos de risco”, na explicação e/ou compreensão do fenômeno bem como a ênfase conferida pelos autores a estratégias de Educação em saúde, baseadas em modelos participativos e dialógicos que envolvem pessoas, comunidades e profissionais de saúde no enfrentamento da vulnerabilidade.

O reconhecimento de necessidades específicas e a busca de soluções compartilhadas se mostram, também, como princípios-chave, quando pensamos no enfrentamen-

to do problema do *crack* por usuários, famílias, comunidades ou serviços de saúde. Este ponto será retomado mais adiante.

É consenso na literatura o reconhecimento do caráter multifacetado do conceito de vulnerabilidade social e de sua aplicação em campos diversos, como urbanismo, demografia, serviço social, saúde, educação etc. Na literatura nacional, é bastante referida a definição de Abramovay (2002) para quem a vulnerabilidade social é uma situação na qual se configura insuficiência de recursos e habilidades de um determinado grupo social para lidar com as oportunidades oferecidas pela sociedade.

Tendo como referência o tema do enfrentamento do problema do *crack* pela família, seja do ponto de vista da prevenção ao consumo ou do enfrentamento em situações de dependência e uso abusivo, revela-se especialmente útil um modelo analítico que permita a apreensão dos múltiplos fatores que influenciam o grau de vulnerabilização de pessoas, famílias ou comunidades, distinguindo-se, ainda, atributos referentes aos sujeitos e contextos envolvidos e as interdependências destes dois níveis de análise.

Cunha *et al.* (2004, p. 7) ressaltam o fato de que o conceito de vulnerabilidade social carece de maior aprofundamento e validação empírica bem como de contraposições mais refinadas com outros conceitos – como segregação socioespacial, pobreza ou exclusão social. Os autores chamam a atenção para o fato de que o reconhecimento do caráter multifacetado da vulnerabilidade pressupõe a recusa em operar “com uma categoria dicotômica do tipo vulnerável *versus* não vulnerável”. Sugere-se a adoção de um gradiente de situações com suporte pelo qual seja possível identificar

as “debilidades” inerentes aos diversos segmentos socioespaciais da população em foco. Na elaboração deste gradiente faz-se necessário o mapeamento das fontes dos ativos disponíveis para as pessoas e/ou famílias.

Em consonância com estes pressupostos, Cunha *et al.* (2004) destacam a concepção de Kaztman (2000, p. 7) segundo quem a vulnerabilidade pode ser entendida como “a incapacidade de uma pessoa ou de um domicílio para aproveitar-se das oportunidades, disponíveis em distintos âmbitos sócio-econômicos, para melhorar sua situação de bem-estar ou impedir sua deterioração”. Revela-se especialmente fértil a taxonomia extraída de Kaztman, constando os elementos a serem considerados no dimensionamento da vulnerabilidade de indivíduos e famílias:

- 1) Capital físico: envolvendo todos os meios essenciais para a busca de bem-estar. Estes poderiam ainda ser divididos em capital físico propriamente dito (moradia, terra, máquinas, animais, bens duráveis relevantes para a reprodução social); ou capital financeiro, cuja característica seria as altas liquidez e multifuncionalidade, envolvendo poupança e crédito, além de formas de seguro e proteção; 2) Capital humano: incluiria o trabalho como ativo principal e o valor a ele agregado pelos investimentos em saúde e educação, os quais implicariam maior ou menor capacidade física para o trabalho, qualificação; 3) Capital social: incluiria as redes de reciprocidade, confiança,

contatos e acesso à informação. Nas palavras dos autores, seria ‘o menos alienável de todos os capitais e cujo uso se encontra fortemente imbricado e limitado pela própria rede de relações que define esta forma de capital’. (KAZTMAN, 1999, p. 10-11 apud CUNHA *et al.*, 2004, p. 7).

Convém ressaltar que o mesmo Kaztman (2000, p. 5) enfatiza, entre as fontes mais significativas de produção de vulnerabilidade social, na atualidade, a precariedade e a instabilidade laboral intimamente ligadas ao funcionamento do mercado e à fragilidade dos mecanismos de proteção social. Esta última, conforme salienta o autor, reflete, a uma só vez, o atrofiamiento desta função por parte do Estado e a debilidade experimentada por instituições primordiais como a família e a comunidade.

Resiliência e proteção: ponderações sobre potências e responsabilidades na interface Família-Estado

A resiliência constitui um termo que foi tomado de empréstimo à Física na qual é definida como “a capacidade de um corpo que sofre um impacto de retornar a sua forma original” e que adquiriu, no campo da Ecologia, o sentido de “capacidade de um ecossistema de se recuperar de perturbações, retornando a sua configuração original” (MARANDOLA JR.; HOGAN, 2006, p. 40).

Com base na revisão realizada por Werner (1995) em torno das diferentes concepções presentes na literatura sobre resiliência, são identificados três sentidos principais associados ao termo. O primeiro se refere à capacidade da

pessoa ou da família de manifestar respostas desenvolvimentais adequadas, a despeito da presença de riscos ambientais que poderiam comprometer este processo. A segunda foca, basicamente, na avaliação em termos da manutenção de determinadas competências individuais e coletivas em um contexto de adversidades. O último sentido concerne à capacidade de a pessoa ou a família se recuperar das adversidades enfrentadas ao longo de sua trajetória vital.

Pensando na aplicação do conceito no contexto familiar, Walsh propõe que “o foco da resiliência em família deve procurar identificar e implementar os processos chaves que possibilitam às famílias, não só lidar mais eficientemente com situações de crise ou estresse permanente, mas saírem fortalecidas das mesmas” (1996, p. 263). É especialmente útil o conceito de “funcionamento familiar efetivo”, proposto por Walsh (1996; 2005), que privilegia, no seu modelo, três níveis de análise: o sistema de crenças da família, os padrões de organização e os processos de comunicação. A autora ressalta que estes elementos devem ser manejados de modo flexível e dinâmico ao se dimensionar a resiliência familiar, tendo em vista a diversidade de expressão deste fenômeno e os fatores específicos ligados aos contextos familiares, seus padrões histórico-culturais etc.

Relativamente à proteção social, constata-se, de imediato, certa polissemia em torno da sua utilização a qual pode remeter, em termos mais amplos, ao direito a serviços e benefícios e, em termos mais específicos, a programas e ações vinculados a instituições públicas ou privadas que visam ao enfrentamento de situações de privação, risco e vulnerabilidade (VAITSMAN *et al.*, 2009).

Di Giovanni (1998, p. 12-13) define a proteção social como o conjunto dos meios de alocação de recursos à provisão e aos cuidados das pessoas por meio da interação público e privado. O meio público corresponde ao Estado na função de organizador, gestor e normatizador de políticas públicas de regulação social para o conjunto da sociedade e de políticas de caráter social para grupos sociais específicos. Os meios privados são identificados como mercantil e não mercantil. A modalidade não mercantil corresponde aos vínculos tradicionais, incluindo, neste último, a família.

Em termos mais aplicados, o autor se refere a sistemas de proteção social os quais reúnem as formas organizativas que as sociedades encontram para proteger seus membros, formas que podem se mostrar de modo mais ou menos formalizado, mais ou menos inclusivo e que, certamente, podem variar segundo condições históricas e culturais específicas de cada sociedade. A despeito destas variações, podem ser distinguidas três modalidades: *a tradição*, que envolve as práticas baseadas na caridade, solidariedade e fraternidade, práticas exercidas pela família, comunidade e instituições religiosas; *a troca*, que se refere às relações econômicas e à aquisição de bens e serviços no mercado; *a autoridade*, que corresponde à modalidade de proteção política. É destacado, por certo, um relativo desequilíbrio no compartilhamento das funções envolvendo estas três modalidades de proteção social, com predominância de uma ou outra forma em determinados períodos históricos.

A modalidade *autoridade* compete primordialmente ao Estado. No contexto contemporâneo, a proteção exercida pelo Estado se dá, principalmente, “por meio de políticas

públicas com o intuito de definir e executar medidas de caráter prescritivo, normativo e operativo, exercendo um poder de eleger e discriminar escolhas, objetos e grupos de destino”. (DI GIOVANNI, 1998, p. 13).

Ao traçar uma linha evolutiva da proteção social no Brasil, desde o ponto de vista do Ser estatal, encontramos que a disseminação dos programas de transferência condicionada de renda se constitui como estratégia central nas últimas décadas. Observam-se, contudo, mudanças recentes no manejo desta estratégia e do próprio sentido acerca da assistência social que passa a adquirir “um espectro bem mais amplo, envolvendo a formação de capital humano e redução da pobreza de longo prazo”, uma “virada em relação à assistência social tradicional” (COHEN; FRANCO, 2006).

Além disso, seja no campo da assistência social ou da saúde, o Brasil vem investindo, paulatinamente, em mecanismos de corresponsabilização, envolvendo agentes do Estado, comunidades e famílias, e na gestão dos problemas e condução de ações. No caso da saúde, estes princípios podem ser facilmente reconhecidos entre as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família e na Política Nacional de Humanização em Saúde.

Orientado pelo intento de incrementar o compartilhamento da proteção pública com as demais instâncias de proteção, o Estado passou a investir em políticas públicas pautadas na familiarização, na exaltação das solidariedades familiares que, em termos práticos, implicou a ampliação da responsabilidade da família na provisão dos seus membros (GRISOTTI; GELINSKI, 2010).

Neste ponto, cabe reforçar a importância de se aprofundar as reflexões sobre atribuições, capacidade de resposta, recursos e estratégias acionadas e efetividade ou eficiência relativas ao binômio Estado-Família, no tocante à função proteção social. Por um lado, corrobora-se a tese de Bilac (1995, p. 50) de que a família constitui um sujeito ativo, capaz de definir o seu espaço de ação, “o seu agir sobre si mesma” e, embora leve em conta a existência do Estado enquanto desenvolve suas práticas cotidianas, não atua apenas “no vazio” deixado por este. Conforme salienta esta autora, a autonomia da família é especialmente exercida quando esta tem que lidar com situações nas quais elementos-chave da vida em sociedade, como trabalho, consumo e cidadania, se expressam de forma desarticulada. Configura-se, pois, um contexto que pode favorecer o estabelecimento de “pontes” não institucionalizadas ou não convencionais de proteção social.

Por outro lado, constitui condição *sine qua non* considerar o quadro social que afeta um número significativo de famílias brasileiras marcado pela pobreza, violência e exclusão social. Entendendo que a compreensão sobre os processos de exclusão e de vulnerabilidade não pode se restringir a marcadores econômicos, a exemplo da condição de pobreza, demanda noções mais amplas que contemplem processos de sujeição do pobre às condições a ele impostas, seja no mercado de trabalho seja na sociedade, implicando acesso pleno à cidadania. (GRISOTTI; GELINSKI, 2010).

Além disso, é preciso reconhecer que as transformações mais recentes na estrutura e dinâmica familiar atingem e modificam os tradicionais mecanismos de solidariedade

familiar, acarretando uma interação limitada e precária no interior da família (TRAD, 2010; ALENCAR, 2004). Ao ponderar a respeito das potências e fragilidades da família, concorda-se com Pereira-Pereira quando ressalta que:

a família como qualquer instituição social, deve ser encarada como uma unidade simultaneamente forte e fraca. Forte, porque ela é de fato um *locus* privilegiado de solidariedades no qual os indivíduos podem encontrar refúgio contra o desamparo e a insegurança da existência. Forte, ainda, porque é nela que se dá, de regra, a reprodução humana, a socialização das crianças e a transmissão de ensinamentos. (2004, p. 109).

Reiteramos aqui a posição defendida em trabalho anterior (TRAD, 2010), no que se refere à necessidade de encontrar um ponto de equilíbrio no processo de definição de atribuições e responsabilidades do Estado e da Família no tocante à proteção social. Trata-se de recusar duas posições extremadas. A primeira, na qual o Estado transfere, quase que completamente, para a família a responsabilidade pela proteção social dos seus membros, com o agravante de não serem oferecidos suportes adicionais à família para que ela possa fazer frente às demandas inerentes à dita função. A outra, situada no extremo oposto, seria orientada por uma abordagem paternalista que tende a esvaziar a capacidade responsiva da família, fragilizando sua posição de sujeito social. (TRAD, 2010).

A inclusão da família nas ações de prevenção ou assistência no campo das drogas

A importância de incorporação da família nas análises sobre o fenômeno das drogas bem como no contexto de políticas e programas de caráter sócio-sanitário está claramente posta na literatura (TRAD, 2010; SCHENKER; MINAYO, 2005; 2004; FARIAS; FUREGATO; 2005). Desde o ponto de vista do tratamento, são referidas as evidências científicas que apontam para as vantagens diagnósticas e terapêuticas associadas à realização de atendimento conjunto do adicto e de sua família (SCHENKER; MINAYO, 2004).

Por outro lado, são identificados alguns limites em enfoque familiares adotados, os quais seguem atrelados “à epistemologia mais antiga do pensamento sistêmico ao pretender trabalhar habilidades e operacionalizar condutas da família”, deixando de considerar a “formação dos vínculos familiares”, assim como o “terapeuta na produção de qualquer material junto com a família”. (2004, p. 659).

As limitações não se restringem ao âmbito terapêutico. Na esfera da promoção da saúde e prevenção do uso abusivo, deparamos com equipes de saúde não preparadas para lidar com os determinantes sociais que permeiam a problemática das drogas e que não detêm os conhecimentos e habilidades requeridas para mobilizar estratégias que integrem usuários, famílias e comunidade no mapeamento de necessidades, problemas e opções para a transformação das situações adversas.

Apresentamos, então, a oportunidade de adotar, também no plano da ação de enfrentamento do problema das

drogas, incluindo o *crack*, um enfoque familiar pautado na perspectiva relacional em torno da tríade vulnerabilidade, resiliência e proteção social. Acrescentamos, neste momento, o ingrediente da intersectorialidade que agregaria, ao menos, quatro setores considerados estratégicos na problemática em foco: saúde, educação, assistência social e segurança pública.

A primeira tarefa a ser encarada nesta empreitada consiste no delineamento do grau de vulnerabilidade das famílias que residem nos territórios sob a responsabilidade dos setores referidos. Seguindo a taxonomia de Kaztman, antes referida, cabe dimensionar o capital físico, humano e social dos coletivos em foco. Nesta avaliação, deve-se combinar atributos das famílias e dos territórios e/ou do contexto social mais amplo nos quais elas estão inseridas.

Em paralelo, cabe identificar o grau de resiliência familiar perante as limitações e situações disruptivas, como a violência ou o uso abusivo de drogas entre seus membros. Recorrendo aos níveis de análise propostos por Walsh (1996; 2005), deve-se contextualizar o sistema de crenças das famílias (por exemplo, apreendendo sentidos sobre drogas, dependência etc.), seus padrões de organização (responsáveis pela provisão de recursos, cuidado das crianças etc.) e os perfis de comunicação entre seus membros (potencialidades e limites nos diálogos intrafamiliares etc.).

A terceira tarefa-chave consiste em traçar potencialidades e limites concernentes ao eixo da proteção social, envolvendo, principalmente, duas das modalidades referidas por Di Giovanni (1998): a *autoridade* e a *tradição*. Em relação à primeira, caberia mapear os mecanismos ou dispositivos de proteção social às famílias adotados pelas quatro

instâncias estatais envolvidas no plano de ação intersetorial – saúde, educação, assistência social e segurança pública – indicando seus pontos fortes e fracos. Com respeito à segunda, as instâncias não institucionalizadas que integram a rede de suporte – família, vizinhos, redes de amigos, redes religiosas etc.

Convém enfatizar o fato de que as ações propostas devem estar conectadas à realidade vivida pelas famílias, reconhecendo seus limites e potencialidades. Conforme salientou Sérgio Trad (2010), projetos que pretendem incluir famílias e comunidade nas ações de enfrentamento do problema das drogas não podem prescindir da aproximação aos espaços familiares e comunitários onde transitam os jovens – usuários ou potenciais usuários.

A observação da vida cotidiana de usuários de drogas e de seus componentes familiares pode ajudar, aos profissionais que atuam em projetos na área de prevenção ou assistência neste campo, a desmitificar alguns dos estereótipos que os serviços reproduzem sobre o fenômeno da drogadição. Atuar favorecendo a troca de conhecimentos e experiências ou o apoio solidário entre profissionais de saúde e os diferentes usuários e grupos familiares atendidos se revela um caminho promissor rumo à construção de uma prática inclusiva (TRAD, 2010).

Para concluir, enfatizamos o repúdio a qualquer modelo de intervenção, no campo das drogas, que não esteja alinhado com o respeito à dignidade humana e o direito dos usuários, famílias e comunidades de participarem ativamente da busca de solução aos associados com este fenômeno. A adoção do dispositivo de “internamento compulsório” prati-

cado no contexto da política de enfrentamento do *crack* no Brasil fere frontalmente estes fundamentos.

Mencionada estratégia se ampara retoricamente em princípios de “defesa da ordem”, da “segurança pública” ou da “preservação da integridade física”, para justificar intervenções que se aplicam quase sempre aos grupos que detêm menor capital social e político. Reeditamos, ademais, os processos de estigmatização social comumente acionados para lidar com famílias e pessoas reconhecidas como desviantes perante os padrões de normalidade estabelecidos.

Concordamos integralmente com Bastos (2012, p. 1017) quando este ensina que “sejam quais forem as determinações do consumo abusivo/dependente de substâncias psicoativas, o estado e a sociedade têm o direito e o dever de submeter as políticas públicas e as opções terapêuticas ao escrutínio da pesquisa empírica e da reflexão crítica”.

Acrescentamos aqui a ideia de que esta reflexão é entendida como um exercício que não se restringe aos especialistas no campo jurídico, da saúde ou da pesquisa científica. Apoiando-se em uma perspectiva emancipadora e de defesa da cidadania plena, entende-se que este processo deve envolver o conjunto de agente afetados em maior ou menor proporção pelo problema do *crack*.

REFERÊNCIAS

ABRAMOVAY, M. et.al. **Juventude, violência e vulnerabilidade social na América Latina: desafios para políticas públicas**. Brasília: UNESCO, 2002.

ALENCAR, M. M. T. Transformações econômicas e sociais no Brasil dos anos 1990 e seu impacto no âmbito familiar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direito**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 61-77.

AYRES, J. R. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempo de AIDS. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. São Paulo: 34, 1999.

BASTOS, F. I. Crack no Brasil: uma emergência de saúde (Editorial). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p. 1016-1017, 2012.

BILAC, E. D. Sobre as transformações das estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. In: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (Org.). **Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira**. São Paulo: Loyola, 1995. p. 43-61.

BOURGOIS, P. **Enquête de respect: le crack à New York**. Paris: Seuil, 2007.

BOURGOIS, P. Pensando la pobreza en el gueto: resistencia y autodestrucción en el apartheid norteamericano. **Etnografías contemporâneas**, v. 2, n. 2, p. 25-43, 2006.

CUNHA, J. M. P. *et al.* A vulnerabilidade social no contexto metropolitano: o caso de Campinas. In: ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS, 14. Caxambu, 2004. **Anais...** Campinas, ABEP, 2004.

DE LUCCA, D. *Crack*, exclusão e sociabilidade. **Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar**, São Carlos, Departamento e Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFSCar, n. 1, p. 245-249, 2011.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado & políticas de emprego no Brasil**. Campinas: Unicamp/IE, 1998. p. 9-20.

DUAILIBI, L. B. *et al.* Profile of cocaine and crack users in Brazil. **Cad Saúde Pública**, v. 24 (Suppl 4), p. 545-557, 2008.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. C. M. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/AIDS em São Paulo, SP. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 1-17, 2002.

GRISOTTI, M.; GELINSKI, C. R. O. G. Visões parciais da pobreza e políticas sociais recentes no Brasil. **Rev. Katál. Florianópolis**, v. 13, n. 2, p. 210-219, jul./dez. 2010.

KAZTMAN, R. **Notas sobre la medición de la vulnerabilidad social**. México: BID-BIRF-CEPAL, 2000. Borrador para discusión. 5 Taller regional, la medición de la pobreza, métodos e aplicaciones. Disponível em: <www.eclac.cl/deype/noticias/proyectos>.

KAZTMAN, R. Seducidos y abandonados: el aislamiento social de los pobres urbanos. **Revista de la CEPAL**, Santiago do Chile, n. 75, p. 171-189, dec. 2001.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1993. p. 276-300.

MARANDOLA JÚNIOR, E.; HOGAN, D. J. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 33-43, 2006.

PAIVA, V. *et al.* Jovens e adolescentes em tempos de AIDS: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. **Rev Psicol USP** [online], v. 13, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: ago. 2013.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Hist Ciênc Saúde Manguinhos**, v. 8, n. 3, 2001.

PARIS, S. M. J. Aspectos psicossociais e a vulnerabilidade feminina. **Folha Médica**, v. 18, n. 1, p. 41-45, 1999.

PEREIRA-PEREIRA, P. A. Mudanças estruturais, política social e papel da família: crítica ao pluralismo de bem-estar. In: SALES, M. A.; MATOS, M. C.; LEAL, M. C. (Org.). **Política social, família e juventude: uma questão de direitos**. São Paulo: Cortez, 2004. p. 25-42.

RAUPP, L.; ADORNO, R. C. F. Circuitos de uso de *crack* na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 5, p. 2613-2622, 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, 2004.

TRAD, S. N. S. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: TRAD, Leny A. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

VAITSMAN, J. *et al.* Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

WALSH, F. The concept of family resilience: crisis and challenge. **Family Process**, v. 35, n. 3, p. 261-281, 1996.

WERNER, E. E. Resilience in development: current directions. **Psychological Science**, v. 4, n. 3, p. 81-85, jun. 1995.

CAPÍTULO 12

O OLHAR DOS FAMILIARES AOS USUÁRIOS DE *CRACK*: SENTIDOS, SIGNIFICADOS E EXPERIÊNCIAS

Milena Lima de Paula
Danielle Christina Moura dos Santos
Leny Alves Bomfim Trad
Indara Cavalcante Bezerra
Jardelyne Corrêa da Penha
Maria Salete Bessa Jorge

1 INTRODUÇÃO

Os resultados encontrados na literatura recente acerca da relação entre família e drogas corroboram a sistematização apresentada por Schenker e Minayo (2004), focalizando trabalhos (produzidos entre 1995 e 2002) que abordaram o papel ou a corresponsabilidade da família frente ao uso indevido e abusivo de drogas, particularmente, entre adolescentes. Na produção analisada, foram identificados os seguintes pontos de convergência: a) a existência de uma série de fatores familiares associados ao processo adictivo; b) que situações de ruptura familiar, estresse e perdas podem contribuir para o uso abusivo de drogas e overdoses; c) que é importante considerar modelos parentais na compreensão sobre o uso de álcool e outras drogas; d) que o abuso de drogas pode auxiliar a manutenção da homeostase familiar ou

pode servir como uma forma de mobilizar os pais do adicto para tratamento; e e) que os membros da família se influenciam mutuamente no que se refere a comportamentos que perpetuem o abuso de substância psicoativas.

Outros estudos apontam que a dinâmica familiar também pode minimizar os riscos do uso de drogas quando há o monitoramento dos filhos, imposição de limites, promoção do diálogo e demonstração de afeto (OLIVEIRA; BITTENCOURT; CARMO, 2008). Quando o uso de drogas já está ocorrendo, a família também assume papel de grande importância, pois pode atuar como motivadora para o usuário iniciar e manter um tratamento. Segundo Almeida (2010), quando os usuários percebem que podem reconquistar seus laços familiares, geralmente desgastados pelos conflitos decorrentes do uso de drogas, sentem-se motivados para se engajar em um tratamento.

Além disso, a motivação do usuário para iniciar e se manter em um tratamento pode ser maior quando a família também está engajada em tratamento relacionado à problemática de uso de drogas. Sobre este ponto, Seadi e Oliveira (2009) consideram equivocado o entendimento de algumas famílias de que o tratamento relacionado ao uso de drogas só pode começar quando o usuário se encontra plenamente motivado.

Corroborando com a idéia acima, Jorge *et al.* (2008) ressaltam que a família é o principal recurso para a reabilitação psicossocial do usuário, especialmente quando os familiares passam a compreender a terapêutica adotada no tratamento e a colaborar neste processo, oferecendo afeto e apoio e incentivando o sujeito a participar e se manter no

tratamento. Este fato também contribui para a melhoria do relacionamento familiar.

Por outro lado, é importante considerar a sobrecarga que o enfrentamento dos problemas relacionados com a dependência de drogas pode representar para a família, seja no plano emocional ou financeiro. A sobrecarga física e emocional pode derivar tanto das tensões e conflitos familiares associados ao consumo de drogas quanto do fato de que demandas relacionadas com o enfrentamento do problema, incluindo aquelas relativas ao tratamento, recaiam sobre uma única pessoa na família. No plano financeiro, cabe considerar os custos com medicamentos ou tratamentos especializados, especialmente para as famílias pobres, que parecem ser majoritárias quando se trata do convívio com o *crack*. Tal fato aponta para a necessidade de pensar em estratégias de atenção que possam dar suporte às famílias dos usuários do serviço (BORBA; SCHWARTZ; KANTORSKI, 2008).

A despeito do conjunto de evidências que reafirmam a importância da família na configuração do problema das drogas, as famílias dos usuários de drogas são muitas vezes negligenciadas no planejamento e prestação de serviços (BUTLER; BAULD, 2005). No contexto brasileiro, a partir da década de noventa e da criação da Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SENAD), emergiram propostas específicas de inclusão da família nos serviços de saúde. Esta tendência refletiu a adesão, no bojo das estratégias que foram sendo adotadas a partir de então, ao modelo de redução de danos o qual enfatiza a importância do resgate dos controles sociais informais, através do fortalecimento da rede de apoio (TRAD, S., 2010).

Podem ser destacadas, dentre as iniciativas que alavancaram o enfoque comunitário e familiar, a criação do programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas (2002) e, como desdobramento deste, a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPSad). O referido programa definiu como prioridade ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador. Quanto aos CAPSad, seguindo a linha que já orientava os CAPS em geral, estes devem contemplar entre seus dispositivos o “atendimento à família” e “atividades comunitárias enfocando a integração do paciente na comunidade e sua inserção familiar e social” (BRASIL, 2003).

No que se refere à produção científica que aborda a relação drogas e família cabe assinalar que, tanto no panorama internacional quanto no nacional, predominam os estudos de base epidemiológica e que se centram na influência que a família exerce nos processos de iniciação ao uso de drogas, uso problemático, dependência etc. São escassas as pesquisas que abordam os sentidos e significados relacionados ao usuário de drogas no seio das famílias, considerando, entre outros aspectos, como estes podem incidir positiva ou negativamente para a procura e manutenção de um tratamento. Foram relegados pelos estudos a compreensão acerca das estratégias que utiliza a família para enfrentar o problema da dependência química bem como dos processos cognitivos que respaldam suas ações (NUNO-GUTIERREZ; GONZALEZ-FORTEZA, 2004).

Dentre as produções qualitativas que abordaram a questão dos significados das drogas no âmbito familiar, des-

taca-se, de imediato, pela sua originalidade e relevância, o trabalho de Silva *et al.* (2008), que teve como foco de análise um conjunto de cinco filmes cujos temas centrais, giravam em torno desta problemática (*Bicho de sete cabeças*, *Traffic*, *Réquiem para um sonho*, *Trainspotting – sem limites* e *Diário de um adolescente*). Os cinco filmes selecionados focalizaram tanto o uso das drogas lícitas quanto das ilícitas: maconha, tabaco, álcool; heroína, álcool, tabaco; anfetaminas, cocaína. Assim como na vida real, o álcool se destaca como a droga mais comumente utilizada pelos personagens dos filmes.

Os autores chamam a atenção para o fato de muitos sentimentos e reações das famílias frente ao uso de drogas retratadas nos filmes se assemelharem àqueles observados na prática clínica em relação aos familiares de dependentes de drogas. Destacam-se a insegurança, a raiva, a agressividade, a impotência, a indiferença, o medo, a frustração e a culpa, evidenciando a angústia e a dificuldade das famílias para lidar com o problema do uso de drogas.

Outro elemento que reproduz a realidade observada fora das telas diz respeito às diferenças de significados e comportamentos relativos ao uso tanto de drogas lícitas quanto de ilícitas. No caso das primeiras, como álcool ou anfetaminas, seu uso pode ser visto como parte da cultura familiar sendo relativamente comum como recurso para lidar com situações de estresse. O fenômeno não é reconhecido como fonte de aprendizado para os filhos. Em contrapartida, a descoberta do uso das drogas ilícitas pelos adolescentes causa forte impacto familiar e expõe os conflitos, muitas vezes preexistentes, porém mascarados pela acomodação, indiferença ou descaso no sistema familiar.

A partir do reconhecimento da importância da família para o cuidado integral ao usuário de *crack* e do pressuposto de que a compreensão familiar sobre as drogas, incluindo crenças, valores morais etc., influencia as reações e comportamentos frente ao seu uso, este trabalho focaliza os significados, sentidos e experiências de familiares de usuários de *crack* que estejam em situação de tratamento. Considerou-se, ademais, que estas são dimensões secundarizadas na literatura sobre drogas. Os dados empíricos combinam narrativas de membros diversos de famílias que convivem com o crack, incluindo os usuários. São inseridos ainda, em momentos oportunos, depoimentos de profissionais de serviços de saúde. Pretende-se, a partir dos resultados obtidos no estudo, fornecer subsídios que possam orientar os profissionais de saúde, no que diz respeito às intervenções com familiares de usuários de *crack*.

Breves considerações conceituais e metodológicas

Ao problematizar a questão das drogas na esfera familiar, cabe reconhecer as configurações que adquire a família na contemporaneidade, com implicações sobre suas funções ou papéis sociais e interações com outras instituições da sociedade. As transformações da família ao longo dos tempos, seja do ponto de vista da sua estrutura ou composição ou em termos de sua organização e dinâmica relacional interna e externa, vêm sendo documentadas por especialistas de campos diversos: história, sociologia, antropologia, demografia etc.

Dentre as evidências produzidas em torno deste tema, dois pontos podem ser considerados consensuais. O

primeiro diz respeito ao imperativo de se reconhecer a família como um fenômeno plural que supõe um leque bastante variado de possibilidades (TRAD, L., 2010). Proclama-se, por conseguinte, a superação do modelo nuclear como padrão ideal ou representativo da família. São significativas, sobretudo, transformações relativas às relações de gênero e gerações no interior da família, implicando em redefinições em termos de papéis e autoridade parental.

Desde o ponto de vista da criança, família deve ser considerada aquela na qual a criança convive com alguém responsável por ela, podendo ser constituída por pais, avós, tios, irmãos e até mesmo outros indivíduos sem laços consanguíneos, pois serão estas pessoas que a criança terá como referência familiar (OLIVEIRA, 2009). Independente da faixa etária, critérios socioculturais têm prevalecido sobre marcadores biológicos, quando se trata de definir o sentido de família desde a perspectiva sociológica ou antropológica.

O quadro se aplica, perfeitamente, à realidade da família contemporânea brasileira cujo perfil atual reflete um processo relativamente acelerado de urbanização e modernização do país nas últimas décadas. Neste contexto, houve um avanço do número de divórcios, ocasionando um aumento de famílias recasadas ou recombinações e que agregam outros integrantes que não possuem vínculos de consanguinidade, emergiram as famílias constituídas por casais do mesmo sexo, ampliaram-se as famílias chefiadas por mulheres, especialmente, entre as classes populares (TRAD, L., 2010; ROSA, 2003).

O segundo aspecto sobre o qual há grande convergência se refere ao reconhecimento de que, a despeito das

transformações e/ou eventuais crises vivenciadas pela família, ela segue sendo, na contemporaneidade, um locus estratégico no processo de socialização dos indivíduos e de produção singular de sentidos, significados e práticas em torno da realidade social. A família, cujos valores e sistemas de códigos permitem ao indivíduo apreender e reproduzir sua realidade, segue sendo o ponto de referência (GONZÁLEZ, 1993). Ambos os pressupostos devem ser considerados, ao analisar as múltiplas dimensões que perpassam a relação entre droga e família.

Com relação às categorias centrais do estudo, *sentidos* e *significados*, Wazlawick, Camargo e Maheirie (2007), com base nas idéias propostas por Vygotsky (1987; 1992) e Luria (1986), argumentam que o significado está relacionado ao que foi construído ou vivenciado coletivamente através de experiências socioeconômicas, políticas e de vivências concretas. Já o sentido corresponderia ao vivido de maneira individualizada e singular; podendo, portanto, variar de pessoa para pessoa e em circunstâncias diversas. Tendo como referencial comum as idéias de Vigotsky (1987; 1992), esta distinção também é compartilhada por Maheirie (2003).

Assim, quando se vivencia a experiência de conviver com um usuário de *crack*, estabelece-se uma relação tanto com a rede de significados construídos no mundo social, em contextos coletivos amplos, quanto com os contextos individualizados da experiência pessoal e familiar (WAZLAWICK; CAMARGO; MAHEIRIE, 2007). Em conformidade com a distinção apresentada acima, os familiares portam significados sobre as drogas em geral ou sobre o *crack* em particular, que estão relacionados a experiências coletivas,

ou seja, a partir de estereótipos partilhados. Ao mesmo tempo, constroem sentidos que estão relacionados a experiências vividas individualmente, ou seja, a partir da convivência singular com o usuário de *crack* no seio da família.

No entanto, a observação empírica reforça o entendimento de que estes termos se relacionam e se influenciam mutuamente: o indivíduo não pode ignorar o seu contexto social na elaboração de seus sentidos, tampouco consegue se despir de sua experiência singular na construção dos significados. Os sentidos e os significados acerca das drogas expressos pelas famílias refletem suas experiências pessoais bem como as crenças partilhadas na sociedade.

Os termos sentidos e significados são construídos socialmente e culturalmente a partir da subjetividade humana. Desta forma, a subjetividade, não sendo estática, já que pode se modificar, é construída, ao longo da vida do ser humano, através de experiências e subjetividades sociais e individuais (REY, 2007).

O enquadre metodológico e o contexto de investigação segue, em linhas gerais, o que foi descrito no capítulo dois e que serviu de base comum para o conjunto de pesquisas empíricas que integram esta coletânea. Trata-se de um estudo qualitativo, crítico e reflexivo, realizado com trabalhadores, usuários e familiares em Centro de Atenção Psicossocial, álcool e outras drogas (CAPSad), unidades básicas de Saúde (UBS) e um centro de Narcóticos Anônimos (NAR-ANON) da cidade de Fortaleza. Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada e a análise de conteúdo possibilitou estabelecer convergências, divergências e complementaridades entre eles.

Foram selecionados, como participantes do estudo, 14 trabalhadores de saúde que atuavam no CAPSad; 6 trabalhadores de UBS das SER IV e V; 21 usuários em tratamento no CAPSad devido ao uso de *crack*; 2 usuários que eram acompanhados pela UBS; 4 familiares que acompanhavam seus familiares em CAPSad; e 3 familiares que participavam do NAR-ANON.

A partir da análise das narrativas, serão analisados, no escopo deste capítulo, os seguintes núcleos de sentidos: as motivações ou determinantes do uso de drogas; os efeitos ou consequências do uso/consumo do *crack*; as imagens construídas sobre os usuários; as associações entre *crack* e violência; os conflitos familiares e suas implicações sobre a qualidade dos vínculos familiares; e expectativas e experiências relativas ao tratamento. Estas dimensões serão analisadas no próximo tópico, tendo como referência o material empírico coletado junto aos familiares de usuários de *crack* (foco principal), aos usuários de *crack* (complementar) e aos profissionais dos CAPSad (pontual).

3 Sentidos, significados e experiências de usuários de *crack* e seus familiares

O Crack: determinantes do uso e seus efeitos

Ao refletir sobre as motivações que levaram o sujeito ao consumo do *crack*, um dos sentidos atribuídos pelos familiares de um dos usuários de *crack* foi o de “fuga”, frente a um conjunto de situações consideradas traumáticas, conforme narrativa abaixo:

[...] eu acredito que foi uma fuga dele, porque ele conheceu uma moça com 22 anos né, namoraram, mais ou menos em junho começaram a namorar e em dezembro ela já estava grávida, aí, o neném nasceu em setembro do outro ano, né, aí ela ficou na minha casa [...]. E ela simplesmente foi embora, aquilo já foi um baque na vida dele, aí, logo depois, isso foi em março, aí em setembro, meu marido já estava deprimido, tentou o suicídio com ele lá em casa, então, eu acho que foi, assim, uma mistura de coisas, aí ele começou ou foi pra alívio, sabe (Familiar).

Nesse caso, a família entendeu que o uso do *crack* ocorreu com o objetivo de esquecer os problemas que o sujeito estava vivenciando. A procura pela droga estaria relacionada ao alívio de sentimentos negativos associados com acontecimentos difíceis na vida daquela pessoa.

A questão da culpa também esteve presente nos relatos dos familiares, pois eles acreditam ou já acreditaram ser responsáveis pelo fato de seu filho abusar de substâncias psicoativas, como se pode observar nos relatos abaixo:

Eu achava que eu não tinha culpa, mas de tanto a minha família falar, alguns membros da minha família falar que eu tinha dado tudo que ele queria que não sei o que eu acho que eu dava amor demais, eu era pai e mãe, ele não conheceu o pai

dele, quando o pai dele morreu ele tinha sete meses, quase não teve nenhum contato com o pai, então eu tinha que fazer o papel de pai e mãe né, então eles começaram a me culpar né e eu já estava internalizando aquilo ali, tava achando que realmente eu tinha sido a culpada dele ter entrado na droga (Familiar 3).

O pai dele me abandonou quando ele era pequenininho e eu fui trabalhar numa casa, saía de manhãzinha e chegava só à noite, era domingo e feriado, eu trabalhava de doméstica e ainda trabalho, aí, era assim, né, eu chegava, ia fazer as coisas, o jantar, então acho que foi por isso esse problema (Familiar 2).

Para Sudbrack e Cestari (2005), é preciso desconstruir a crença de que a família é a culpada pelo desenvolvimento do uso de drogas. Neste sentido, é importante adotar uma visão sistêmica, reconhecendo a participação de outras variáveis que contribuíram para o problema.

A alusão a processos “demoníacos”, “destrutivos” e que conduzem à decadência “moral” ou “financeira” também ecoaram dos discursos dos familiares abordados pelo estudo. As reflexões sobre os efeitos do uso do *crack* destacaram, de modo recorrente, as consequências para as famílias. Alguns relatos aportavam uma análise mais ampla, discutindo as implicações para usuários, famílias e a sociedade em geral, incluindo situações de cunho criminoso, como assaltos ou mesmo homicídios:

Isso é uma coisa do cão, uma coisa do demônio mesmo, porque só a misericórdia... Eu sei o que traz para vida do ser humano, é só derrota para toda família, eu tenho sofrido muito com essas coisas, queria que ele se internasse (Familiar 4).

Eu acho, assim, que é destrutivo, né, destrutivo para o usuário e tem consequências para os familiares e sociedade, tem para ele e a saúde espiritual também, para família e financeira, também moral e pra sociedade e assim um transtorno muito grande para a sociedade porque em consequência do uso eles podem roubar, eles podem matar e é um problema social (Familiar 6).

As explicações acionadas para analisar os prejuízos relacionados ao *crack* se baseavam geralmente no modelo de causa e efeito. Eram ignorados outros aspectos que poderiam interferir com as situações descritas, como a relação que o sujeito estabelece com a droga e o próprio contexto em que vive, incluindo a sua dinâmica familiar.

Brusamarello *et al.* (2008) discutem que há uma associação entre uso de *crack* e prejuízos sociais e de saúde, no entanto, esta não é uma relação de causa e efeito, pois as drogas atuam de maneira singular em cada organismo e, sendo assim, não é possível a previsão das reais consequências. Os efeitos danosos do *crack* estão relacionados ao início do uso, frequência, quantidade bem como ao estado de saúde do indivíduo, mas, também, estão relacionados a fatores psicológicos e sociais.

Os significados assumem nuances distintas quando se trata de explicar a iniciação ao uso do *crack* ou o seu uso continuado. No primeiro caso, a curiosidade e a influência de amigos são fatores que adquirem relevo nos depoimentos. Quanto ao uso frequente, surgem aqui alusões ao “desenvolvimento de uma doença”, como também a referência explícita ao processo de dependência química:

[...]. Mas eu acredito que foi por conta da curiosidade, chegou um amigo e ofereceu, aí ele provou e não sabe que se pode desenvolver a doença e aí desenvolveram a doença, alguns desenvolvem, a maioria desenvolve a maioria, porque tem pessoas que provam e não ficam doentes não adoecem (Familiar 6).

É uma dependência química, quanto mais usa, mais tem vontade de usar... A pessoa que usa o *crack* é uma doença, né, mas eu acho que tem a tenção da pessoa querer parar, depende da pessoa para querer deixar (Familiar 5).

O sentido de “doença” é claramente reforçado pelos profissionais do CAPSad, cuja atuação se orienta, principalmente, pelo modelo biomédico. Por outro lado, eles reconhecem a importância de se trabalhar com a família dos usuários de drogas:

[...]. Aqui eles aprendem que isso [uso de *crack*] é uma doença, né... Porque isso é uma doença, por que a família está adoecida, tem que ter todo um acompanhamento com família [...] (Trabalhador 7).

Outros não têm condições de participar de grupo nenhum até se estabilizar [...] estabilizar é ter consciência do que ele está fazendo, ele ter consciência que ele tem uma doença (Trabalhador 10).

Considerar o abuso de droga como uma doença re-flete uma visão que limita o problema do abuso de drogas à sua dimensão orgânica, desconsiderando aspectos psicológicos e sociais, entre outros. Preocupa, especialmente, o dado referido no segundo depoimento, de que um pré-requisito para a participação do usuário de drogas nos grupos que se realizam no CAPSad é que haja a “consciência de que ele tem uma doença”.

Visões resultantes da medicalização progressiva da sociedade contribuem para cristalizar a posição do sujeito na condição de “doente” e “dependente” e dificulta a sua participação ativa no enfrentamento de problemas associados ao consumo de drogas. Este tipo de enquadre pode dificultar o tratamento, pois o sujeito precisa se implicar e ter autonomia para decidir, junto à equipe, o seu projeto terapêutico.

Imagens dos usuários: preconceitos e estigmas

Muitos familiares referiram que, antes de iniciarem tratamento no CAPS ad, consideravam o usuário de *crack* como um “sem-vergonha” e eram bastante descrentes quanto à possibilidade de que eles “abandonassem” o uso da droga. A convivência difícil ou conflitiva entre familiares e usuários parece contribuir na construção destes significados. Por outro lado, muitos discursos apenas reproduzem visões e preconceitos compartilhados socialmente e veiculados pela mídia:

Eles [familiares que não têm participação no tratamento] criticam muito, eles acham que é sem-vergonhice, mas eu entendi aqui que era uma doença [...]. Já tive até vontade de matar [...]. Acredita? Inicialmente o meu marido era muito revoltado. Assim, não aceitava porque eu sofria e ele não aceitava ele me vendo sofrer por causa dele, ele extorquindo dinheiro de mim, né, isso é um absurdo, ele é pra trabalhar e trazer dinheiro e é tirando dinheiro de você, ele devia tá trabalhando, ele disse que não acredita que seja doença, acha que ele [o usuário] é um sem-vergonha (Familiar 2).

Se ele não parar, eu acho que é o fim, ele tem pouco tempo de vida a pessoa fica cedo marginalizado [...] qualquer uso de droga, não é só o *crack* não, ele é marginalizado ele é visto como vagabundo, como um marginal (Familiar 4).

A partir do momento em que passam a participar de intervenções no CAPS ad, os familiares passam a significar o usuário de *crack* como um doente. Corroborando os depoimentos de profissionais mencionados anteriormente, eles enfatizaram que aprenderam no serviço que “o abuso de *crack* é uma doença”. Muitos informantes familiares consideram que, graças à interlocução com o CAPSad e à participação em atividades “aprenderam bastante sobre a doença,

e como lidar com esse doente”, o que contribuiu para a melhoria do enfrentamento do problema e, conseqüentemente, do relacionamento familiar.

[...]. Eu aprendi aqui que era uma doença
[...]. Eu estou aprendendo aqui no CAPS
como conviver com ele. Agora, eu estou
tendo uma relação boa com ele. Eu con-
verso com ele. Eu chamo ele. Vou deixar na
rede o de comer (Familiar 1).

Aqui vi realmente que isso é uma doença,
né, e que aprendi a lidar com ela, né, estou
preparada, né, quer dizer a pessoa, princi-
palmente a mãe nunca tá preparada, né, pra
uma recaída, né, né a gente não está a gen-
te, mas já entendo mais (Familiar 2).

Sudbrack e Cestari (2005) salientam que a mudança na percepção sobre o usuário, que deixa de ser visto como um sujeito perigoso para ser reconhecido como uma vítima, ocorre no momento em que se adquire a convicção que o abuso de drogas é um processo patológico. Conseqüentemente, o usuário passa a ser visto como doente, reforçando uma visão de impotência, da regulação dos corpos, do modelo repressivo-moral e das dimensões biológica e criminológica do problema.

Contudo, as intervenções direcionadas às famílias não devem se limitar à disponibilização de informações sobre o problema. Como advertem Azevedo e Miranda (2010), os

CAPS ad devem procurar desconstruir e reelaborar conceitos relacionados ao usuário e ao uso de *crack* nos espaços que contemplam a participação familiar. Tais estratégias vão incidir positivamente sobre as expectativas referentes ao tratamento.

Outro significado atribuído pelos familiares foi ver o usuário como um problema do qual eles precisam se livrar, principalmente através de uma internação, primeira alternativa procurada pela família:

[...]. A família, quando chega, quer internar ele, tipo assim: vou me livrar daquele problema, vou deixar ali [...]. Tem vez que a família quer só deixar o paciente aqui e pronto [...] (Trabalhador 8).

Eu queria tanto que surgisse uma lei, uma coisa, uma coisa [...] sei não, que pegasse essas pessoas embriagadas, drogadas, botasse num canto, que é difícil pra família, é difícil (Familiar 4).

Crack e violência: a “fissura” no centro das preocupações

Quando abordados a respeito do comportamento do usuário de *crack* no convívio familiar, a oscilação foi a tônica dominante: no discurso de muitos familiares: os sujeitos ora mantêm um bom relacionamento com a família ora demonstram agressividade. O comportamento violento foi descrito em situações nas quais o informante considerou que o sujeito estava sob efeito das drogas ou se encontrava na “fissura”:

Ele tem bom relacionamento comigo, com os amigos, com a comunidade, lá todo mundo gosta dele [...]. Estou sabendo lidar com ele porque tem que saber lidar, né, ninguém pode ir contra, ninguém pode bater de frente por que não dá, ele fica muito violento também quando usa o *crack* [...] (Familiar 5).

Olha, minha relação com ele sempre foi boa, tive sempre um relacionamento com ele muito bom e então depois que ele veio [de uma comunidade terapêutica], nosso relacionamento ficou muito melhor, ele me conta tudo [...]. Teve até uma vez que ele tava querendo sair e eu disse: você não vai sair [...]. Que eu vi que ele tava querendo procurar a droga e aí eu fui trancar a porta, né, pra tirar a chave, e ele me deu um empurrão, chegou a entortar a chave, quer dizer até isso você vê que ele nunca nem alterar a voz pra mim nunca tinha alterado, aí saiu [...] (Familiar 6).

De acordo com os discursos, o efeito do *crack* e a fissura levam a uma mudança brusca de comportamento, pois o sujeito passa a se comportar de forma bastante diferente da usual, dando a impressão de que o usuário não tem controle sobre seu comportamento quando faz uso de *crack* ou está em situação de fissura.

Nesse contexto, é comum a associação entre uso de *crack* e violência. No entanto, Minayo e Deslandes (1998) enfatizam que não existe uma relação causal direta entre a droga e a violência. Devem ser consideradas, na análise desta relação especialmente complexa, outras variáveis existentes no contexto do usuário.

O conceito de fissura é considerado ambíguo e impreciso. Contudo, as definições coincidem na referência a um desejo compulsivo de usar droga e à manifestação de ansiedade e agitação, portanto, não deve ser confundida com a abstinência, que é o aparecimento de sintomas devido à interrupção do uso. Dentre seus efeitos, destaca-se a perda da autonomia e da responsabilidade do usuário (SAPORI, 2010).

Ainda sobre a associação entre violência e uso de *crack*, é importante assinalar que o comportamento agressivo não ocorre apenas por parte do usuário. Em muitas ocasiões, as reações violentas partem dos familiares. Foram relatados episódios de agressões físicas aos usuários de *crack* perpetradas por membros de sua família, com o agravante de que algumas delas podem ser tipificadas como severas. As tensões e conflitos familiares que permeiam a convivência com o uso da droga emerge aqui como o caldo de cultivo da violência intrafamiliar:

[...]. Meu filho mais velho diz que tem que pegar ele e dá uma pisa bem boa neste sem-vergonha [...]. O meu marido diz também [...]. É perigoso fazer uma arte com o menino [...] (Familiar 2).

Antes de eu começar a assistir aqui as palestras, eu já tive vontade até de matar [...]. Ele chegava em casa com pedra, eu pegava ele pela orelha e fazia ele derramar tudo e dava descarga e eu dizia ‘mãe isso aqui é caro’, mais caro é a tua vida e a minha [...] (Familiar 1).

O envolvimento da família com o tratamento de usuários de *crack*, sobretudo a oportunidade de participar de atividades de sensibilização oferecidas pelo CAPSad desponta como um fator de reversão de comportamentos violentos por parte dos familiares.

O desgaste dos vínculos familiares

Os dados coletados apontam que a convivência geralmente conflituosa entre família e usuários de drogas pode contribuir para a elaboração de significados negativos relativos ao ente que abusa do *crack*. Também, foi relativamente recorrente a manifestação de ressentimentos e os familiares também relataram que aqueles são incapazes de sentir afeto por alguém, pois acreditam que eles não se importam com seus familiares e direcionam todos os seus esforços para conseguir a droga, preferindo o isolamento social, o que dificulta bastante a convivência.

[...]. Geralmente, a família diz que pessoas que são usuárias de drogas não têm amor, não consegue amar. É o que eles dizem, meu próprio filho diz [...]. ‘Eu tava afastando essas pessoas de mim. Eles acham

que eu queria só o *crack* na minha vida'
(Usuário 8).

Eu tenho vergonha de todos, eu sou assim quase igual a um bicho do mato, eu tenho dificuldades para muitas coisas, mas eu chego lá (Usuário 10).

De fato, há um estreitamento do repertório social do usuário de drogas, pois é comum que o interesse destes sujeitos se limite a situações relacionadas à busca e ao uso de droga e isto, muitas vezes, leva o usuário a perder contato com o seu grupo social, culminando com prejuízos profissionais e pessoais (MOREIRA, 2009).

Com relação a este aspecto, considerou-se positiva a visão apreendida dos trabalhadores do CAPSad investigados para os quais os relacionamentos problemáticos podem ser vistos tanto como uma das consequências do uso de *crack*, quanto podem representar um dos determinantes para o surgimento do problema. Foi referido, por exemplo, que as famílias desestruturadas podem favorecer o desenvolvimento do uso de drogas que, por sua vez, costuma agravar conflitos já existentes:

[...] atribuo, sim, a essa questão [uso de *crack*], à família desestruturada e tal, pai que bebe, é o tio que usa e já oferece ao sobrinho [...]. Muitos pais não sabem lidar com os filhos, não respeitam a individualidade dos outros, o que pode facilitar o uso de drogas (Trabalhador).

Nesse caso, a família funciona como um fator de risco para o comportamento do usuário de drogas. De acordo com Schenker e Minayo (2005), a família protege quando proporciona um ambiente saudável para seus membros. Porém, pode também ser um fator de risco, quando o ambiente é pouco suportivo, ou seja, quando não proporciona afeto, não estimula o diálogo e não realiza o monitoramento das atividades dos filhos.

Finalmente, um relacionamento desgastante, entre usuários e suas famílias, permeado por conflitos contribui para a fragilidade dos vínculos familiares, já que muitos dos usuários entrevistados relataram que já não possuíam contato com os seus familiares:

[...]. Minha família não aceitava, me afastou, se afastou de mim, as melhores pessoas da minha vida [...]. Você perde o vínculo com toda a sua família. Aí você se sente desprezado. Por causa do *crack*, né?! [...] (Usuário 9).

Ele [o *crack*] trouxe uma queda bastante para a minha pessoa, né, de confiança, de perder a confiança dos amigos, você não tem mais. Que amigo, você acha que não têm mais jeito. É e outras coisas mais, mãe, né, vem esposa, vem os filhos, né, você perde todo o vínculo com a sua família. (Usuário 10).

Através desses relatos, podemos notar que a perda do vínculo com os familiares e amigos é vivenciada com muito

sofrimento. A fragilização dos vínculos familiares influencia também na motivação para iniciar ou manter um tratamento, pois, sem apoio da família, os usuários não acreditam que possam obter eficácia em terapêuticas relacionadas às drogas.

É importante, também, reconhecer que não é o uso da droga, por si só, que provoca o distanciamento dos entes queridos ou das pessoas que integram, em termos mais amplos, a rede social do sujeito. Conforme se ilustrou em outros pontos do texto, os sujeitos que abusam do *crack* enfrentam vários preconceitos e barreiras em diferentes situações. Isto dificulta a inserção e integração destes sujeitos em muitos contextos sociais e acaba favorecendo o seu isolamento social.

Neste ponto, convém destacar a importância das redes sociais dos usuários de drogas, levando em conta sua morfologia, dinâmica e potencial de proteção ou de fragilização. Sousa, Kantorski e Mielke (2006) discutem que as redes sociais podem ser apoios contextuais, como a família, grupos e redes de amigos. Assim, a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas integra a rede social. Deste modo, as redes sociais englobam aqueles com quem há interação regularmente, envolvendo família, amigos, vizinhos, colegas de trabalho, pessoas que pertencem à mesma religião, e outros, ou seja, o conjunto de intercâmbios ou vínculos entre o indivíduo e as pessoas realmente significativas para ele. Os autores destacam, portanto, a importância de conhecer a rede de relações do indivíduo, porquanto esta se relaciona com o contexto de abuso da substância.

Cabe ressaltar que a família é apontada como elemento principal da rede de apoio dos usuários de drogas

(MOURA; SILVA; NOTO, 2009). Este entendimento também prevaleceu nos CAPSad investigados. Constatou-se que a equipe do CAPS entende o valor dos familiares para o sucesso do tratamento e busca resgatar os vínculos familiares, mesmo que estejam bastante fragilizados, procurando inserir a família em suas ações:

A família tem que estar junto [...]. É difícil sem a família compreender como é esse processo de tratamento e a pessoa acaba sem nenhum apoio. Por isso que é importante a presença do familiar (Trabalhador 7).

[...] Os profissionais daqui já convidaram minha esposa, minha mãe, para vir participar [...]. Aí tentaram entrar em contato com meu filho, pra ver o que ele podia fazer, porque nessas condições não podia ficar, mas eu pedindo a Deus até que ele nem atendesse (Usuário 4).

Azevedo e Miranda (2010) salientam que a família, quando devidamente estimulada e acompanhada, é a personagem que mais possui recursos para auxiliar o usuário de drogas, pois os familiares são os mais comprometidos com o problema e, geralmente, os únicos a se responsabilizarem pelos sujeitos que abusam de drogas. Neste sentido, é importante que os serviços de saúde invistam em estratégias que possam favorecer a reconstrução dos vínculos familiares.

O tratamento: expectativas e desafios na relação família e serviços e na construção da corresponsabilidade

De acordo com o relato dos profissionais, os familiares desejam uma solução rápida para o caso e, muitas vezes, não participam do tratamento por acreditarem que a melhora do usuário é de responsabilidade apenas do serviço.

Desse modo, além da disponibilidade de informações referentes ao abuso de *crack*, a equipe de profissionais do CAPS ad também deve proporcionar recursos para a desconstrução de significados negativos que as famílias frequentemente atribuem aos sujeitos que abusam de drogas, visto que tais significados podem contribuir para a não adesão dos usuários a tratamentos, pois estes podem acreditar que os trabalhadores do CAPS compartilham as mesmas ideias de seus familiares, o que pode aumentar o temor de serem julgados também nos serviços que oferecem tratamentos relacionados ao uso de *crack*.

Sobre a internação, Seadi e Oliveira (2009), em seu estudo com familiares de usuários, observaram que as famílias depositam uma alta expectativa de cura neste tipo de tratamento, principalmente quando o usuário não foi submetido ainda a nenhuma outra terapêutica. Em alguns casos, a internação também foi realizada de forma compulsória, ou seja, sem o consentimento do usuário.

Outra barreira existente na inserção dos familiares em tratamentos em CAPS ad está relacionada ao fato de que, em alguns casos, os usuários preferem que a família não tome conhecimento dos seus problemas com as drogas:

[...] acompanhado da família por quê? Se soubesse que eu uso (*crack*) [...]. Assim, por mim, eu não queria que eles soubessem disso não, pra mim, eu não achava interessante eles precisarem de tratamento não [...] (Usuário 8).

Minha família veio descobrir na véspera da minha primeira internação que eu usava o *crack*... Eu usava maconha, mas eu nunca cheguei a usar em casa, aí só depois que eu passei 5, 6 anos no *crack*. Veio uma complicaçãozinha a mais depois que eu tive uma vida conjugal, esposa e filhos (Usuário 13).

Desse modo, é fundamental que a equipe do CAPS ad trabalhe no sentido de fortalecer os vínculos familiares, tarefa que parece ser um desafio, já que a família, muitas vezes, procura o serviço em questão com a expectativa de que o usuário fique institucionalizado durante o tratamento, delegando a responsabilidade do cuidado ao usuário de *crack* apenas à equipe do CAPS, fato que pode ser identificado a partir do relato de um usuário e de um trabalhador, conforme segue:

Eles [os familiares] não se interessam muito não. Agora, pra me internar eles querem me internar, só isso... Já fizeram várias visitas lá [residência do usuário]... O pessoal lá de casa, eles gostam do pessoal daqui, mas eles não se interessam muito de ficar me acompanhando, sabe? (Usuário 12).

Existe uma resistência da família de estarem vindo ao serviço: 'Ah, mas eu não tenho tempo, ah, mas eu trabalho, ah, eu tenho uma vida muito ocupada' e acaba que depositam os pacientes aqui, os usuários aqui como se o CAPS fosse resolver todos os problemas (Trabalhador 6).

Dessa forma, a participação dos familiares no tratamento deve ser cuidadosamente planejada pela equipe de saúde do CAPS ad, para que a inserção das famílias não seja realizada sem o consentimento do usuário.

Conforme evidenciado no trabalho de Butler e Bauld (2005), pais de usuários de drogas enfrentam muitos obstáculos no acesso às redes de serviços de apoio, o que reflete, em muitos casos, a falta de consciência de suas necessidades por parte das entidades competentes. Os autores ressaltam, em suas conclusões, que é necessário desenvolver intervenções mais efetivas no suporte às famílias afetadas pelo uso de drogas bem como melhorar o conhecimento e a conscientização sobre este tema entre as instituições responsáveis pelo tratamento e outras organizações consideradas relevantes neste terreno.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De modo geral, os significados em torno da imagem do consumidor de *crack* oscilam em torno da díade delinquente-doente, reproduzindo, assim, os discursos médico e jurídico os quais seguem hegemônicos quando se trata do fenômeno das drogas. Concorde-se com Castel e Coppel

que, ao se cristalizar o usuário de *crack* em uma ou outra destas categorias, não se cria espaço para uma terceira possibilidade. Ao agir deste modo, os heterocontroles, aqueles de natureza não estatal, que incluem, certamente, a família, apenas reforçam a estigmatização dos usuários de drogas (CASTEL; COPPEL, 1994).

Cabe registrar que a atribuição da posição de “delinquente” para “doente”, em relação ao usuário de *crack*, vai se processando, à medida que os familiares interagem com o CAPSad no curso do tratamento, ou com instituições como a NAR-ANON que operam com base no RPI. Com efeito, orientado pelo modelo biomédico, o discurso dos trabalhadores dos CAPSad reiteram a percepção do usuário de *crack* como alguém “doente”. Quanto ao NAR-ANON, o limite reside na convicção de que a abstinência total é o único caminho para reconduzir o sujeito à situação de normalidade.

Certamente, significados negativos comumente atribuídos aos usuários de *crack* dificultam a procura desses sujeitos por um tratamento, uma vez que temem ser julgados ou constrangidos. Ainda com relação ao tratamento, é patente a expectativa de que este produza resultados rápidos e definitivos.

Por isso, os profissionais do CAPS ad e de outras instituições que atuam na assistência e/ou cuidado integral aos usuários de drogas, além de proporcionarem informações sobre a droga, devem trabalhar os significados atribuídos aos usuários, incluindo as suas próprias, contribuindo para a desconstrução de imagens que favorecem a estigmatização dos usuários e facilitando a elaboração de outros mais compatíveis com o tratamento.

Um dos grandes desafios que se apresentam para o conjunto de atores – famílias, comunidade, serviços, redes de suporte social – que lidam com a questão das drogas e produzem sentidos e práticas frente a este fenômeno, reside na superação de perspectivas reducionistas e limitantes deste fenômeno. São visões que sobredimensionam as dimensões biofarmacológicas do problema, desconsiderando a importância de outras dimensões, especialmente as de natureza sociocultural. Além disto, desconsideram a autonomia e potência do usuário, de sua família e de outros componentes de suas redes sociais de tomar decisões e atuar frente à questão das drogas.

Cabe, portanto, transformar os limites referidos de modo a fortalecer a imagem do usuário de *crack* como *pessoa* que se vê diante de uma situação de uso abusivo ou problemático de drogas que poderá ser enfrentada se se contar com uma rede de suporte social adequada.

Outro aspecto desafiador apontado pelo estudo se refere à presença de conflitos intrafamiliares de ordens diversas que tanto podem ser considerados como um dos determinantes do uso problemático de drogas como um dos seus efeitos. Em qualquer caso, ditos conflitos contribuem para a fragilização e até mesmo para a perda dos vínculos familiares. Relacionamentos familiares difíceis também parecem contribuir para a elaboração de significados negativos, preconceito e estigmas associados com as drogas. Neste sentido, o restabelecimento dos vínculos familiares, através do trabalho direto com as famílias, se revela outro componente importante a ser considerado na pretensão de oferecer um cuidado integral no campo das drogas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, R. B. F. **O caminho das pedras**: conhecendo melhor os usuários de *crack* do município de Recife-Pe. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Universidade de Pernambuco, Recife, 2010.

AZEVEDO, D. M.; MIRANDA, F. A. N. Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPS ad no município de Natal-RN: com a palavra a família. **Esc Anna Nery Enferm**, v. 14, n. 1, p. 56-63, jan./mar. 2010.

BORBA, L. O.; SCHWARTZ, E.; KANTORSKI, L. P. A sobrecarga da família que convive com a realidade do transtorno mental. **Rev. Act Paul Enferm**, v. 21, n. 4, p. 588-594, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção a Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRUSAMARELLO, T. *et al.* Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **SMAD. Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, fev. 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v4n1/v4n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2013.

BUTLER, R.; BAULD, L. The parents' experience: coping with drug use in the family. **Drugs: Education, Prevention, and Policy**, v. 12, n. 1, p. 35-45, 2005.

CASTEL, R.; COPPEL, A. Los controles de la toxicomanía. In: EHRENBERG, A. (Org.). **Individuos bajo influencia**. Buenos Aires: Nueva Visión, 1994. p. 221-238.

GONZÁLEZ, A. Família. In: AGUIRRE, A. B. (Ed.). **Dicionário Temático de Antropologia**. 2. ed. Barcelona: Boixareu Universitária, 1993.

JORGE, M. S. B. *et al.* Representações sociais das famílias e dos usuários sobre participação no tratamento de pessoas com transtorno mental. **Rev Esc Enferm USP**, v. 42, n. 1, p. 135-142, 2008.

MAHEIRIE, K. Processo de criação no saber musical: uma objetivação da subjetividade a partir dos trabalhos de Sartre e Vigotsky. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 147-153, 2003.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, n. 14, v. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998.

MOREIRA, E. C. Uso do *crack* nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: NERY FILHO, A. *et al.* (Org.). **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**. Coleção Drogas: Clínica e Cultura. Salvador: CETAD/UFBA, 2009. p. 113-121.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora, v. 3, n. 1, p. 31-46, jan./jun. 2009.

NUNO-GUTIERREZ, B. L.; GONZALEZ-FORTEZA, C. La representación social que orienta las decisiones paternas al afrontar el consumo de drogas de sus hijos. **Salud pública Méx**, v. 46, n. 2, p. 123-131, 2004.

OLIVEIRA, M. I. Fatores psicossociais e pedagógicos da indisciplina: da infância à adolescência. **Linhas Críticas**, Brasília, v. 15, n. 29, p. 289-305, jul./dez. 2009.

OLIVEIRA, E. B.; BITTENCOURT, L. P.; CARMO, A. C. A importância da família na prevenção do uso de drogas entre cri-

anças e adolescentes: papel materno. **SMAD. Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/129.pdf>>. Acesso em: 3 fev. 2013.

REY, F. G. As categorias de sentido, sentido pessoal e sentido subjetivo: sua evolução e diferenciação na teoria histórico-cultural. **Psic. da Ed.**, São Paulo, p. 155-179, jan./jun. 2007.

ROSA, L. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003.

SAPORI, L. F. (Coord.). **A problemática do crack na sociedade brasileira**: os impactos do crack na saúde pública e na segurança pública. Curso de Ciências Sociais da PUC Minas e Coordenador do CEPESP – Centro de Pesquisas em Segurança Pública da PUC, 2010.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. Fatores de risco e de proteção para o uso de droga na adolescência. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 707-717, 2005.

SEADI, S. M. S.; OLIVEIRA, M. da S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 363-378, 2009.

SILVA, E. A. *et al.* As drogas no âmbito familiar, sob a perspectiva do cinema. **Psicol. teor. prat.** [online], v. 10, n. 1, p. 214-222, 2008.

SOUSA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas

sob tratamento em CAPS ad. **SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e outras drogas**. v. 2, n. 1, p. 1-17, 2006. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2013.

SUDBRACK, M. F. O.; CESTARI, D. M. O modelo sistêmico e da educação para a saúde na prevenção da drogadição no contexto da escola: proposta do Projeto Piloto SENAD/MEC e UNB. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DO ADOLESCENTE, 2. **Anais...** São Paulo, 2005.

TRAD, L. A. B. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. In: _____. (Org.). **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. v. 1, p. 27-50.

TRAD, S. N. S. Princípios e desafios para a integração da família nas políticas de drogas. In: TRAD, L. A. B. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 179-197.

WAZLAWICK, P.; CAMARGO, D.; MAHEIRIE, K. Sentidos e significados da música: uma breve “composição” a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 105-113, jan/abr. 2007.

CAPÍTULO 13

REDE SOCIAL DE APOIO AO USUÁRIO DE *CRACK*: CONFIGURAÇÃO, POTENCIALIDADES E LIMITES

Renata Alves Albuquerque
Maria Saete Bessa Jorge
Milena Lima de Paula
Juliana Mara de Freitas Sena
Guilherme Bruno Fontes Vieira
Maria Raquel Rodrigues Carvalho

O conhecimento de como se estruturam as redes de pessoas representa um passo importante para o entendimento de suas trajetórias, de seu cotidiano, de suas estratégias de sobrevivência e para a compreensão dos processos sociais mais amplos.

A estrutura da rede de usuários de *crack* é permeada por pontos de apoio que auxiliam no cuidado em saúde, como as comunidades terapêuticas, os centros de atenção psicossocial para usuários de álcool e drogas, hospitais psiquiátricos, grupos de narcóticos anônimos, instituições religiosas, família, entre outros.

Cada ponto de apoio retrocitado possui sua lógica simbólico-cultural e suas regras de sociabilidade frequentemente remodeladas às atividades informalmente exercidas pelas pessoas nela inseridos. As atividades informais, muitas

vezes, vão de encontro à racionalidade e à ideologia formal da instituição de cuidado (LOMNITZ, 2009).

As relações intersubjetivas, ou seja, as maneiras como os trabalhadores e usuários se relacionam determinam se haverá reciprocidade no processo de produção de saúde ou intercâmbios meramente burocráticos. A compreensão das regras culturais que regem estas relações é, como nunca, essencial para construir a ideia de como funciona o cuidado em saúde ao usuário de *crack*.

Impende salientar ser, também, necessário, para a construção da ideia abordada no parágrafo anterior, o entendimento quanto à ideologia formal da instituição, principalmente no que se refere às concepções acerca das formas de repressão ao uso de drogas e de tolerância no que diz respeito à violação das normas estabelecidas.

Nesse sentido, objetiva-se analisar como se produz o cuidado em saúde ao usuário de *crack* nas diferentes redes sociais de apoio e suas articulações.

Para o alcance do objetivo proposto, optamos pela abordagem qualitativa, em uma perspectiva crítico-reflexiva.

Os locais da pesquisa foram dois centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS-ad), uma comunidade terapêutica (CT) e dois grupos de narcóticos anônimos (NA) das Secretarias Executivas Regionais IV e V, do Município de Fortaleza – Ceará.

Os participantes do estudo foram 27 usuários de *crack* maiores de 18 anos que estavam em tratamento nas instituições pesquisadas e 19 trabalhadores de saúde diretamente atuantes na atenção ao usuário de *crack* há, pelo menos, seis meses.

Utilizamos as técnicas da entrevista em profundidade e da observação sistemática. Na entrevista, expressamos uma questão norteadora e os desdobramentos emergiam durante a narração com emprego da linguagem do informante para complementar algo que não ficou claro (GOMES; MENDONÇA, 2002). Pela observação sistemática, buscaremos relacionar os dados encontrados nas entrevistas a fim de verificar se existia convergência desses dados com os praticados pelos trabalhadores no ato de atendimento aos usuários de *crack*.

Seguimos os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob nº 10724251-6.

Os dados foram analisados sob os pressupostos da Hermenêutica crítica, na concepção de Minayo (2010). Buscamos, com isto, as convergências, divergências e a complementaridade dos discursos, a partir das seguintes etapas do processo analítico: ordenação dos indicadores, classificação dos dados e análise final.

(Des)Articulação das redes sociais de apoio no cuidado aos usuários de *crack*

A rede de serviços de saúde deve perpassar todos os níveis do sistema, articulando ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde de um determinado território, de modo a permitir a interconexão de saberes, tecnologias e profissionais, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional,

harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária (SANTOS; ANDRADE; SILVA, 2008).

Prima que a rede deve estabelecer um diálogo crescente com as diversas áreas do conhecimento como forma de responder aos complexos desafios da produção da saúde. Ainda neste percurso, deve potencializar uma atenção integral que pressupõe incluir no cuidado outros valores que não somente aqueles a cargo da saúde.

A necessidade de integração da rede de atenção às pessoas que têm problemas com o *crack* visa a aumentar o acesso e o acolhimento, levando em conta o fato de que os locais de ação de saúde podem ser os diferentes lugares onde circulam os usuários de droga, como os equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos de rede de saúde, mas, também, de educação, trabalho e promoção social (BRASIL, 2004).

Os achados demonstram que é escassa a articulação da rede para o cuidado ao usuário de *crack*. Os usuários percorrem outras redes de apoio, além do CAPS-ad, como comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda, hospitais e grupos religiosos, contudo, é revelado que não há o esforço do diálogo entre os setores, caracterizando pontos de cuidado sem conexão. Desta forma, não é alcançada a plenitude do sentido horizontal de integralidade que dá base para o pensamento e a conceituação da rede de saúde no qual, além de o usuário ter a possibilidade de estar em vários serviços, estes deveriam caminhar juntos e articulados na produção do cuidado integral.

O que apreendemos nos discursos são usuários que perfazem sua trajetória no tratamento sem um encaminhamento

mento responsável e monitorado. As redes não ficam plenas, por não alcançarem sua articulação em busca de um cuidado integral.

A conexão entre as redes sociais de apoio é importante para as pessoas em sofrimento psíquico, sendo necessária a sua inserção em campos de sociabilidade mais amplos, tanto do ponto de vista da reconstituição de um cotidiano como, também, para auxiliar no tratamento, com suporte nos diversos dispositivos de apoio e solidariedade oferecidos por outros agentes não inscritos necessariamente no campo médico (FONTES, 2007).

Há a necessidade de trabalhar com pontos de rede que promovam maior autonomia, reorganizem a vida cotidiana bem como incluam a pessoa com transtorno mental nos diversos grupos sociais (VARELLA; LACERDA; MADEIRA, 2006).

A intersetorialidade, portanto, determina mudanças na organização tanto dos sistemas e serviços de saúde como em todos os outros setores da sociedade, além da necessidade de revisão do processo de formação dos profissionais atuantes nestas áreas. A equipe não deve ser mais entendida apenas como um conjunto de saberes que operam com compartimentalizados, mas sim com inter-relações que atuam em processos de trabalhos articulados, passando-se a compreender que as inter-relações adquirem caráter mais amplo, pois extrapolam o setor saúde e buscam novas parcerias com outras instituições em redes de atenção que auxiliem e garantam a eficácia na atenção à saúde dos usuários (JUNQUEIRA, 2000).

No discurso dos profissionais do CAPS-ad, há uma defesa de que existe articulação intersetorial, pelo fato de receberem usuários encaminhados dos hospitais psiquiátricos, de hospitais gerais, de unidades básicas de saúde e por meio de ordens judiciais. Tal achado não caracteriza, contudo, que haja articulação entre as redes, visto que não há trabalhos conjuntos entre as equipes. Ainda podemos supor que os encaminhamentos se realizam como tentativa de desafogamento de serviços ou pelo sentimento de incapacidade dos profissionais para o cuidado ao usuário de droga, que leva à busca de outra instituição que se responsabilize por esse usuário, quando, no entanto, o que deveria existir era a corresponsabilização pelo cuidado em saúde deste.

Vale ressaltar a existência de um esforço dos profissionais de saúde do CAPS-ad para que o usuário encaminhado para outra instituição seja realmente acolhido. Isto ocorre por uma articulação informal entre profissionais, realizada por meio de ligações para o serviço em busca de conseguir uma vaga. Enfatiza-se o fato de que este processo é algo não institucionalizado, realizado a critério e interesse do profissional de saúde que venha a atendê-lo.

Embasando-nos em Hartz e Contandriopoulos (2004), vemos que, por mais interessante que seja a tentativa de interação dos elementos de uma rede, o que a torna sustentável são os princípios organizacionais de um sistema de saúde coerentes com o projeto local. Um projeto clínico repleto de problemas e incertezas, muito comum na saúde, não se realiza apenas com acordos simples entre profissionais e organizações, sem ato normativo institucionalizado. Para falar em rede, os autores misturam duas leituras que

consideram indispensáveis: a estrutura organizacional voltada para a produção e a articulação de serviços e agentes em permanente renegociação de seus papéis. Assim emergiram novas soluções para velhos problemas.

Como ainda não temos a mistura necessária para resolver as questões, a dificuldade para conseguir local para atendimento é presente e não se localiza apenas nos serviços de saúde. Os profissionais relatam que, como o usuário de *crack* geralmente possui uma rede protetiva e de apoio muito pequena e desarticulada, em razão do rompimento pelo uso abusivo de drogas, tentam facilitar a reinserção social deste usuário ao buscar cursos profissionalizantes. Encontram, no entanto, barreiras na intersectorialidade. Acentuam, ainda, que existem intensos interesses políticos para que essa articulação não funcione a fim de que exista um retrocesso para o modelo de internação.

Ressalta-se que a desarticulação do CAPS-ad com os outros setores de cuidado que o usuário percorre vai de encontro à premissa defendida pela reforma psiquiátrica na qual o serviço de Saúde Mental deve ser reestruturado e constituído na consolidação das propostas de desinstitucionalização, centrando o modelo de cuidado da pessoa com transtorno mental na comunidade/território, havendo articulação entre os espaços.

Os cuidados ofertados aos usuários de *crack* devem ser efetivados por meio de uma rede. O Caps-ad faz parte desta rede e não é o único elemento. As ações do Caps-ad de cuidados aos usuários de *crack* devem ter caráter intersectorial e estar articuladas com ações no território que atinjam o acolhimento universal e incondicional dos usuários de *crack*, se-

jam eles crianças, adolescentes e/ou adultos em uso da substância; realizar desintoxicação ambulatorial de quadros leves e sem agravos clínicos; promover ações de matriciamento nos outros dispositivos da rede que desenvolvam atenção aos usuários de *crack*; realizar atenção à crise e fora de crise de usuários de *crack*; fazer a busca ativa dos pacientes que abandonaram o tratamento em articulação com a atenção básica (BRASIL, 2010).

Na comunidade terapêutica, também foi ressaltada, no discurso dos trabalhadores, a dificuldade de estabelecer uma articulação intersetorial. Há um processo de encaminhamento informal, quando necessitam de medicação, ou do CAPS para a comunidade terapêutica, quando verificam a necessidade de internação.

A informalidade dos processos de articulação entre os serviços de tratamento em saúde ao usuário de *crack*, mais uma vez, se apresenta, também, no contexto da comunidade terapêutica. A articulação intersetorial é realmente um nó na rede de cuidado do usuário de *crack* e desfazê-lo deve ser, mais do que um desafio, uma realidade para a maior efetividade do cuidado a este sujeito.

Após a análise da articulação entre as redes de apoio, iremos, agora, delinear como se produz o cuidado em saúde ao usuário de *crack* em três modelos de tratamento escolhidos para o estudo: CAPS-ad, CT e NA.

CAPS AD

O acesso perpassa o conceito de saúde assegurado na Constituição brasileira Constitui-se como um direito de

cidadania a ser garantido pelo Estado. A universalidade do acesso do usuário de droga à atenção implica um modelo de cuidado ético e equânime, direcionado pela inclusão social. O impasse vivenciado com a concretização do acesso universal aos serviços de saúde, contudo, requer esforços constantes com vistas a fortalecer o cuidado em saúde como um bem público, formulado dentro de uma prática participativa, na qual o usuário de *crack* se insere (ASSIS; VILLA; NASCIMENTO, 2003).

Nas entrevistas, compreende-se que os CAPS-ad oferecem aos usuários de *crack* acesso ao tratamento/acompanhamento por demanda espontânea. É fato que alguns usuários advêm de encaminhamentos da atenção básica, de hospitais psiquiátricos, hospitais gerais, por meio de ordem judicial, o que é um aspecto importante, porquanto mostra que os trabalhadores de outros serviços estão identificando usuários de substâncias psicoativas nos territórios e estão reconhecendo o CAPS-ad como possibilidade de cuidado a estes sujeitos. Tal achado, no entanto, não caracteriza a existência de articulação entre as redes de cuidado, visto que não há trabalhos conjuntos entre as equipes.

O acesso ao usuário de *crack* nas diversas modalidades de serviços de saúde ainda é seletivo, excludente e focalizado, havendo um descompasso da legislação relativamente à legitimidade social. Como bem destacam Fontanella e Turato (2002), várias são as barreiras para que um dependente químico acesse os serviços de saúde. Em países em desenvolvimento como o Brasil, a própria oferta de serviços ainda é bastante precária: tanto o acesso aos serviços de saúde, sejam serviços de atenção primária ou de atenção especializada em

saúde, quanto as interações estão muito distantes da imensa demanda. Também existem, todavia, as barreiras subjetivas constituídas com origem no imaginário da sociedade acerca dos usuários de drogas, que impedem, significativamente, a procura de tratamento.

Ao restringir o atendimento do usuário de *crack* ao CAPS-ad, seja por barreira subjetiva ou física, a universalização da atenção à saúde se traduz em um sistema segmentado e desarticulado no âmbito interno e externo da organização do sistema como um todo.

O acesso dos usuários de drogas aos cuidados em saúde no Brasil é pautado pelas dificuldades dos trabalhadores de saúde em acolher esta demanda, uma vez que há uma centralização do tratamento no CAPS-ad. Os demais serviços não se reconhecem responsáveis pela atenção a este usuário e a liberdade de acesso aos serviços de saúde é limitada, quando direcionada a um serviço específico, por mais que este sujeito possua outras necessidades de saúde que poderiam ser acolhidas em outros locais de cuidado.

Apesar de o CAPS-ad ser o local estratégico de cuidado e atenção integral ao usuário de álcool e drogas, existe, erroneamente, a percepção de que os CAPS-ad consistem no único recurso de atenção a usuários de *crack*, causando, em muitas ocasiões, uma barreira de acesso em diversos outros serviços de saúde. (BRASIL, 2010).

Ainda, com relação ao acesso do usuário de *crack* aos CAPS-ad, como vimos, há a modalidade de usuários que chegam por encaminhamento de outros serviços e os que vêm por demanda espontânea. Para isto, é solicitado um documento de identificação. Quando este não o possui, segun-

do o entrevistado, o usuário é direcionado ao serviço social para que busque a resolução do problema. Evidenciamos que tal fato significa uma forma de possibilitar cidadania ao usuário, na medida em que facilitará o acesso a outros tipos de serviços públicos disponíveis que necessitam de documentação identificatória.

Apreamos nos discursos uma porta de entrada nos CAPS-ad que se configura por meio de um acolhimento, que pode ser desenvolvido por qualquer profissional de saúde de nível superior, em que é realizada a avaliação do quadro do usuário e são feitos os devidos encaminhamentos para atividades individuais e grupais.

Para Franco, Bueno e Merhy (1999), o acolhimento propõe ao serviço um modelo usuário-cêntrico, partindo de três princípios: 1) atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; 2) reorganizar o processo de trabalho, deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional; e 3) pautar a relação trabalhador-usuário em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania.

Percebemos, na leitura aprofundada dos discursos, que o modo de acolher no CAPS-ad é um momento que converge para o que preconiza a Política Nacional de Humanização do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) quando entende que acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito, agasalhar, receber, atender. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão.

Nesse sentido, no momento em que o profissional de saúde busca escutar as diversas dimensões do sujeito que faz

uso de *crack* é quando o acolhimento propriamente acontece. É exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que o acolhimento se afirma como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS.

Vemos, no discurso dos trabalhadores, a importância conferida ao acolhimento como o momento de compartilhar cuidado, de possibilitar a corresponsabilidade do sujeito pelo seu tratamento. O acolhimento se torna a base de todo o trabalho de agenciamento psicoterapêutico, podendo decifrar aquilo que se apresenta como importante, fugindo de uma resposta tecnocrática. O acolhimento é eficaz em função da valorização da singularidade daquele que é acolhido (OURY, 1991).

Apesar de os profissionais ressaltarem a singularidade de cada usuário de *crack* que procura o serviço, ainda há profissionais no CAPS-ad que se referem ao acolhimento como uma triagem, o que foge ao entendimento maior do que o momento deveria significar. O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma posição ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” outrem em suas demandas, com responsabilidade e a resolubilidade sinalizada pelo caso em foco. Deste modo, é que o diferenciamos de triagem, pois ele não constitui uma etapa do processo, mas uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2006).

Após o acolhimento, realizado diariamente, inicia-se, propriamente, o acompanhamento deste usuário. O modelo

de cuidado aos usuários de *crack* utilizado pelos trabalhadores dos CAPS-ad passa por um processo de transição em que há a tentativa de intervir quanto à abstinência do uso da droga e à redução de danos.

O olhar atento dos discursos nos leva a perceber uma contradição no discurso dos trabalhadores do CAPS-ad; a redução de danos, em alguns momentos, é encarada desde uma visão ampliada da proposta que pode colaborar para uma melhor qualidade de vida. Nos discursos, há trabalhadores que inferem uma visão da redução de danos como estratégia que pode levar/ou não levar à abstinência, dependendo do caso e do desejo do usuário, entretanto, outros trabalhadores mostram um anseio individual de que a abstinência aconteça.

Na redução de danos, é necessário, em primeiro lugar, que o profissional se abstenha de suas expectativas mágicas e busque uma relação terapêutica em que a pessoa possa optar, o mais livremente possível, pela forma como quer se relacionar com a droga; exercitando sua atitude ética de respeito da escolha individual da não discriminação e abandono daqueles que, por vários motivos, fracassam em seus projetos de abstinência.

A passagem do modelo assistencial tradicional, que tem como único fim a abstinência, para o de atenção psicossocial, que ocorre com o deslocamento do usuário da perspectiva reducionista de “paciente” para a conquista da cidadania, permite que a demanda da clientela seja compreendida para além de sinais e sintomas psicopatológicos. Sendo assim, o objeto de intervenção passa a ser o sujeito em sofrimento psíquico e o “cuidado” se sobrepõe à ideia

de tratamento, no que diz respeito à estratégia utilizada. A resolução da agressividade e o “desaparecimento” das alucinações e delírios se localizam como parte de uma abordagem terapêutica mais ampla. (GULJOR; VIDAL, 2006).

Existe, contudo, na sociedade atual, um clamor pelo fim das drogas, o que corrobora boa parte dos modelos de saúde vigentes que têm a necessidade da abstinência do uso como meta primordial. Além disso, tais modelos tendem a exigir este tipo de procedimento do serviço e, também, do seu familiar usuário.

Notadamente, os profissionais do CAPS-ad se percebem em um conflito em que, por um lado, compreendem a importância da utilização de estratégias que reduzam os danos e, por outro, se veem compelidos, pelo clamor social e das famílias, que pressionam pelo tratamento baseado apenas na meta da abstinência do uso da droga. Além disto, há, através das *media*, uma divulgação reforçada pelos modelos médicos vigentes de que o *crack* é uma droga devastadora que imprime no usuário uma compulsão difícil de ser controlada, em que este perde a sua governança, tornando-o escravo.

Acredita-se que alguns aspectos, em relação ao cuidado em saúde ao usuário de *crack*, merecem ser discutidos. Dentre eles, destaca-se a necessidade de incorporar, no manejo do cuidado, uma melhor definição de acesso, acolhimento e responsabilização do usuário de *crack* nas decisões relativas ao seu projeto terapêutico singular, questões estas que necessitam ser aprimoradas para o alcance de um cuidado ampliado em saúde, um direito do cidadão que busca serviço público de saúde, sendo ou não usuário de droga.

Para se trabalhar com a corresponsabilização do usuário de *crack* no tratamento, é necessário escapar de objetivos singulares e simplistas pelos quais o profissional de saúde determina os procedimentos a serem seguidos. Ao contrário, deve-se estimular o usuário a participar ativamente na resolução de seus problemas e na construção de estratégias para solucioná-los, estimulando que ocorra uma negociação das ações possíveis.

A corresponsabilização, no CAPS-ad, deve fugir da perspectiva de uma ação tutelada e dependente, mesmo que o profissional acredite que está fazendo o melhor pelo usuário, pois, no momento em que não há acordo terapêutico, pode estar ocorrendo uma segregação da participação do usuário da decisão de seu próprio tratamento, reproduzindo, assim, os antigos manicômios.

A corresponsabilização também está presente quando há um seguimento do usuário em todo o seu itinerário de cuidado, até mesmo quando este se ausenta do tratamento. Neste momento, é essencial que os trabalhadores busquem ter conhecimento do que está acontecendo com o usuário, auxiliando no que for necessário.

Quando falamos de outro modelo de tratamento fora dos princípios e diretrizes do SUS, como se modelam o acesso, o acolhimento e o acompanhamento do cuidado ao usuário de *crack*? Como se constitui o cuidado à saúde deste sujeito que procura outros meios de atenção? É o ponto que veremos nas categorias posteriores.

COMUNIDADE TERAPÊUTICA

A comunidade terapêutica constitui uma das abordagens para tratamento do abuso de substâncias. Não é prioritariamente fundamentada em uma prática psiquiátrica, psicológica e médica, mas na modalidade da autoajuda. Nela diversos profissionais de saúde e educação atuam ao lado de paraprofissionais recuperados (LEON, 2003).

As comunidades terapêuticas são definidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) como unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte para tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido no projeto terapêutico adaptado às necessidades de cada caso (BRASIL, 2001).

É necessário que as comunidades terapêuticas obedeçam a um padrão básico para seu funcionamento, que foi produzido pela ANVISA desde 2001, regulamentando as práticas, definindo critérios para tratamento, elegibilidade, procedimentos, recursos humanos, infraestrutura física e sistema de monitoramento.

Os usuários entrevistados relataram várias interações em CT que trabalham na perspectiva da abstinência da substância e têm como intervenção primordial o internamento. Os usuários afirmam que são constantes as recaídas, ou seja, o retorno ao padrão de uso danoso de antes, demonstrando que, tanto no acompanhamento aberto como no acompanhamento fechado, recluso, estão susceptíveis a recaídas; porém, um dos aspectos decisivos apontados pelo

estudo é a mobilização do usuário em se manter abstinente, o compromisso assumido pelo usuário com o tratamento mediante a vinculação que estabelece com o serviço e com a equipe que o acompanha.

Os usuários de *crack* afirmam que, quando estão reclusos em algumas instituições, é fácil se abster. O problema é quando voltam à realidade, ao espaço de convivência com seus grupos sociais onde ocorre o uso, quando necessitam tomar a decisão de não usar, de não voltar a se desorganizar por conta do uso. Demonstra-se, pois, que a eficácia do tratamento não está relacionada a internar e manter o usuário longe da droga e sim no potencial de fornecer motivação para que este usuário possa tomar decisões mais condizentes com a sua saúde física e mental, de tornar o usuário autônomo, não “vitimizá-lo” e não situá-lo em uma posição de passividade em relação a sua problemática com o uso.

Lancetti (2006) enfatiza que os tratamentos cujo foco é a abstinência da droga mediante o internamento por longos períodos deixa o usuário mais passivo em relação ao seu consumo o que inviabiliza que estes usuários desenvolvam autonomia, pois lhe oferecem um local totalmente dissociado da realidade que encontrarão quando estiverem fora.

Entendemos o cuidado ao usuário de *crack*, de acordo com Lancetti, pois é necessário um modelo de tratamento que rompa com as amarras/isolamentos. Assim também pressupõem Alves e Guljor (2004) quando propõem que o cuidado em Saúde Mental se baseia em três principais premissas.

A primeira é a liberdade que contrapõe o isolamento. Esta premissa age na ruptura da crença de que a pessoa pre-

cisa ser isolada, afastada do seu meio, para que sejam realizadas intervenções para a sua readaptação ao convívio social. Nesta premissa, o cuidado opera pelo respeito às diferenças e implica investir na potencialidade do sujeito para atuar nas próprias escolhas, na sua capacidade de estabelecer suas próprias normatizações pautadas em seu histórico de vida e de suas idiossincrasias.

A segunda premissa está relacionada à de que o sujeito que sofre apresenta necessidades que perpassam os mais diversos campos. O foco se desloca da doença para o conjunto de fatores atuantes no adoecimento da pessoa. O cuidado passa a operar na perspectiva de elaboração de projetos de vida, contrapondo-se à ideia reducionista de cuidado como remissão dos sintomas (ALVES; GULJOR, 2004). Trazendo a discussão para o cuidado dirigido aos usuários abusivos de álcool e outras drogas, este não pode estar associado ao distanciamento destas pessoas das drogas nem ao seu isolamento para diagnóstico e tratamento para, somente depois, virem a ser reinseridos no seu meio.

A terceira premissa aponta para o cuidado como enfrentamento dos problemas e do risco social, em contraposição ao modelo nosológico, ou seja, do diagnóstico. As linhas de cuidado não podem estar cristalizadas em diagnósticos clínicos, pautados em modelos biomédicos; elas precisam avançar em uma visão mais ampliada de sujeito, considerando as diversas redes sociais em que ele está inserido. O risco social nos permite compreender, e não explicar, o processo de crise em Saúde Mental. Possibilita atribuir-lhe um sentido, estabelecendo uma linha de interação com o sujeito em sofrimento (ALVES; GULJOR, 2004).

Esta interação do sujeito em sofrimento com os sujeitos responsáveis pelo cuidado (trabalhadores, profissionais, gestores) precisa apontar na direção da autonomia. Significa entender o cuidado como reconstituição de ajuda para o fortalecimento da autonomia do outro, baseada em relações que possibilitem a emancipação e não em opressão (FERREIRA; COTTA; OLIVEIRA, 2008).

Percebe-se, contudo, nos discursos, o fato de que as relações intersubjetivas existentes em algumas comunidades terapêuticas contrariam o modelo de cuidado defendido por Ferreira, Cotta e Oliveira (2008). Existem trabalhadores que baseiam a atenção aos internos na perspectiva da manipulação e do isolamento familiar.

Também foi evidenciada, nos discursos dos usuários que já passaram ou estavam em tratamento em comunidade terapêutica, a inclusão de atividades relativas a limpeza e manutenção do ambiente institucional, nomeadas pelos profissionais de laborterapia, citada, contudo, por alguns usuários, como realização de trabalhos de forte impacto físico, às vezes, como punição a uma regra desobedecida.

Podemos analisar as atividades desenvolvidas nas comunidades terapêuticas, citadas como laborterapia, com base em Foucault (1979), quando traz a discussão sobre disciplina e domesticação dos corpos que assegura o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo do doente e da doença. Parafraseando o autor, a comunidade terapêutica distribui os “doentes” usuários de *crack* em um espaço em que possam ser vigiados e onde seja registrado tudo o que acontece. Ao mesmo tempo, modifica-se o que bebem, o que fazem, suas relações, suas atividades, sua alimentação,

de modo que o quadro institucional possa discipliná-lo e seja um instrumento de modificações com função terapêutica.

Além das reflexões sobre as atividades exercidas na comunidade terapêutica, é importante falar da própria ideia da internação vinculada a questões religiosas. De acordo com Rodriguez Carvalleira e Gonzalez (1989), as comunidades terapêuticas, ao oferecerem vínculos indefinidos com a instituição, semeiam no usuário outra dependência, reforçada pela possibilidade de estabelecer uma nova identidade em um novo grupo, sem as ambições trabalhistas típicas da vida cotidiana, canalizando as dificuldades e preocupações individuais para serem resolvidas pelo grupo, por meio do fomento de amizades, ajuda-mútua e orações, o que consideram de imensa importância para a superação do histórico de desamor, transformando sua conduta de acordo com a perspectiva religiosa e, além de tudo, prometendo a salvação.

Assim percebemos que o tratamento na comunidade terapêutica é ancorado no tripé da internação, espiritualidade e laborterapia. Ainda nas atividades desenvolvidas com os internos, temos: grupo de Psicologia, grupo de Terapia Ocupacional, grupo sobre dependência química com o pastor evangélico, grupo da assistente social, aulas de supletivo e grupos devocionais.

Nas observações sistemáticas, pudemos participar do grupo de Terapia Ocupacional e do grupo do pastor. No de terapia ocupacional, estava acontecendo uma oficina de bijuteria e percebemos que nele houve uma tentativa de expressão artística na confecção de peças para o Dia dos Namorados.

A terapeuta relata que nenhuma atividade que acontece no grupo é posta sem objetivo, que sempre se questiona sobre o andamento do grupo, verifica as conversas que permearam o momento, observa o comportamento de cada membro, suas formas de expressão, as maiores dificuldades, que tipo de auxílio cada interno necessita e pontua que sempre escolhe algum interno para auxiliá-lo na procura e organização do material. Acredita que, com isto, o recuperando se sente digno de confiança e responsabilidade.

Notamos, nas observações, que os pequenos atos de corresponsabilização relatados pela terapeuta, como o de escolher algum participante para entregar a chave do armário para que pegue o material para o encontro, é visto com grande valor pelos participantes. A responsabilização e a autonomia, porém, são limitadas quando a profissional relata que os internos participam de todos os grupos e só é permitido faltar quando estão doentes. Tal achado pode indicar que a instituição tenta imputar alguns atributos desejáveis pelo sistema de tratamento, mas indesejáveis pelos sujeitos ali inseridos.

Um grupo de expressão artística poderia, e muito, facilitar a externalização das vivências de prazer e sofrimento adquiridas ao longo da vida de um usuário de *crack* possibilitando, quem sabe, a ressignificação de seus processos mais íntimos. Como facilitar, contudo, a expressão de suas vivências em um momento que tem caráter obrigatório, que limita a capacidade criativa.

No grupo do pastor, aconteceu uma aula sobre dependência química, sendo explicitado o que é a doença, os tipos de usuários, a fase da justificação e da admissão da

doença, o diagnóstico, as perdas e os cuidados. Neste grupo, podemos delimitar a filosofia e ideologia da instituição, pois é com base em tais princípios que são regidas todas as atividades, os trabalhadores e os usuários ali inseridos. Portanto, faz-se necessário especificar melhor os entendimentos ali apreendidos.

De acordo com o pastor, o uso abusivo de drogas é nomeado de dependência química e tem um aspecto biopsicossocial e espiritual que afeta diretamente o organismo, a mente, a convivência e a espiritualidade. Esclarece que existem os usuários experimentais, ocasionais, habituais e dependentes, sendo difícil não se tornar dependente e relata ser necessário admitir a doença advertindo que os dependentes cometem um grande erro quando tentam justificar o uso, como se não os prejudicasse, sendo necessário admitir que é impotente diante da droga.

Conceitua, ainda, dependência química como uma doença crônica, progressiva, que pode levar à morte. Destaca seis pontos para que haja o diagnóstico da doença: compulsão, perda do controle, síndrome de abstinência, tolerância, abandono de prazeres saudáveis pelo prazer exclusivo da droga e permanecer usando a substância apesar de perceber seus prejuízos.

Por fim, lista as inúmeras perdas existentes na vida de quem optar por continuar usando drogas: vínculo familiar, respeito da sociedade, capacidade de memória, saúde corporal, dinheiro, emprego, noção de certo e errado, tempo de vida. Algumas perdas foram citadas pelos próprios usuários participantes do grupo. Nota-se uma fala forte, ancorada na dramaticidade, limitada a situações de abusos extremos de

substâncias psicoativas e com uma base religiosa. Ao término do grupo, todos, de pé e em círculo, realizam uma oração para que alcancem o livramento da situação de sofrimento.

A oração também é realizada no grupo devocional facilitado pelos agentes terapêuticos, trabalhadores de nível médio que ficam no alojamento junto aos usuários em uma sala ao lado do dormitório, e circulam constantemente para verificar o comportamento dos internos. No grupo, como veremos adiante, também é feita a reflexão sobre os doze passos, semelhante ao grupo de Narcóticos Anônimos.

Importante é também, relatar que, quando um usuário se prepara para deixar a internação, há uma impregnação do discurso dos trabalhadores da comunidade para que ele tenha quatro tipos de cuidado: cuidado com o ambiente que irá frequentar, para que não haja proximidade com venda ou ponto de uso de droga; cuidado com as amizades, para que se distancie das pessoas da “ativa” (que fazem uso de droga); cuidado com a manutenção do tratamento, para que participe do ambulatório existente na comunidade; e cuidado para manter o “amor de Deus”, para que o usuário seja assíduo na sua fé e na participação nos cultos.

No relato do grupo do pastor, vemos que, na ideologia da instituição, nenhum padrão de consumo de substância psicoativa é tolerado: é, portanto, um modelo de “alta exigência” que converge com a perspectiva proibicionista. Neste modelo, segundo Alves (2009), a abstinência é condição, meio e finalidade do tratamento.

A “alta exigência” se delimita logo nos critérios de aceitação para tratamento, pois, não há acolhimento de usuários que ainda estejam utilizando alguma substância. A

abstinência é um pré-requisito para a entrada na internação, o que se caracteriza como barreira de acesso.

Ainda falando de acesso à comunidade terapêutica estudada, além de se manter abstinente para conseguir uma internação, também é necessária a realização de vários exames médicos. Como a comunidade não tem, em sua equipe, um médico, exige que o candidato a interno faça os exames em laboratórios particulares ou do SUS e os leve para a instituição, pois não são aceitos usuários que possuam patologias graves e específicas, já que a CT não tem suporte médico para tal.

Os discursos mostram um acesso que contraria um ponto central do próprio conceito de acessibilidade, de Thornicroft e Tansella (2010), que corresponde ao arranjo dos serviços para que não representem para os usuários esperas muito longas e burocráticas para o início do tratamento e que possibilitem que eles recebam cuidado onde e quando for necessário. Quando a comunidade terapêutica impõe barreiras seletivas que reduzem a utilização do serviço por determinados grupos há uma inadequação ao conceito e à prática da acessibilidade.

Com base na leitura atenta dos discursos do usuário e do trabalhador da comunidade terapêutica, percebemos como é realizado o acolhimento segregativo das pessoas que procuram tratamento na instituição, se é que podemos chamar de acolhimento, melhor seria nomeá-lo de triagem, pois, se pinçarmos o significado de acolher, veremos que não há nada nele que possibilite a escolha de quem será acolhido ou não. O verbo acolher se traduz em abrigar, agasalhar, amparar, proteger, recolher, resguardar, aceitar, escutar, alojar (HOUAISS, 2003).

Na verdade, o que ocorre, segundo o discurso do trabalhador da comunidade terapêutica, é uma triagem e um acolhimento. Na triagem, é realizado um questionário com o candidato a interno. Se este alcançar a pontuação necessária, ele irá para a reunião de acolhimento onde é explicado o que é o serviço.

Vemos, contudo, que, no momento destinado a acolher a pessoa que busca o serviço, não há uma escuta ampliada do sofrimento. Esta ação é substituída por informações sobre o serviço. Assim, o acolhimento se torna pontual e unilateral.

NARCÓTICOS ANÔNIMOS

Os grupos de narcóticos anônimos (NA), derivados do movimento de alcoólicos anônimos (AA), surgiram, na Califórnia na década de 1950, com base nos princípios do AA, pela necessidade de as pessoas dependentes de outras drogas partilharem suas experiências. Manteve-se a essência do AA, sendo a estrutura das reuniões a mesma, adotando a filosofia dos 12 passos e 12 tradições, buscando a meta do “manter-se limpo só por hoje” (PULCHERIO; BICCA; SILVA, 2002).

Nesse sentido, a busca por abstinência é algo inerente à ideologia do NA. Na verdade, abstinência a todo tipo de droga, como define o 3º passo: o único requisito para ser membro é o desejo de parar de usar droga. Em razão disto, utiliza-se a expressão manter-se “limpo” para nomear seu período sem uso de nenhuma substância psicoativa.

O grupo de NA se intitula de grupo de autoajuda, contudo, seu funcionamento básico indica a ajuda mútua entre os participantes como o que há de mais potente. É baseada em um apoio dos parceiros que se encontram na mesma condição emocional, favorecendo que os membros se socorram mutuamente (SANCHEZ-VIDAL, 1991; CHAPPEL; DUPONT, 1999).

Vale destacar o valioso espaço para diálogo que o grupo de autoajuda dos NA possibilita. Aspectos da conduta social que não eram discutidos anteriormente passam a ser objeto de debate. Divergimos, contudo, da opinião de autores defensores de que o grupo de NA tem um caráter democratizador graças à própria forma de sua associação social e a seu requisito principal para definir um membro, que é a pessoa ingressar com o desejo de parar de usar a substância psicoativa. Quando limitamos o espaço de cuidado àqueles que optam por não mais fazer uso de nenhuma substância, estamos retirando a democratização do processo e restringindo o acesso.

Detendo-nos na temática do acesso às reuniões, possibilita-se a entrada de homens e mulheres que fazem uso abusivo de drogas e querem parar. Não há cobrança financeira, pois o NA é uma sociedade sem fins lucrativos. Nas entrevistas, apreende-se que o acesso aos grupos de NA é facilitado por outros membros que, ao verem usuários de drogas, os convidam a participar.

O acolhimento encontrado pelo iniciante em outros membros do grupo enseja um sentimento de valorização de suas potencialidades e um apoio para as situações de limitação. Neste acolhimento, já existe uma percepção que

perpassa os componentes do grupo com base no reconhecimento mútuo e na identificação de situações de sofrimento semelhantes. Um dos pontos em comum são as vivências de preconceito partilhadas. Com isto, há uma união e eles assumem uma responsabilidade pessoal de ajudarem um ao outro.

Vale abrir um parêntese para ressaltar um pouco a ideia de identificação que perpassa os encontros de NA. A identificação, segundo Pedrossian (2005), é um processo psicológico mediante o qual o sujeito assimila um aspecto, um atributo do outro e se modifica, total ou parcialmente, segundo o modelo que o outro fornece, por meio de uma série de identificações de que a personalidade é constituída e especificada. A identificação recobra as relações sociais e laços humanos ressignificando os laços já cristalizados.

Aprende-se, contudo, que há a passagem de um modo de vida cristalizado na droga para outro que permanece cristalizado, só que na abstinência da substância, como se houvesse uma identificação irracional com o modelo que o NA fornece, não havendo questionamentos sobre o quanto o modelo é adequado a sua vida, ao contrário, é seguido como uma seita que reafirma a todo o momento seus passos por via de uma ladainha repetida por todos os presentes, o que se assemelha a um processo religioso/espiritual.

Então, frisamos, com o apoio de Harris *et al.* (2003), que os doze passos propostos para a recuperação do dependente estão estruturados em um alicerce espiritual, em um contexto ecumênico, com apoio na relação do homem diante de Deus. Os passos 1, 4, 8, 9, 10 e 12 pontuam a responsabilidade do usuário diante de seus atos, mas suavizam o

enfrentamento de tais situações, permitindo que o membro transfira a responsabilidade da sua cura para as mãos de Deus, como apontam os passos 2, 3, 5, 6, 7 e 11.

Nos relatos, observamos uma paixão pela modalidade do NA e, como sabemos, a paixão apaga uma leitura racional dos fatos. Muitas vezes, esta identificação irracional situa o NA como o único meio legítimo de tratamento, negando, até mesmo, a prática desenvolvida pelos profissionais de saúde para o cuidado ao usuário de *crack*.

É interessante um usuário afirmar que só acredita em algo feito por outro usuário que passa pela mesma situação. Por mais que consideremos tal fato como uma identificação irracional, não há como não achar atraente a corresponsabilização existente entre os membros para que o grupo possa acontecer, pois é de inteira responsabilidade deles o local em que os encontros acontecem. Geralmente é requisitado um espaço público de uma escola, centro social, entre outros, ficando a cargo dos membros a limpeza e a organização do ambiente, a preparação e a compra do chá que é servido, a pontualidade do encontro, a venda dos livros de NA e a facilitação da partilha. Tudo isto é concretizado pelos membros que aderem à dinâmica das reuniões.

Tal partilha realizada no grupo de autoajuda integra e presta uma assistência aos participantes. Cianciarullo (1996) relata que esta integração viabiliza uma elevação da autoestima e, conseqüentemente, uma melhoria da qualidade de vida, acentuando que é uma necessidade vital e um ato intrínseco ao ser humano.

A interação envolve a troca de ideias e o compartilhamento de emoções. Esta forma de comunicação facilita

a integração do usuário de *crack* no grupo, assim como uma melhor aceitação de si, facilitando a ressocialização. As entrevistas revelaram que a oportunidade de partilhar sua experiência com pessoas que sofrem com problemas parecidos é uma forma de o usuário se sentir incluído no grupo, se sentir apoiado e, a partir daí, conseguir externar sentimentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito dos avanços na rede de apoio ao usuário de droga, ainda muitas páginas devem ser escritas e revisadas. A situação apresentada mostra, no NA e na CT, algumas barreiras nos acessos aos serviços, acolhimentos burocratizados e sem escuta qualificada, impregnação do discurso religioso nas atividades de serviço, cristalização no modelo de alta exigência cujo requisito é a abstinência, modelos de cuidado padronizados para todos os usuários e relações tuteladas, sem autonomia.

Já os CAPS-ad, como dispositivo assistencial estratégico para o cuidado ao usuário de *crack* no SUS, ainda apresenta uma transição para o modelo da redução de danos, porém, mostra uma compreensão maior das práticas de saúde pautadas na singularidade do cuidado.

Os serviços precisam caminhar na perspectiva de agregar os modelos de intervenção aos usuários, pois uma abordagem não exclui a outra. Há usuários com necessidade de se abster e outros que não conseguem, podendo ter a possibilidade de optar por outras metas. O serviço, entretanto, não pode desconsiderar a diversidade de usuários.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 25, n. 11, p. 2309-2319, nov. 2009.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, ABRASCO, 2004.

ASSIS, M. M. A.; VILLA, T. C. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Acesso aos serviços de saúde: uma possibilidade a ser construída na prática. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 815-823, 2003.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social. **Abordagens terapêuticas a usuários de cocaína/crack no Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha da PNH: acolhimento nas práticas de produção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids. **Manual de redução de danos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CHAPPEL, J. N.; DUPONT, R. L. Twelve-step and mutual-help programs for addictive disorders. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 22, n. 2, p. 425-446, 1999.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo: Atheneu, 1996.

FERREIRA, M. L. S. M.; COTTA, R. M. M.; OLIVEIRA M. S. Reconstrução teórica do cuidado para as práticas de saúde: um olhar a partir da produção de alunos de Curso de Especialização a Distância. **Revista Brasileira de Educação Médica**, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 291-300, 2008.

FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 15, p. 439-447, 2002.

FONTES, B. Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. **Revista de Ciências Sociais**, n. 26, p. 87-104, 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** [online], v. 15, n. 2, p. 345, 1999.

GOMES, R.; MENDONÇA, E. A. A representação e a experiência da doença: princípios para a pesquisa qualitativa em saúde. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Org.). **Caminhos do pensamento**: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 109-132.

GULJOR, A.; VIDAL, C. Centro de Atenção Psicossocial Vila Esperança: o papel das redes de suporte à desinstitucionalização. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: UCS, 2006.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. S331–S336, 2004.

HOUAISS, A. **Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2003.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Rev. Adm. Pública**, v. 34, n. esp., p. 35–45, 2000.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2006.

LEON, G. D. A. **Comunidade terapêutica**: teoria, modelo e método. Brasil: Loyola, 2003.

LOMNITZ, L. A. **Redes sociais, cultura e poder**. Rio de Janeiro: E-papers, 2009.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2010.

OURY, J. Itinerários de formação. **Revue Pratique**, n. 1, p. 42-50, 1991.

PULCHERIO, G.; BICCA, C.; SILVA, F. A. (Org.). **Álcool, outras drogas, informação**: o que cada profissional precisa saber. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

RODRIGUEZ CARVALLEIRA, A.; GONZALEZ, S. **Fenómeno sectario y drogodependencia**. Barcelona: Grup Igia, 1989.

SANCHEZ-VIDAL, A. **Psicologia comunitária**: bases conceptuales y organizativas de métodos de intervención. Barcelona: PPU, 1991.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M.; SILVA, S. F. (Org.). A organização do SUS sob o ponto de vista constitucional: Rede Regionalizada e Hierarquizada de Serviços de Saúde. In: CARVALHO, G. I. *et al.* **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.** Campinas: IDISA; Conasems, 2008.

THORNICROFT, G.; TANSELLA, M. **Boas Práticas em Saúde de Mental Comunitária.** Barueri: Manole, 2010.

VARELLA, M. R. D.; LACERDA, F.; MADEIRA, M. Acompanhamento terapêutico: construção da rede à reconstrução do social. **Psychê**, v. 10, n. 18, p. 129-140, set. 2006.

AUTORES/ ORGANIZADORES

Maria Salete Bessa Jorge. Enfermeira; Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Escola de Enfermagem Interunidades da Universidade de São Paulo (EERP/USP); Professora Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE); Líder do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE/UECE); Coordenadora do Laboratório Interdisciplinar da UECE; Pesquisadora CNPq.

Leny Alves Bomfim Trad. Psicóloga; Doutora em Ciências Sociais e Saúde pela *Universidad* de Barcelona; Professora Titular Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; Coordenadora do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde (FASA/ISC/UFBA); Pesquisadora CNPq

Paulo Henrique Dias Quinderé. Psicólogo; Doutor em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR; Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Leilson Lira de Lima. Enfermeiro; Doutorando em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará; Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

AUTORES/COLABORADORES

Ana Maria Zuwick. Médica Psiquiatra; Mestrado em Psicologia Social.

Antônio Germane Alves Pinto. Enfermeiro; Doutor em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE). Professor Assistente da Universidade Regional do Cariri (URCA).

Antônio Nery Filho. Médico; Psiquiatra; Doutor em Sociologia e Ciências Sociais pela Universidade Lumière Lyon 2, França; Professor Aposentado da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB/UFBA); Médico Fundador e Coordenador Geral do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) – 1985-2013.

Emilia Cristina Carvalho Rocha. Enfermeira; Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Danielle Christina Moura dos Santos. Enfermeira; Mestra em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Doutoranda em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Erasmio Miessa Ruiz. Psicólogo; Doutor em Educação pela UFC; Docente do Mestrado em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará.

Gabriel Pamponet. Psicólogo; Psicanalista; Especialista em Teoria da Clínica Psicanalítica (UFBA); Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas (UFBA); Coordenador Técnico do Ponto de Cidadania.

Guilherme Bruno Fontes Vieira. Acadêmico de Medicina do Curso de Graduação em Medicina da UECE; Participante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde.

Helena Alves de Carvalho Sampaio. Nutricionista; Doutora em Epidemiologia; Docente da Universidade Estadual do Ceará; Docente do Mestrado em Saúde Pública e do Doutorado em Saúde Coletiva em Associação Ampla UECE/UFC/UNIFOR.

Ilvana Lima Verde Gomes. Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (2007); Docente da Universidade Estadual do Ceará.

Indara Cavalcante Bezerra. Farmacêutica; Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Jamine Borges de Moraes. Acadêmica de Enfermagem; Bolsista CNPq; Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Jardelyne Corrêa da Penha. Enfermeira doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC); Mestra em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE); Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

José Jackson Coelho Sampaio. Médico. Professor Titular da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutor em Medicina Preventiva pela USP. Docente do Doutorado em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR e do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE.

Juliana Mara de Freitas Sena. Enfermeira. Doutoranda em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Leonardo Macêdo de Queiroz. Acadêmico de Medicina do Curso de Graduação em Medicina da UECE. Bolsista FUNCAP.

Lourdes Suelen Pontes Costa. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista CNPq. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos. Enfermeira. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Doutora em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Maria Raquel Rodrigues Carvalho. Acadêmica de Enfermagem. Bolsista FUNCAP. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Milena Lima de Paula. Psicóloga. Mestranda em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Oriol Romani. Antropólogo. Doutor em Antropologia Cultural pela *Universidad de Barcelona*. Professor Titular da Faculdade de Letras da *Universitat Rovira i Virgili*, Tarragona, Espanha. Departamento de Antropologia, Filosofia y Trabajo Social.

Patrícia von Flach Psicóloga. Assistente Social. Mestre em Saúde Comunitária e Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Coordenadora do Ponto de Cidadania – Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD/UFBA) Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social do Estado da Bahia (SJDHDS).

Paulo Henrique Silva Rodrigues. Acadêmico de Medicina do Curso de Graduação em Medicina da UECE. Participante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família e Práticas de Saúde.

Rândson Soares de Souza. Enfermeiro. Mestrando em Cuidados Clínicos pela Universidade Estadual do Ceará (UECE). Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Renata Alves Albuquerque. Psicóloga. Doutora em Saúde Coletiva AA IES UECE-UFC-UNIFOR. Integrante do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem da Universidade Estadual do Ceará (GRUPSFE/UECE).

Sergio do Nascimento Silva Trad. Antropólogo. Doutor em Antropologia da Medicina pela *Universitat Rovira i Virgili*, Tarragona, Espanha. Professor Colaborador Programa Saúde, Trabalho e Ambiente (FAMED/UFBA). Pesquisador associado do Programa Integrado Comunidade, Família e Saúde, ISC/UFBA.

Silvio Yasui. Psicólogo. Doutor em Saúde Pública pela Fundação Oswaldo Cruz. Docente da Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho.