

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**JHENNIFER DE SOUZA GÓIS**

**ENTRE “NOIEIROS”, “DROGUEIROS” E “ANORMAIS”: EXPERIÊNCIAS DE  
VIDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK**

**FORTALEZA – CEARÁ  
2017**

JHENNIFER DE SOUZA GÓIS

ENTRE “NOIEIROS”, “DROGUEIROS” E “ANORMAIS”: EXPERIÊNCIAS DE VIDA  
DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação**  
**Universidade Estadual do Ceará**  
**Sistema de Bibliotecas**

Góis, Jhennifer de Souza.

Entre ?noieiros?, ?drogueiros? e ?anormais?:  
experiências de vida das pessoas que vivem com  
HIV/Aids e fazem uso de crack [recurso eletrônico] /  
Jhennifer de Souza Góis. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 135 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação  
em Saúde e Humanidades.

Orientação: Prof.\* Dra. Maria Salete Bessa Jorge.

Coorientação: Prof.\* Dra. Cybelle Façanha Barreto  
Medeiros Linard.

1. HIV/Aids. 2. Crack. 3. Itinerários  
Terapêuticos. 4. Experiências de vida. I. Título.

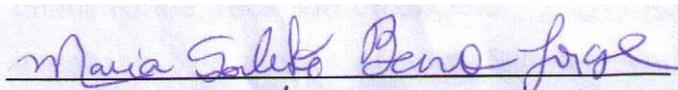
JHENNIFER DE SOUZA GÓIS

**ENTRE “NOIEIROS”, “DROGUEIROS” E “ANORMAIS”: EXPERIÊNCIAS DE VIDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK**

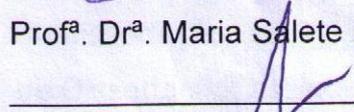
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de concentração: Políticas, Gestão, Avaliação em Saúde e Humanidades.

Aprovada em: 07 de novembro de 2017.

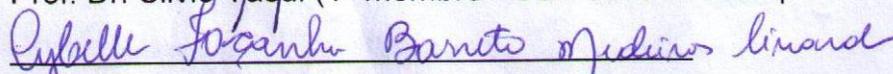
BANCA EXAMINADORA



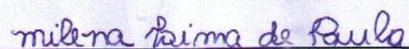
Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Salete Bessa Jorge (orientadora - UECE)



Prof. Dr. Silvio Yasui (1º membro - UEP Júlio de Mesquita Filho)



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard (2º membro - UECE)



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Milena Lima de Paula (suplente - UECE)

A Deus pelo dom da vida e pela inspiração divina nos enfrentamentos cotidianos.

Aos meus avós, Francisca e Ari; aos meus pais, Francisca e Júnior e à minha irmã Jhéssica, pelo amor e partilha diária e pelo apoio ininterrupto em todos os momentos da minha vida.

Aos meus familiares e amigos, pelas alegrias proporcionadas no convívio e pela confiança mútua na busca pelos nossos sonhos.

## AGRADECIMENTOS

Estas páginas são muito valiosas para mim, porque me fazem lembrar que não estive sozinha e que, sem meus companheiros, eu não conseguiria ter chegado até aqui. Assim, meus agradecimentos não vão apenas para as pessoas que estiveram diretamente relacionadas ao processo de construção desta dissertação de mestrado, mas também para todos(as) aqueles(as) que se fazem presentes em minha vida. Não é possível citar todos os nomes, mas alguns agradecimentos não podem deixar de ser feitos:

À minha orientadora, Profa. Dra. Maria Salete Bessa Jorge, pelo aprendizado e por todas as oportunidades proporcionadas.

À minha querida coorientadora, Profa. Dra. Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard, pelo apoio e disponibilidade de sempre e pela amizade construída ao longo da elaboração desta pesquisa. Obrigada!

Aos colegas e professores do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Aos meus amados “gêmeos”, Fernando Virgílio, Carlos Bruno e Jordana, presentes que ganhei do mestrado e vou levar para toda a vida. Vocês tornaram esse processo muito mais leve. Gratidão pelas partilhas diárias e pelas boas energias de sempre.

Às amigas da turma do mestrado, Edyla, Katherine, Fátima, Glaucilândia e, especialmente, à Natália, pela amizade e reciprocidade de bons sentimentos.

Aos membros do Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE-UECE).

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, especialmente Mairla, Marnessa Gabriela e Dona Maria, pela disponibilidade de sempre.

Aos amigos do grupo “Criar”, Sandra, Talita e Diego, pela amizade e pelas trocas na produção de saberes.

Aos meus queridos amigos Goretti, Fernando, Itanna e Leandro, e aos meus primos Kelly e Leandro Diniz, pelas afirmações diárias de amizade, amor e companheirismo.

Ao querido amigo Leilson, pelo apoio nas análises deste estudo e pela parceria no Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Acolhimento e Redução de Danos (NIAD).

Aos demais integrantes do NIAD, em especial, à Ilana, pela produção de bons encontros e partilha de saberes.

À Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose (APTU), principalmente ao Roberto, sem o qual este trabalho não teria sido realizado. Você foi fundamental, meu amigo. Muito obrigada!

Às pessoas em situação de rua, que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack, especialmente àquelas que habitam a comunidade pesquisada, por proporcionarem a maior experiência já vivenciada por mim. Vocês são muito mais que diagnósticos e “rótulos”: ensinaram-me a ver a vida de outra forma, de modo mais sensível e atento.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro na construção da pesquisa, incentivando o desenvolvimento acadêmico e profissional.

Aos professores membros da banca, Prof. Dr. Silvio Yasui e Profa. Dra. Milena Lima de Paula, pelas contribuições neste trabalho.

A todos aqueles que fazem parte do meu cotidiano, tornando-o mais leve e feliz, reforço aqui minha eterna gratidão.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”

(Carl Jung)

## RESUMO

Viver com HIV/aids e usar crack é delineado por singularidades que ultrapassam a infecção pelo vírus HIV e o uso da droga em si. A interação entre o estigma relacionado às pessoas que vivem com HIV/Aids e àquele em torno daquelas que usam crack atribuem complexidade a esta relação e colocam esse modo de viver como um desafio para o cuidado em saúde. Definiu-se como objetivo principal deste trabalho compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids, e como objetivos específicos: conhecer os itinerários terapêuticos destas pessoas em busca do cuidado em saúde; identificar a rede de apoio social no processo de busca por cuidado; apreender as vulnerabilidades que atravessam as experiências das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack. Para tanto, este estudo adota a abordagem qualitativa hermenêutica, tendo como cenário uma comunidade em situação de vulnerabilidade social, localizada no município de Fortaleza /CE. O trabalho de campo foi desenhado por imersão em território, sendo a observação participante uma das principais técnicas para a produção dos dados. Realizaram-se entrevistas em profundidade com Maria e Davi, protagonistas deste estudo. Para a análise dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo. A pesquisa seguiu as determinações da Resolução nº 466 do CONEP, com complementação da Resolução 510/2016 e foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, obtendo o parecer favorável de nº 1.921.925. Como resultados, Maria e Davi trouxeram elementos importantes para pensar a dimensão coletiva da relação entre viver com HIV/Aids e usar crack. A partir deles, concluiu-se que pessoas pobres, em situação de rua, com acesso mínimo aos direitos sociais, com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, não aderem à Terapia Antirretroviral e colocam o crack em posição de centralidade em suas vidas. Os determinantes sociais presentes em modos de viver similares complexificam a adesão ao tratamento para o HIV e fazem com que o uso de crack seja problemático. O padrão de consumo do crack é predominantemente intenso, mas quando o “corpo biológico” está enfraquecido, o uso é cessado, havendo um “ciclo de vulnerabilidade” nesta relação. A política de guerra às drogas produz uma “guerra” seletiva às pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, ao mesmo tempo em que não consegue atingir o objetivo de “acabar com a droga”. As pessoas possuem uma autorrepresentação negativa das drogas, afeiçoam-na ao “mal”, principalmente

pelos estereótipos criados em torno do “craqueiro”, disseminados cotidianamente pela mídia. Consideram a vida deste como aquela que “não vale a pena”, restando-lhe a caridade, que acaba por se tornar seu principal meio de sobrevivência. Este estudo também ratificou que o cuidado direcionado a estas pessoas precisa ser em liberdade, no território, pois elas não chegam aos serviços formais, procuram o hospital apenas quando já estão em estado debilitado de saúde. Suas experiências de vida são indispensáveis para pensar as ações e os modos de produzir cuidado, precisando-se produzir uma ética do cuidado, fortalecedora da política de Redução de Danos.

**Palavras-chave:** HIV/Aids. Crack. Itinerários Terapêuticos. Experiências de vida.

## ABSTRACT

Living with HIV / AIDS and using crack is delineated by singularities that go beyond HIV infection and the use of the drug itself. The interaction between stigma related to people living with HIV / AIDS and those around crack users attribute complexity to this relationship and place this way of living as a challenge for health care. In this context, the main objective was to understand the life experiences of people who use crack and live with HIV / AIDS; and as specific objectives: to know the therapeutic itineraries of these people in search of health care; identify the social support network in the process of seeking care; seize the vulnerabilities that cross the experiences of people living with HIV / AIDS and make use of crack. It is a study with a qualitative hermeneutical approach, based on a community in a situation of social vulnerability, located in the city of Fortaleza - CE. Fieldwork was designed by immersion in territory, with participant observation being one of the main techniques for data production. In-depth interviews were conducted with Maria and David, protagonists of this study. To analyze the data, we used content analysis according to Minayo's steps (2008), retranslated by Assis and Jorge (2010). The research followed the determinations of Resolution No. 466 of CONEP, with complementation of Resolution 510/2016 was submitted to the Research Ethics Committee of the State University of Ceará and obtained a favorable opinion of N ° 1,921,925. As a result, Maria and David brought important elements to thinking about the collective dimension of the relationship between living with HIV / AIDS and using crack. They are poor, street people with minimal access to social rights, with fragile and / or broken family ties, do not adhere to Antiretroviral Therapy and put crack in a central position in their lives. The social determinants present in these ways of living complicate adherence to HIV treatment and make use of crack problematic. The pattern of crack use is predominantly intense, but when the "biological body" is weakened, use is ceased. There is a "cycle of vulnerability" in this relationship. The War on Drugs policy produces a selective war on people who use illegal drugs and can not achieve the goal of "ending the drug". People have a negative self-representation, they are attached to the "evil", mainly by the stereotypes created around the "cracker", disseminated daily by the media. They are considered as lives that are "not worth it", leaving them charity and this becomes the main means of survival. This study ratified that the care of these people needs to be at liberty, in the territory, because they do

not arrive at the formal services, they only look for the hospital when they are already in debilitated state of health. Your life experiences of these people are indispensable for thinking about the actions and ways of producing care. It is necessary to produce an ethics of care and strengthen the Harm Reduction policy.

**Key-words:** HIV/AIDS. Crack. Therapeutic Itineraries. Life experiences.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência adquirida
APTU	Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CDSS	Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CEMJA	Centro de Especialidades Médicas José de Alencar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRD	Centro de Referência sobre Drogas
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DIAHV	Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
IST	Infecções sexualmente transmissíveis
IT	Itinerário Terapêutico
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização não governamental
PBPD	Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas
PENSE	Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PMSAD	Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/AIDS
RD	Redução de Danos

SAE	Serviços de Assistência Especializados em HIV/AIDS
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SR	Secretarias Regionais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDO	Tratamento Diretamente Observado
UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
WHO	World Health Organization

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>A EXPERIÊNCIA DA PESQUISADORA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO.....</b>	<b>16</b>
1.1	APRESENTAÇÃO.....	16
1.2	A INVENÇÃO DO CAMPO: PRODUZINDO O CAMINHO AO CAMINHAR.....	17
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS DA PESQUISA.....</b>	<b>28</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	28
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	28
<b>3</b>	<b>VIVER COM HIV/AIDS E FAZER USO DE CRACK: SITUANDO ESTA RELAÇÃO NA LITERATURA.....</b>	<b>29</b>
<b>4</b>	<b>EXPERIÊNCIAS DE VIDA E BUSCA POR CUIDADO: OLHARES PLURAIS SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS.....</b>	<b>50</b>
<b>5</b>	<b>CAMINHOS INVESTIGATIVOS.....</b>	<b>58</b>
5.1	OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	58
5.2	ITINERÁRIO DE PESQUISA.....	59
5.2.1	Cenário do estudo.....	59
5.2.2	Sujeitos da pesquisa.....	60
5.2.3	Instrumentos e técnicas para obtenção das narrativas e para produção dos dados.....	61
5.2.4	Plano de análise dos discursos.....	61
5.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	63
<b>6</b>	<b>VIDAS EM MOVIMENTO: RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>65</b>
6.1	“EU VIVO NA RUA E USO CRACK!”: A VULNERABILIDADE DA VIDA COM HIV/AIDS E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS.....	65
6.2	RITUAIS DE CONSUMO E VIOLÊNCIAS: A GUERRA ÀS DROGAS QUE PRODUZ UMA GUERRA ÀS PESSOAS.....	85
6.3	“A MULHER QUE TEM HIV/AIDS, NOIEIRA E DROGUEIRA”.....	99
6.4	QUANDO O CUIDADO É CARIDADE E A CARIDADE É SOBREVIVÊNCIA: QUAIS VIDAS VALEM A PENA?.....	107
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES “NÔMADES” SOBRE AS VIDAS DAS PESSOAS QUE USAM CRACK E VIVEM COM HIV/AIDS.....</b>	<b>113</b>

<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>117</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>127</b>
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS USUÁRIOS.....	128
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	129
<b>ANEXOS.....</b>	<b>131</b>
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	132
ANEXO B – ADENDO AO COMITÊ DE ÉTICA.....	134
ANEXO C – DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA E DE PORTUGUÊS.....	135

# 1 A EXPERIÊNCIA DA PESQUISADORA E O ENCONTRO COM O OBJETO DE ESTUDO

## 1.1 APRESENTAÇÃO

Viver com HIV/Aids e fazer uso de crack é delineado por singularidades que ultrapassam a dimensão biológica da infecção pelo vírus HIV e do uso de uma substância psicoativa. A articulação entre o estigma relacionado à condição de soropositividade e àquele construído em torno das pessoas que usam crack complexifica esta relação e coloca o seu modo de viver como um desafio para o cuidado em saúde.

Os estudos sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) e sobre o uso de crack geralmente apontam as situações de maior vulnerabilidade de infecção pelo vírus HIV, que ocorre entre os sujeitos que usam a pedra, ou se detêm no esclarecimento sobre as condições de vida destes sujeitos de maneira “isolada” (isto é, ou estudam a soropositividade ou o uso de crack). Considera-se, no entanto, a existência de múltiplas e complexas opressões na relação entre PVHA e uso de crack, não sendo possível compreendê-la com profundidade por meio de análises fragmentadas de cada “variável” separadamente.

Nesta perspectiva, este estudo apresenta a peculiaridade de objetivar compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids. Para tanto, foram traçados os seguintes objetivos específicos: conhecer os itinerários terapêuticos das pessoas que vivem com HIV/Aids em busca de cuidado em saúde; identificar a rede de apoio social no processo de busca por cuidado; e apreender as vulnerabilidades que atravessam as experiências das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack.

Estabeleceu-se o cuidado ético de não nomear as pessoas que usam drogas como “usuárias” e nem as PVHA como “portadoras do vírus” ou “aidéticas”, uma vez que se acredita que tais denominações produzem marcas e significados que “reduzem” os sujeitos. Isto porque os “diagnósticos” mudam a forma de ser e estar no mundo, requerendo um olhar atento e minucioso.

O cenário desta pesquisa é uma comunidade em situação de extrema vulnerabilidade social localizada no município de Fortaleza/CE. A aproximação com este campo se deu por meio da Associação de Amparo aos Pacientes com

Tuberculose (APTU), que trabalha em parceira com a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do entorno da localidade.

Maria e Davi<sup>1</sup> são os protagonistas deste estudo e foram suas experiências de vida que possibilitaram as reflexões trazidas aqui. Destaca-se que não se buscou trazer “verdades” absolutas sobre seus modos de viver, mas sim tecer reflexões críticas sobre a complexidade das suas vidas.

O envolvimento da pesquisadora justifica o uso do “eu” para descrever a inserção nesse campo tão vivo e intenso, apesar da consciência das exigências de padronização gramaticais. Considera-se que a imersão no cotidiano dos sujeitos referidos foi o principal objeto de conhecimento utilizado. Diz-se isso, porque estar nos cenários de uso de crack possibilitou sensações e experiências produtoras de outros sentidos e significados sobre a vida, em todas as suas dimensões.

Cabe ressaltar, que é importante não perder de vista o difícil contexto político e social atravessado pelo país, no qual prevalece o acirramento de ações que caminham na contramão da vida e posicionam a desigualdade social como uma barreira quase intransponível. Nesse sentido, esta pesquisa se propõe como uma forma de resistir à desvalorização e ao depreciamento da vida, pois afirma a importância de vidas que, por vezes, são desconsideradas e “matáveis”. Trata-se, também, de uma tentativa de servir de base para pensar outras possibilidades de cuidado para as PVHA e fazem uso de crack, de modo que suas experiências não sejam anuladas, mas sim sejam tomadas como prioridade no planejamento e na implementação das ações do Estado, especialmente nas referentes ao âmbito da saúde.

## 1.2 A INVENÇÃO DO CAMPO: PRODUZINDO O CAMINHO AO CAMINHAR

A experiência com PVHA e fazem uso de crack surgiu ainda na graduação em Serviço Social, ao realizar estágio durante dois anos no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), que é referência no atendimento às doenças infectocontagiosas no Estado do Ceará. No trabalho de conclusão deste curso, busquei compreender os determinantes sociais presentes na vida dessas pessoas. Todavia, no processo de elaboração deste trabalho, percebi a necessidade de

---

<sup>1</sup> Os codinomes utilizados, Maria e Davi, foram escolhidos por eles no ato das entrevistas. Para os demais interlocutores da pesquisa, optou-se por denominá-los com nomes de pedras preciosas.

extrapolar o ambiente hospitalar, onde a pesquisa foi realizada, para me aproximar cada vez mais dos modos de viver e estar no mundo, revelados pelos sujeitos com os quais tive contato. Mais que uma necessidade de ordem científica, sempre houve uma “afetação” para com as vidas destes, uma inquietação pulsante e produtiva que moveu o trabalho de dissertação que ora se apresenta, do começo ao fim.

O uso problemático das drogas, especialmente do crack, é carregado por julgamentos morais e estereótipos por parte do senso comum, os quais rebatem nos modos de viver, cuidar e produzir saúde. Quando atrelado à condição de viver com HIV/Aids, tem-se uma interação de estigmas, uma vez que a soropositividade também é marcada por representações sociais construídas historicamente: este cenário complexo é o pano de fundo desta pesquisa de mestrado.

Na pesquisa de conclusão do curso de graduação realizada no hospital supramencionado, identifiquei que as reinternações de PVHA que usavam crack eram frequentes e que o uso abusivo da droga, por vezes, era colocado como a principal justificativa para a nova internação. Situações de “alta a pedido” eram repetidamente presenciadas e a fissura<sup>2</sup> pela droga era percebida como um dos motivos para isso, evidenciada, principalmente, pelos sinais de abstinência. Referidas pessoas entravam em um ciclo que debilitava cada vez mais seu estado de saúde, pois saíam “de alta” para continuar o uso de crack, interrompendo o tratamento, seja para o HIV/Aids, seja para a doença causadora da internação. Entretanto, acabavam sendo reinternadas por ficarem com a imunidade cada vez mais baixa, muitas vezes, chegando ao óbito (GÓIS, 2015).

Por mais que o ritual de consumo de crack e outras drogas e os determinantes sociais representassem agravos de saúde para as PVHA, as práticas reproduzidas no hospital em apreço se limitavam (e ainda se limitam, possivelmente) ao controle da epidemia, à redução da carga viral e à “estabilização” do corpo biológico. Os usuários atendidos acabavam sendo anulados por generalizações e rotulados como “problemáticos” e “culpados” por qualquer possível piora em sua situação de saúde.

Os afetos, os sentimentos, os valores morais e as representações sociais construídas historicamente têm uma profunda relação com os profissionais de saúde e acabam sendo reproduzidos no cuidado. A formação acadêmica é apenas um dos

---

<sup>2</sup> Entende-se “fissura” como a vontade incontrolável de usar a droga.

elementos constituintes da multiplicidade de conhecimentos, experiências e sentidos que perpassa a prática profissional.

A pesquisa realizada no HSJ também demonstrou que a infecção pelo HIV e sua relação com o crack apresenta determinações sociais relacionadas ao modo de sociabilidade atual, reveladas pelo perfil dos sujeitos: geralmente são pessoas jovens e adultas, em situação de pobreza, desempregadas e com acesso mínimo aos direitos sociais. No momento de realização deste estudo, estas demandaram sucessivas reinternações hospitalares por não aderirem ao tratamento e/ou por não acessarem outras políticas sociais públicas (GÓIS, 2015). Tal estudo ocorreu há apenas dois anos e, das nove pessoas entrevistadas, cinco já foram a óbito.

A vivência com as pessoas internadas devido à infecção pelo HIV e sua relação com o crack impulsionou a construção desta dissertação de mestrado, uma vez que disparou o desejo por compreender as experiências de vida delas nesse caminhar em busca de cuidado. Isto porque elas já chegavam ao hospital “quando não estavam mais aguentando” (sic.), ou seja, em estado de saúde considerado grave, sempre acabando internadas.

Dentre as inquietações despontadas, destacaram-se: Quais as experiências que compõem a relação entre viver com HIV/Aids e fazer uso de crack? Quais as trajetórias percorridas por essas pessoas em busca de cuidado? Quem é o sujeito que vai se construindo nesse caminhar? Quais elementos atravessam essa busca por cuidado? É possível experienciar o cuidado fora dos espaços formais preconizados para realizá-lo? Por que as PVHA procuram cuidado apenas quando já estão em estado grave de saúde? Eles acessavam os serviços de saúde de atenção secundária e primária antes da chegada ao hospital (isto é, à atenção terciária)?

Para responder aos questionamentos revelados em minhas inquietações, selecionei a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Carlos Ribeiro, localizada no bairro Jacarecanga, na Regional I de Fortaleza/CE. Nela funcionam um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) e dois Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids, o SAE da própria Unidade, implantado em 2012, e o SAE do antigo Centro de Especialidades Médicas José de Alencar (CEMJA)<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Após um incêndio ocorrido na antiga sede do CEMJA, o serviço foi redistribuído em três UAPS de Fortaleza/CE. Dessa forma, o SAE de HIV/Aids foi transferido para a UAPS Carlos Ribeiro.

A entrada neste campo teve início em fevereiro do ano de 2017 e foi o primeiro desafio para a construção desse trabalho de pesquisa. Por aproximadamente um mês, visitei quase que diariamente a UAPS referida. Foram muitas idas e vindas com a expectativa de encontrar trabalhadores-chaves para contribuir com este estudo, que estivessem há mais tempo no serviço e conhecessem melhor os usuários, para assim me ajudarem com indicações sobre os possíveis protagonistas da minha pesquisa.

A sala de espera do CTA foi o primeiro espaço de observação de campo. O desejo inicial era identificar ali as pessoas que viviam com HIV/Aids e faziam uso de crack, porém a cada novo dia vivenciado naquele serviço, percebi que estas pessoas não apareciam. A fala dos profissionais sempre remetia à dificuldade de alcançar estes usuários: “são pessoas que não aderem ao tratamento e geralmente são da rua!” (sic.).

Um dos fatores que mais dificultou o encontro com os sujeitos deste estudo foi o fato de o vínculo trabalhista da maior parte dos trabalhadores do serviço ser bastante recente. Em sua maioria, os profissionais haviam chegado ao serviço em janeiro deste ano (de 2017) por meio da última seleção para profissionais temporários da Prefeitura Municipal de Fortaleza/CE. Assim, eles afirmavam não conhecer ainda nenhum sujeito com o perfil selecionado para esta pesquisa.

No CTA, acompanhei ao longo de uma tarde, os atendimentos realizados pelo Serviço Social. Os(as) assistentes sociais são responsáveis pelo agendamento dos retornos às consultas com os médicos, entre outras atribuições. Estes (as) profissionais afirmaram que esta foi uma estratégia criada por eles (as) para conseguir alcançar mais pessoas que acessavam o serviço, uma vez que, na maioria das vezes, o usuário vinha à consulta médica e saía da unidade sem passar pelo Serviço Social.

Na ocasião, uma das assistentes sociais orientou que o melhor caminho para encontrar os sujeitos elegidos para esta pesquisa dissertativa seria articulando-me à equipe que realizava o Tratamento Diretamente Observado (TDO)<sup>4</sup> da

---

<sup>4</sup> Consiste na tomada diária (de segunda-feira à sexta-feira) de medicação sob supervisão do profissional de saúde, possibilitando interação, corresponsabilidade e aprendizado de todos os atores envolvidos (enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde). A estratégia do TDO é destinada a todos os pacientes com diagnóstico de tuberculose e também tem como horizonte promover a articulação entre diferentes programas que podem contribuir para o controle da endemia no país, particularmente no combate à coinfeção Tuberculose/ HIV e na promoção do acesso às populações mais vulneráveis aos serviços de saúde, numa perspectiva de

Tuberculose (TB), pois esta era a que realizava um contato mais efetivo com as pessoas em situação de rua, as quais, presumivelmente, atenderiam às características requisitadas, principalmente pelo uso de crack.

Procurei a equipe, apresentei brevemente minha pesquisa à enfermeira responsável e esta afirmou que eles realmente tinham muito contato com as pessoas que eu procurava para serem os sujeitos da minha pesquisa, já que a coinfeção por TB/HIV e o uso de crack eram comuns entre as pessoas que “estavam na rua e não ali no serviço” (sic.). A UAPS Carlos Ribeiro acompanha as pessoas com tuberculose em parceria com a APTU, Organização Não Governamental (ONG) que tem por objetivo conscientizar a comunidade geral sobre a tuberculose e seus sinais, sintomas e tratamento, com especial atenção à população em situação de rua.

Assim, esta pesquisa se reinventou. Isto porque os mobilizadores sociais e demais trabalhadores da APTU foram fundamentais na construção deste trabalho, pois proporcionaram o encontro com os sujeitos da pesquisa. No primeiro contato com a associação, eles estavam de saída para a “busca ativa” de Esmeralda, uma moça que estava em tratamento para TB, vivia com HIV/Aids, fazia uso de crack e tinha sido internada em uma comunidade terapêutica, porém havia fugido.

Convidaram-me para acompanhar a busca por Esmeralda. Encontramos com ela em uma das praças da cidade de Fortaleza/CE e ela nos explicou os motivos da “fuga”, relatando que todos da comunidade terapêutica “ficaram sabendo” (sic.) da sua soropositividade e que ela se sentiu discriminada por eles. Esmeralda fazia uso de crack há vinte anos e há aproximadamente dez anos conhecia o diagnóstico de HIV, mas não aderiu ao tratamento. Naquele momento, encontrei a primeira participante deste estudo. Entretanto, Esmeralda adoeceu, internou-se e foi a óbito antes que eu pudesse, minimamente, aproximar-me dela. Presenciamos a perda de mais uma vida.

Após o primeiro encontro com Esmeralda, seguimos para uma das comunidades onde a associação faz acompanhamento de pessoas com diagnóstico de TB e que acabou se tornando o cenário deste estudo. Esta comunidade é tida como uma das mais “perigosas” de Fortaleza, estando localizada nas imediações de um luxuoso hotel da cidade: realidades próximas, porém totalmente díspares.

Começou ali a maior experiência já vivenciada por mim, já que esta comunidade concentra muitas pessoas que fazem uso de crack, oferecendo um campo fértil para a realização da pesquisa com os sujeitos. Na sua rua principal há uma grande movimentação de crianças brincando; de pessoas sentadas nas calçadas; de sons sempre ligados; de carros e motos passando (com vidros abertos, uma “regra” da comunidade); muitas pessoas usando crack, concentradas em esfarelar a pedra em cima das cinzas de cigarro num cachimbo feito por elas mesmas (Figura 1); e tantas outras vendendo drogas na rua, nas bocadas<sup>5</sup>, nas pousadas<sup>6</sup> e nas casas. Sem dúvida, o tráfico é uma das principais fontes de renda e de sobrevivência na comunidade descrita. A meu ver, inclusive, esta rua principal pode ser considerada como uma “cracolândia”, devido à concentração de pessoas usando esta substância, principalmente à noite.

**Figura 1 – Cachimbo artesanal para uso de crack**



Fonte: Foto tirada pela autora durante pesquisa de campo.

<sup>5</sup> Nome dado às zonas de venda e uso de drogas proibidas.

<sup>6</sup> São espaços com vários quartos alugados por diária, com valores variando entre R\$ 10,00 e R\$ 25,00. Estes quartos são escuros, apenas alguns dispõem de energia, assim como não possuem água encanada e, dificilmente, são mobiliados. Os objetos encontrados nestes são oriundos de doações ou foram recolhidos no lixo e são reutilizados pelas pessoas que ali habitam. Geralmente, os moradores são pessoas em situação de rua que alugam o quarto como “ponto de apoio”.

Entrar na comunidade é sempre muito intenso. No primeiro dia (o mais marcante, talvez pelo confronto com uma realidade antes “distante” de mim), observei que havia várias pessoas na rua fazendo uso de crack e outras, vendendo-o, principalmente adolescentes e jovens, os quais seguravam em uma mão um saquinho com várias pedras, de vários tamanhos, e na outra mão, cédulas de dinheiro entrelaçadas entre os dedos para facilitar o troco nas vendas.

Adentramos em uma das maiores pousadas da comunidade, que dispõe, inclusive, de dois andares subterrâneos, concentrando sempre muitas pessoas neste espaço. Observei que além de todos os moradores desta pousada fazerem uso de crack, havia sempre outras pessoas vendendo-o, comprando-o e também o usando, principalmente no horário noturno<sup>7</sup>, em que ocorre uma maior movimentação na comunidade. Ao descer o primeiro andar, existe uma mesa de concreto no centro de uma sala, na qual sempre havia pedras de crack, dinheiro e pessoas em volta. Além disso, o movimento de pessoas era frequente: visualizei um grande fluxo de sujeitos entrando e saindo constantemente, deixando o dinheiro na mesa e pegando mais pedras para vender. Era uma movimentação intensa, mesmo que o lugar fosse quase que um “labirinto”, em decorrência dos seus vários quartos e espaços (que ainda não havia conseguido explorá-los por completo).

A aproximação com a comunidade evidenciou os preconceitos e medos que ainda habitavam em mim. Não há como negar o receio experimentado ao adentrar naquele espaço. Simultaneamente, e com mais intensidade, sobressaiu um sentimento de convicção, de certeza de que eu queria/deveria estar ali, *in loco*, exatamente no lugar onde as pessoas que se internavam no HSJ me descreveram. Todo cuidado foi tomado para que minha inserção na comunidade não causasse nenhum desconforto. O objetivo era criar vínculos e, para isso, era preciso transmitir confiança.

A denominação cracolândia para definir os espaços de concentração de pessoas que usam crack acaba por focalizar a atenção à existência e ao uso da droga, desconsiderando as pessoas que ali se encontram. Na medida em que fui me aproximando destas pessoas e lugares, constatei o quanto o referido termo era equivocado, produzindo marcas e estereótipos indutores de visões simplistas e reducionistas sobre a realidade da vida com crack. Nestes locais, há uma

---

<sup>7</sup> Atualmente estou inserida como voluntária na Associação, experiência que me permite participar de alguns trabalhos realizados no período noturno.

multiplicidade de vidas e são estas que, primordialmente, precisam ser levadas em consideração. Estas vidas revelam as particularidades de pessoas expostas a uma brutal desigualdade social e à miséria, produzida principalmente pela “máquina” cruel do capitalismo.

Todas as minhas visitas à comunidade em apreço foram acompanhadas por, pelo menos, um dos mobilizadores sociais da APTU. Estes estão em contato com as pessoas da comunidade há aproximadamente um ano e já criaram um vínculo forte e consistente com seus membros, fator que possibilitou o meu acesso, acompanhada deles.

Maria e Davi são os protagonistas deste estudo, porém o caminhar até eles foi permeado por vários outros encontros. Considerei importante destacar alguns destes, principalmente por me ajudarem a explicitar o contexto de vida das pessoas da comunidade. Quartzo seria outro sujeito desta pesquisa. Trata-se de um jovem de 19 anos, diagnosticado recentemente com HIV, que trabalhava como “olheiro” do tráfico, uma espécie de “informante” responsável por avisar sobre presenças indesejadas na comunidade, como policiais. Referiu manter relações sexuais desprotegidas com sua companheira, que ainda não havia realizado o teste para o HIV, pois foi a óbito durante a pesquisa de campo. Em seguida, Quartzo “desapareceu” por conta de dívidas de droga com um traficante, impossibilitando o contato com ele pelos mobilizadores sociais da APTU e por mim.

Logo no primeiro dia na comunidade, fomos abordados por um senhor que demonstrava muito cansaço, afirmava estar com TB e dizia ser acompanhado no hospital, mas estar sem seus remédios, que haviam acabado há dois dias. Mostrou os exames comprobatórios e questionou como poderia ser acompanhado pela associação, no território. Realizadas as devidas orientações, entregamos uma cartela de comprimidos a ele e combinamos em levá-lo ao posto no dia seguinte. Com um copo de leite na mão, ele relatou que tomaria os comprimidos após almoçar, pois se sentia fraco, porque ainda não tinha se alimentado (já era final de tarde) e sabia que os remédios eram fortes. Curiosamente, perguntamos o que ele iria almoçar e ele retirou um pacote de suco em pó do bolso, colocou dentro do leite e falou: “tá aqui, vou almoçar isso agora!” (sic.). Este fato, aparentemente isolado, ilustra a realidade da comunidade: lá se vive uma batalha diária por sobrevivência, uma vez que a maioria das pessoas não tem acesso nem à alimentação.

Segundo os mobilizadores da APTU, as pessoas em situação de rua de Fortaleza/CE permanecem em um lugar fixo por algum tempo, onde dormem e “magueiam”<sup>8</sup>. Entretanto, existem também aqueles que estão sempre em movimento, impossibilitando qualquer generalização sobre seus modos de existência, principalmente quanto à singularidade do “viver na rua”.

Para conseguir acompanhar o tratamento de TB destas pessoas, os mobilizadores procuram fazer acordos com elas, marcando os lugares de encontro para que o cuidado se dê de forma contínua e ocorra uma melhor observação dos seus casos, por meio de visitas diárias. É imprescindível destacar que quando a associação identifica a comorbidade TB/HIV, tenta-se acompanhar também a ingestão dos medicamentos antirretrovirais, principalmente por saber da complexidade destas doenças quando associadas ao uso de crack. Contudo, este acompanhamento só acontece enquanto essas pessoas estão em tratamento para a TB (em média seis meses), pois a APTU não dispõe de condições materiais para acompanhar o tratamento para o HIV, que deve ser ininterrupto.

A reinfecção pela TB ocorre principalmente entre aqueles que passam muito tempo dentro das bocadas, espaços pequenos, fechados e sempre com muitas pessoas. As pessoas acompanhadas recebem uma refeição (almoço) durante o tratamento, entregue *in loco*, de segunda-feira à quinta-feira. Identificou-se que o acesso à alimentação provoca em alguns o “desejo” por ficar doente (novamente) para ter direito ao almoço. Um olhar superficial/moralista sobre tal constatação interpretaria este “desejo” como inconcebível, porém, neste caso descrito, o adoecer é uma estratégia para manter-se vivo.

A UAPS concede uma cesta básica às pessoas em tratamento para TB que, em tese, deveria ser entregue mensalmente. Acompanhei algumas pessoas até o posto para recebê-la e todas elas venderam a cesta por R\$ 50,00 ou R\$ 60,00 ou a utilizaram como escambo para quitar as diárias nas pousadas. No ato do recebimento da cesta no posto, a venda não era mencionada, porém estas pessoas falavam abertamente o que fariam com a cesta a mim e ao Topázio (mobilizador social que mais esteve presente na construção dessa pesquisa), no caminho de volta à comunidade. Diziam que, como não tinham local para preparar a refeição,

---

<sup>8</sup> Expressão que significa o ato de pedir ajuda nas ruas.

preferiam converter a cesta em dinheiro ou trocá-la, mas sempre pediam “sigilo”, pois tinham medo de que o recebimento da cesta fosse cancelado.

A troca da cesta por droga também foi constatada. A impressão é a de que o uso de crack altera o estado de consciência para, de certa forma, permitir a “saída” daquela realidade e ter alguma forma de prazer, sendo esta a única coisa que traria algum tipo de “vitalidade” para a vida daquelas pessoas. Sobre esta percepção, Opala, mobilizador social da APTU, ponderou lucidamente:

Não vejo ninguém feliz ali usando crack. Eu vejo a droga ali como um remédio, um anestésico pra encarar a vida, que tá toda ferrada! O cara já tem problemas muito sérios de relacionamento com a família, com a igreja, com tudo. Porque para mim a droga é assim: tem problema e depois vem as drogas, aí viciou e pronto. O crack tem sempre problema anterior! [...] O cara que tá na rua é um retrato. A história do povo dá livros, filmes e filmes, de qualquer um deles (Opala).

A experiência de campo ratifica que a droga aparece como uma “solução” para essas vidas “miseráveis” e não como a causa de uma vida “miserável”. A pessoa que ali habita possui uma história de vida singular, com uma multiplicidade de atravessamentos confirmadores de que a vida não se enquadra nas generalizações, sempre há “escapamentos”. Há afetos, sentimentos e acontecimentos que particularizam cada modo de ser e estar no mundo.

A minha identificação como assistente social gerava muita expectativa entre eles, os quais pediam “ajuda” prontamente. Alguns pediam internação (um “desejo de ir para o manicômio”, de não estar ali) e outros pediam uma “ocupação” para não usar o crack: “[...] quando eu tô distraída, eu não uso crack. Quando eu tava no presídio eu acordava cedo e ia trabalhar nos serviços gerais e não lembrava da pedra” (sic.).

Nesse caminhar também encontrei Ônix, uma das pessoas que entrevistei no trabalho de monografia e que me reconheceu ao ver-me na comunidade. Ônix tem 41 anos, usa crack desde os 17 e conhece sua soropositividade há mais de 10 anos. Estava mais magro, fazendo tratamento de TB pela terceira vez. Procurou ajuda porque havia parado os antirretrovirais e os remédios para TB e estava se sentindo cansado. Sabia que estava piorando e em breve precisaria se internar de novo<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> À época da pesquisa no HSJ, Ônix já somava dez internações.

A exclusão social e a pobreza delineiam a vida das PVHA e fazem uso de crack, aparecendo como barreiras intransponíveis, que fazem com que a droga assumam centralidade em suas existências e com que suas vidas estejam ainda mais vulneráveis. É este o cenário da pesquisa que compõe esta dissertação: um contexto de vulnerabilidades, de “não-lugares” e “não-pessoas”.

Descrever a aproximação/invenção deste estudo diz muito do lugar ocupado por mim como “pesquisadora”, devido aos muitos encontros, afetações, sentimentos e pelo fato de ele estar longe de qualquer “neutralidade” (e isto foi fundamental). Os vínculos criados na imersão dentro da pesquisa extrapolaram um fazer acadêmico e revelam um compromisso ético e político com a vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids. O lugar de “pesquisadora” se deslocou e reinventou outros saberes e olhares que afirmam suas vidas para além do uso de uma substância psicoativa e do diagnóstico de soropositividade.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 GERAL

Compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids.

### 2.2 ESPECÍFICOS

- a) Mapear os itinerários terapêuticos das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids em busca de cuidado em saúde;
- b) Identificar a rede de apoio social no processo de busca por cuidado;
- c) Apreender as vulnerabilidades que atravessam as experiências das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack.

### **3 VIVER COM HIV/AIDS E FAZER USO DE CRACK: SITUANDO ESTA RELAÇÃO NA LITERATURA**

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), em sua dimensão biológica, trata-se de uma doença causada pelo vírus HIV, cujo principal objetivo consiste em fragilizar o sistema imunológico da pessoa por ele infectada. No entanto, a epidemia de Aids possui elementos que a atravessam e lhe atribuem uma dinamicidade peculiar. O vírus ideológico, sustentado e disseminado pelo tripé estigma, preconceito e discriminação, é um dos aspectos que perpassa a condição do viver com HIV/Aids e nunca deixou de ser um obstáculo, fosse qual fosse o modo pelo qual o Brasil escolhesse enfrentar o problema (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS, 2015).

No tocante ao cuidado direcionado às PVHA, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido o principal pilar de sustentação do Programa Brasileiro de Aids. O surgimento do SUS coincidiu com o momento de início da epidemia de Aids, concebendo-se no interior deste Sistema a luta contra esta enfermidade, por meio dos princípios da universalidade, equidade e integralidade, lançados desde seu surgimento. Referidos princípios e o próprio SUS se destacam como instrumentos de afirmação da importância dos movimentos sociais na construção dos serviços públicos existentes atualmente no Brasil, bem como daqueles de iniciativa da sociedade civil.

Desde sua emergência, a epidemia de Aids trouxe consequências nos âmbitos social, econômico e político. O fato de a infecção pelo HIV ter sido identificada primeiramente em homossexuais originou a associação entre Aids e homossexualidade, como se a doença fosse um castigo pela "sexualidade descontrolada" destas pessoas, sendo considerada por alguns como um "câncer gay" ou um "câncer dos homossexuais". Os homossexuais foram considerados assim um "grupo de risco". Esta foi a primeira representação social criada para o fenômeno da Aids na década de 1980, marcando sua construção social e histórica (BARBARÁ; SACHETTI; CREPALDI, 2005).

Esta doença se propagou para outros segmentos da população que também eram/são considerados marginalizados, como as pessoas que usam drogas, as prostitutas e os travestis. Este fato os incorporou ao "grupo de risco",

reforçando a ideia de que a Aids estava ligada à promiscuidade e à imoralidade (*Ibid.*).

Em seguida, registrou-se uma fase orientada pela perspectiva de exposição ao vírus HIV, ou seja, percebeu-se que a maior forma de transmissão se dava por meio do uso de drogas injetáveis (compartilhamento de seringas) e atingia um número cada vez maior de heterossexuais, adotando-se, então, o conceito de "comportamento de risco" (GALVÃO, 2002).

No cenário contemporâneo, considera-se a suscetibilidade de todas as pessoas à infecção pelo vírus HIV. De tal modo, o conceito utilizado atualmente é o de "vulnerabilidade". Este reconhece a infecção como não dependente apenas da informação e da postura individual, mas de uma série de fatores que atravessam a vida dos sujeitos (*Ibid.*).

Segundo Ayres *et al.* (2003), o surgimento e estudo da vulnerabilidade<sup>10</sup> esteve associado à história da epidemia de HIV/Aids, na década de 1990. O desenvolvimento do conceito foi inspirado pelas preocupações sobre a compreensão da vulnerabilidade relativa aos determinantes envolvidos na pandemia de HIV/Aids; pelas reflexões sobre cuidado, prevenção e promoção da saúde baseadas nos direitos humanos; e a partir da realização de desenhos de intervenção norteados pelo ideário da atenção integral e pelos processos de mobilização social também fundamentados nos direitos humanos. Esta fase inaugurou a entrada do conceito na área da Saúde Pública.

A proposta elaborada a partir daí buscava superar, sem negar práticas preventivas ancoradas no conceito do risco, e captar as interferências entre os múltiplos aspectos (individuais, coletivos e contextuais) envolvidos no processo saúde/doença. As distintas situações de vulnerabilidade consideram três componentes interligados: Individual - referido a conhecimentos e informações sobre problemas específicos e a atitudes para se assumirem condutas ou práticas protetoras, com destaque para o viés comportamental e racional, ancorado em relacionamentos intersubjetivos; Social ou Coletivo - diz respeito a aspectos

---

<sup>10</sup> É importante não confundir este conceito de vulnerabilidade com o conceito de vulnerabilidade divulgado nos anos 1960, a partir da técnica de planejamento chamada Cendes/OPAS, na qual a vulnerabilidade (da doença à intervenção e não das pessoas à doença), a magnitude e a transcendência eram configuradas como a tríade básica sobre a qual se assentava o hoje chamado planejamento normativo (AYRES, *et al.*, 2003). Malagón-oviedo e Czeresnia (2015) também chamam a atenção para o reconhecido valor heurístico do conceito. Sua aplicação se diferencia e seu uso em outros campos afastados da área da saúde aumenta sua polissemia.

contextuais, tais como: relações econômicas, de gênero, étnico/raciais, crenças religiosas, exclusão social, etc.; Programático ou Institucional - relacionado aos serviços de saúde e à forma como estes lidam para reduzir contextos de vulnerabilidade, destacando-se o saber acumulado nas políticas e nas instituições para interatuar com outros setores/atores, como: educação, justiça, cultura, bem-estar social, etc. (AYRES, *et al.*, 2003).

À época do seu surgimento, a epidemia de Aids era relacionada a identidades sociais muito específicas, criando condições para outros grupos populacionais considerarem os membros destas identidades como “perigos”. Neste contexto, a vulnerabilidade, inicialmente ligada às lutas civis e ao discurso jurídico, tornou-se uma preocupação científica no campo sanitário, o qual visava estratégias de intervenção mais amplas, em consonância com o caráter indivisível e sinérgico dos direitos humanos (MALAGÓN-OVIEDO; CZERESNIA, 2015)

Atualmente, estima-se que existem cerca de 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS em todo o mundo (UNAIDS, 2015). No cenário mundial, evidencia-se uma heterogeneidade de enfrentamentos e resultados diante da epidemia desta doença, aspecto corroborado pela redução de novas infecções em alguns países e pelo aumento destas, concomitantemente, em outros países. Neste panorama, verifica-se que o Brasil está entre os países que tiveram um aumento de 1 a 24% durante o período de 2005 a 2015 (JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS, 2016). Portanto, o aumento de novas infecções pelo HIV caracteriza o cenário brasileiro da quarta década da epidemia de AIDS.

Desde o início da epidemia de Aids em 1980 até junho de 2016, foram identificados cerca de 842.710 casos de Aids no Brasil. Nosso país tem registrado, anualmente, uma média de 41,1 mil casos de Aids nos últimos cinco anos. As Regiões Norte e Nordeste apresentam uma tendência linear de crescimento da taxa de detecção. Em 2006, a taxa de casos registrados por 100 mil habitantes na Região Norte foi de 15,0 e de 11,1, na Região Nordeste. No último ano, por sua vez, a taxa foi de 24,0, na Região Norte e de 15,3, na Região Nordeste, o que representa um aumento de 61,4% (Norte) e de 37,2% (Nordeste), em cada Região, respectivamente (BRASIL, 2017).

Com relação ao índice de mortalidade, diferentemente das demais regiões brasileiras, o Norte, o Nordeste e o Centro-Oeste apresentaram uma tendência de crescimento nos últimos dez anos. Na Região Nordeste, cenário desta

pesquisa, este coeficiente aumentou 34,3%, passando de 3,4 para 4,6 óbitos por 100 mil habitantes em 2015 (BRASIL, 2017).

No *ranking* brasileiro de detecção de Aids, o Ceará ocupa o 15º lugar com relação à taxa de detecção da doença. Ao ser comparado aos outros Estados do Nordeste, ele assume o 5º lugar, ficando atrás dos Estados do Maranhão, Pernambuco, Alagoas e Sergipe (BRASIL, 2015). O crescimento da incidência de Aids nas Regiões Norte e Nordeste pode estar relacionado às diferenças nas ações de prevenção, atenção e cuidado.

No Ceará, foram notificados um total de 16.790 casos de Aids no período de 1983 a junho de 2016. A partir da publicação da Portaria nº 1.271 de 06 de junho de 2014, passaram a ser notificados também casos de HIV, fato que pode ter impulsionado o aumento do número de notificações da doença/condição. No ano de 2016 foram notificados 460 casos. Dentre estes, 44% (202/460) são casos de Aids e 56% (258/460) de HIV (CEARÁ, 2016).

A tendência da doença no Brasil aponta para o aumento da incidência de Aids nas regiões mais distantes das metrópoles, um processo denominado de interiorização. No tocante à interiorização do HIV/Aids no Ceará, 96% de todos os municípios cearenses já identificaram pelo menos um caso de Aids (PEDROSA *et al.*, 2015). Os dez municípios cearenses com maior prevalência de casos de Aids durante o período de 1983-2014 são: Fortaleza (8.907), Caucaia (590), Maracanaú (573), Sobral (373), Aracati (160), Iguatu (158), Cascavel (112), Russas (113), Juazeiro do Norte (109) e Pacajus (106) (CEARÁ, 2015).

Os dados acima demonstram que Fortaleza concentra o maior quantitativo de pessoas vivendo com HIV/Aids do Estado do Ceará. Em outra base de dados, verifica-se que foram notificados 11.541 casos no período de 1980 a 2015. Ao considerar as notificações que ocorreram de 2010 a 2015, tem-se um total de 3.860 casos, o correspondente a 33% do total de notificações de casos de Aids no Ceará em relação a todo o período apresentado (BRASIL, 2016). Estas informações evidenciam o crescimento da epidemia de Aids na capital cearense na última década.

O fato de a notificação compulsória da infecção pelo HIV ser muito recente impossibilita uma análise epidemiológica mais robusta com relação às tendências da infecção no Brasil. Entretanto, os dados existentes já revelam o quão complexo é compreender e enfrentar a epidemia de Aids no Estado do Ceará. Diz-se

isso, porque esta complexidade se circunscreve a questões que vão desde aspectos estruturais da organização de um Estado até elementos culturais, sociais e subjetivos que perpassam, dinamizam e atribuem desafios que ultrapassam a caracterização biomédica de um evento viral.

Seffner e Parker (2016) afirmam que conhecer a situação da Aids em um país é saber como operam as diferenças que posicionam as pessoas em diferentes lugares no tecido da vida social. Estas diferenças criam oportunidades para que alguns se infectem e outros não, e para que alguns, depois de infectados, tenham acesso aos benefícios do tratamento em sua integralidade, enquanto outros disponham de um precário acesso a estes mesmos bens.

Os progressos terapêuticos e medicamentosos no tratamento disponibilizado às PVHA são visíveis e possibilitam importantes melhorias de qualidade de vida. No entanto, tais avanços ainda não conseguiram desconstruir o imaginário relacionado aos “grupos de risco”, mediado por percepções e valorações éticas, morais e religiosas fundamentadas em antigas metáforas da doença, associadas à sua natureza patogênica (desencadeada por um vírus transmissível) e a características sociodemográficas dos grupos populacionais mais vulneráveis (BRASIL, 2012).

A condição de estar infectado por um vírus de difícil combate, sem perspectivas de eliminação em curto ou médio prazo, e o enfrentamento cotidiano de expressões e reações de preconceito e discriminação social, sexual e afetiva, também podem levar as PVHA ao sofrimento psíquico e a transtornos mentais. Assim sendo, as abordagens ou estratégias de atendimento/cuidado direcionadas a estas pessoas não devem ser as mesmas para homens, mulheres, crianças, adolescentes, travestis, profissionais do sexo, pessoas que usam álcool e outras drogas, gays, casais sorodiscordantes, entre outros. Na verdade, é imprescindível considerar as especificidades, peculiaridades e singularidades de cada um, sem perder de vista a vivência da sexualidade, a dinâmica de vida, os acordos nas relações, os mitos construídos sobre a redução do prazer com o uso de preservativos, o medo da rejeição, enfim, os múltiplos modos de viver (*Ibid.*).

A epidemia em apreço apresenta sinais de concentração em grupos populacionais específicos. O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), alinhado à Organização Mundial de Saúde (OMS), nomeia de populações chaves

(*key populations*) aquelas que apresentam maior risco de infecção pelo HIV. São elas: homens que fazem sexo com homens (HSH<sup>11</sup>), pessoas que usam drogas, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e transgêneros (WHO, 2014). De acordo com Parker e Aggleton (2003), do ponto de vista sociocultural, o estigma da Aids pode ser reforçado por outros estigmas relacionados ao gênero, à raça, à orientação sexual, à situação econômica, ao uso de drogas, entre outros.

A partir deste panorama, estabelece-se neste estudo dissertativo, a interação entre o estigma da Aids e o estigma em torno do uso de crack, os quais dinamizam o viver com HIV/Aids e a busca por cuidado. No Brasil, a taxa de prevalência de HIV na população geral é de 0,39% (BRASIL, 2017), enquanto que estudos realizados em 2008/2009 com pessoas que usam drogas apontaram uma prevalência de 5,9% nestas. Este percentual é 1512% maior que o da população em geral. Quanto às pessoas que usam crack, uma pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2013, encontrou uma taxa de 5,0% (*Ibid.*). Os dados mencionados conferem relevância a este estudo, especialmente à relação entre fazer uso de crack e viver com HIV/Aids.

Para além dos dados epidemiológicos, viver com HIV/Aids e fazer uso de crack se torna peculiar no Brasil principalmente pela construção social e simbólica sobre a Aids e as drogas existente no país, que revela a presença de um imaginário social negativo. Isto contribui para a reprodução do preconceito e do estigma na vida dos sujeitos afetados.

O consumo de drogas sempre ocorreu em diferentes culturas humanas, aparecendo tanto em cerimônias, rituais místicos/sagrados e festividades sociais, quanto para amenizar a dor, para servir como tranquilizante e para induzir alucinações. Supõe-se que a cocaína, por exemplo, seja utilizada desde o século XIX, tanto pela inalação, como pela dissolução em água para sua injeção nas veias (CRUZ, VARGENS; RAMÔA, 2013). Ainda existem as formas de cocaína que podem ser fumadas, quais sejam: a merla<sup>12</sup>, o oxi<sup>13</sup> e o crack.

---

<sup>11</sup> O termo HSH é oriundo de denominação inglesa *men who have sex with men (MSM)*. Esta é usada para definir homens gays e bissexuais e aqueles com práticas homoeróticas e identidade heterossexual (BRIGNOL *et al.*, 2015).

<sup>12</sup> "A merla (mela, mel ou melado) é a cocaína apresentada sob a forma de base ou pasta, um produto ainda sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração" (BRASIL, 2010, p. 27).

<sup>13</sup> O oxi é um derivado da cocaína também vendido em forma de pedra para ser fumado, assim como o crack. Estas duas drogas visualmente são praticamente idênticas. A diferença entre elas estava,

Os registros apontam a origem do crack por volta dos anos de 1984/85, em bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Ele era utilizado em casas abandonadas e precárias denominadas *crack houses*. Seu nome se origina do fato de os cristais da pedra serem fumados em cachimbos e estalarem quando expostos ao fogo (PERRENOUD; RIBEIRO, 2012).

Os indícios sobre a chegada do crack no Brasil geralmente se originam da imprensa e/ou dos órgãos policiais. As apreensões da droga tiveram início a partir dos anos 1990 e se concentraram inicialmente na zona leste de São Paulo, seguida da região da Estação da Luz, a conhecida Cracolândia de atualmente. O consumo se espalhou para outros pontos da cidade rapidamente, principalmente devido ao ambiente de repressão e de exclusão social concentrado no centro de São Paulo (*Ibid.*).

As famosas cracolândias são espaços onde pessoas se reúnem para usar crack, dividindo as substâncias e os objetos de uso. Comumente são compostas por pessoas em situação de rua, as quais começam a formar grupos em espaços específicos para usar e compartilhar os insumos, também fazendo cotas para comprar as drogas, denominadas por eles como “intéras” (QUINDERÉ, 2013).

Acioli Neto e Santos (2015) asseguram não haver uma relação de causalidade entre o uso de crack e a vivência de rua. Na realidade, o que se observa é que o consumo desta droga entre pessoas que vivem nas ruas é mais frequente, porém seu uso não está limitado apenas às cracolândias.

No início da epidemia de HIV/Aids, as pessoas adeptas do uso da cocaína injetável passaram a optar pelo uso de crack por este trazer menos risco de infecção pelo vírus HIV. Atualmente, esta alternativa já não é considerada segura, sobretudo, pela troca de sexo desprotegido por droga ou por dinheiro para obtê-la (PERRENOUD; RIBEIRO, *op.cit.*).

O crack é uma droga estimulante do sistema nervoso central (SNC). Após ser fumado, seu efeito é muito rápido e chega ao cérebro em torno de dez segundos. Geralmente, a sensação que seu uso provoca é de bem-estar (prazer, euforia, poder, etc.) por aproximadamente cinco minutos, seguida, imediatamente, da sensação de desprazer e enorme vontade de reutilizar a droga (OLIVEIRA;

---

basicamente, nos ingredientes adicionados junto à pasta, base da cocaína. No crack eram adicionados éter, acetona e bicarbonato de sódio. No oxi, até onde se sabe, eram utilizados gasolina, querosene e cal virgem. Mas hoje alguns dos ingredientes do oxi já são utilizados na fabricação do crack (FIOCRUZ, 2011).

NAPPO, 2008). No entanto, seus efeitos variam e são entrecruzados pelas dimensões subjetivas, culturais, econômicas e sociais que perpassam as pessoas e os contextos de uso.

Por ser fumado em latas de refrigerantes ou em cachimbos (Figura 1), é comum o surgimento de lesões no tecido cutâneo, com o aparecimento de bolhas e feridas na língua, nos lábios, nos dedos e no rosto. Existe também o chamado "mesclado ou melado", uma associação da pedra de crack com a maconha, que tem como objetivo reduzir os danos do uso de crack e sua fissura. O crack ainda pode ser usado com o cigarro de tabaco, combinação denominada "capetinha, pitilho ou cisclado", que também possui efeito mais fraco. Esta última combinação com o crack possibilita seu uso em locais públicos (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

No cenário contemporâneo, predomina uma visão determinista quanto às consequências do consumo de crack, homogeneizando as relações dos usuários com a droga, como se todos os efeitos do uso do crack fossem os mesmos para todas as pessoas que o fumam. Com efeito, as formas de uso de substâncias psicoativas podem ser problemáticas quando atingem padrões de utilização disfuncionais, acarretando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais. Nesse contexto, o consumo de substâncias psicoativas tem sido considerado como um problema de saúde pública.

O caráter histórico, social e cultural das drogas mostra que nunca haverá uma sociedade sem drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. O vínculo entre o homem e as substâncias psicoativas não é recente, portanto é improvável que a humanidade abra mão dos elementos terapêuticos, místicos e prazerosos fornecidos por esses psicoativos há milênios (OLIVEIRA, 2012). No Brasil, ainda persiste o ideário de uma "sociedade liberta das drogas". Visões simplistas, preconceituosas, dogmáticas e até mesmo moralistas ainda são reproduzidas em discursos antidrogas e em alguns espaços sociais, como na mídia, em algumas esferas governamentais, em modos de intervenção profissional e no senso comum.

A divisão das drogas em lícitas e ilícitas resulta na concentração de perigo e pânico apenas no âmbito das substâncias qualificadas como ilegais. Os problemas relacionados ao uso de drogas ilícitas são tratados de maneira preconceituosa, enquanto as ações referentes aos problemas relacionados ao consumo do álcool não são abordadas. Por exemplo, as propagandas do álcool são colocadas em locais públicos e as de cerveja ainda são veiculadas na mídia.

A mídia sensacionalista aponta para uma verdadeira “epidemia do *crack*” e confere à droga o poder de um personagem dotado de vida própria, credenciado e habilitado para desmoralizar de forma estrondosa a sociedade, especialmente por sua capacidade destruidora. A demonização da substância e a culpabilização do indivíduo são legitimadas pelas notícias veiculadas (MEDEIROS, 2014).

Há um envolvimento maior de pessoas que usam *crack* com situações ilegais e de violência, porém estas não são determinadas apenas pelo uso desta substância. Na realidade, aspectos relacionados às características individuais, sociais e culturais são indissociáveis da experiência que o indivíduo tem com o uso da substância (QUINDERÉ, 2013).

As discussões mais ampliadas sobre as dimensões socioeconômicas, jurídicas, culturais e subjetivas que perpassam o contexto do uso da substância são silenciadas pelo imaginário social em torno do *crack*. É imprescindível destacar que a cena do uso da droga e seus agentes nunca são os mesmos, e isto não apenas no tempo, mas também nos diferentes espaços da cidade. Igualmente, as formas de consumo e os produtos nunca são iguais nestes espaços diferenciados.

A droga é demonstrada pelo Estado como a principal vilã, tendo seu manejo rodeado por interesses políticos, econômicos e sociais. Da mesma forma, é o Estado que detém prioritariamente a responsabilidade sobre os dispositivos repressivos aos sujeitos que consomem drogas ilícitas. Existe, inclusive, um apelo de que as drogas são o grande problema dos seres humanos e as maiores responsáveis pelos graves problemas sociais e de saúde. Todavia, a relação entre o homem, a substância e o meio social nem sempre se constituiu como um problema. Drogas como a maconha, a coca e o ópio tiveram seu uso cultural de forma milenar, sendo passíveis de controles sociais e servindo também para estabelecer coesão social (*Ibid.*).

Consoante Acioli Neto e Santos (2015), na sociedade de normalização, o Estado prioriza um conjunto de conhecimentos e dispositivos de segurança destinados ao controle das populações, convertendo a vida biológica em objeto do governo. Destaca-se a operacionalidade dos mecanismos de exclusão do Estado a partir da questão do uso de drogas, em particular, do *crack* no Brasil, principalmente pelos impactos da proposta repressiva em vigência na legislação no país. O discurso político institucionalizado se constitui como uma matriz simbólica que se concretiza

em práticas institucionalizadas e conforma dispositivos de produção de sentidos e marcações subjetivas.

A latinha de cerveja, recipiente que condiciona uma droga legalizada, é um dos principais instrumentos de uso de uma droga tida como ilegal, o crack. Esta evidência denota o quanto a questão do uso de drogas no Brasil é dicotômica e ainda assume um caráter moralista, permeado por fortes interesses econômicos e políticos, os quais demarcam os estigmas reproduzidos.

A atual conjuntura Política de combate às drogas força os usuários à clandestinidade e cria toda uma subcultura de violência, de dívidas com o tráfico, não conseguindo inibir o consumo. Dificulta o acesso aos serviços de saúde por causa da violência e do preconceito. O uso do crack, embora os estudos demonstrem uma prevalência do uso nas faixas etárias mais jovens, se inicia nas mais variadas idades e pode vir a ocasionar problema independente de que idade se inicia o consumo. E estes problemas muitas vezes estão muito associados aos contextos de uso da substância, as suas formas de uso e à péssima qualidade da substância (QUINDERÉ, 2013, p. 118).

Ao analisar as legislações<sup>14</sup> sobre drogas no Brasil, Acioli Neto e Santos (2015) observaram que o discurso delas se direcionava ao combate às drogas e à interdição ao seu consumo. O uso de drogas em nenhum momento é reconhecido como uma prática cultural que acompanha a humanidade historicamente, excetuando-se o álcool, citado na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PMSAD). A droga é sempre concebida negativamente, seja pela necessidade de enfrentá-la diante dos riscos que propicia à sociedade, seja pelos agravos à saúde que acarretam aos seus usuários.

Couto, Lemos e Couto (2013) destacam que o modo como a droga é percebida se trata de uma construção da periculosidade, que termina por sustentar a criminalização no âmbito das virtualidades dos “corpos” que utilizam drogas. Com efeito, a estigmatização das drogas e das pessoas que as utilizam é uma ferramenta de ordenação da sociedade, de controle social.

A partir de dados epidemiológicos, os documentos supramencionados apresentam os fatores de riscos e agravos à saúde decorrentes do consumo de

---

<sup>14</sup> A Política Nacional sobre Drogas (PNAD), a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (PMSAD) e o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

drogas e, por meio disso, estabelecem controle sobre os sujeitos. Ao mesmo tempo, consolidam estratégias de controle dos riscos através de mecanismos de prevenção, legitimando a droga como uma ameaça. Esta, como um objeto simbólico, reveste-se de uma significação moralizante que não abarca as singularidades contextuais de seu uso.

Como pretexto de proteção à saúde pública, desenvolve-se um arcabouço jurídico punitivo severo, escamoteando a prevenção ao plano puramente simbólico. A operacionalização da lei se concretiza nas penalidades imputadas, direcionando-se ao consumidor da droga, o fardo da infração (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

A Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), coloca duas opções para a pessoa que usa drogas: ser preso ou se tratar. Em outras palavras, quem usa drogas é ou um criminoso ou um doente. Além deste aspecto, os mecanismos legislativos para classificar uma pessoa como usuária ou traficante deixam muitas lacunas. Considera-se a quantidade, a natureza (ou qualidade) da droga, a localidade, dentre outras circunstâncias objetivas, mas se inclui também a avaliação do agente, ao considerar antecedentes, contexto social e pessoal. Pela falta de clareza dos critérios e pela difícil execução, esta diferenciação entre traficante ou usuário é dada pela primeira autoridade que o “acusado” entra em contato (*Ibid.*).

Ao imaginar que são os agentes/policiais os que “decidem” quem é usuário e quem é traficante, emergem alguns questionamentos: A droga portada por um negro oriundo de uma comunidade periférica será vista como de uso pessoal? E aquela apreendida com um operador do mercado financeiro? São aspectos que impulsionam a discussão do caráter moralista que atravessa a legislação brasileira sobre drogas.

Aos que não sofrem condenação jurídica, resta à perspectiva patologizante representada na figura do dependente, caracterizado como um sujeito incapaz de compreender as normas reguladoras da sociedade e/ou decidir sobre sua própria vida. Cabe a estas pessoas o tratamento, realizado mediante a entrada em serviços de saúde, que ao considerar a totalidade da rede assistencial juntamente com os serviços complementares, têm a internação como foco. O que se vê é a “neomanicomialização” da diferença, ainda presente como atividade legitimada socialmente, retirando das ruas os indesejados, os doentes, os loucos, os anormais (ACIOLI NETO; AMARANTE, 2013). Yasui (2010) afirma que essa prática

social de isolamento é a mesma do controle social, da exclusão do diferente e da violência institucionalizada, isto é, isola-se para conhecer e conhece-se para dominar.

A PMSAD, criada em 2003, reafirma o consumo de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública e reconhece a necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS. Preconizam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de base territorial, criados para substituir as internações em hospitais psiquiátricos, visando resgatar a subjetividade e a história dos indivíduos. Para aqueles usuários cujo principal problema é o uso prejudicial de álcool e outras drogas, passam a existir os CAPSad (álcool e outras drogas) (BRASIL, 2003).

Ocorre, por vezes, o equívoco de considerar o CAPSad como o único recurso de atenção aos usuários de álcool e outras drogas. Na verdade, estes dispositivos são estratégias de mudança do modelo de assistência que incluem necessariamente a reorganização da rede assistencial a partir de uma lógica territorial. Isto significa ativar os recursos existentes na comunidade para compor e tecer as múltiplas estratégias de cuidado. O CAPS é uma possibilidade da tessitura de um cuidado que não se faz em apenas um lugar, mas é construído em uma ampla rede de alianças que abarca diferentes segmentos sociais, serviços, distintos atores e cuidadores (YASUI, 2010).

A política supracitada se posiciona em favor da construção de um modelo de atenção orientado pela lógica da Redução de Danos (RD)<sup>15</sup>. No entanto, embora o foco da PNAD seja notadamente distinto da PMSAD, ambas trazem a caracterização de um sujeito universal que é anulado por generalizações, as quais acabam por enquadrar o que é produzido na singularidade. As particularidades são destacadas de modo indefinido e apesar de se indicarem a existência de diferenças de raça, etnia, gênero, etc., não se apontam as distintas propostas em decorrência de tais marcadores (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

Há um controle normalizador que classifica e pune os divergentes. As normatizações acabam convocando pessoas a se tornarem dependentes, criminosos e incapazes de construir planos de vida, os quais ficam a critério do

---

<sup>15</sup> A RD compreende a relação heterogênea entre os indivíduos e as substâncias psicoativas e tem o cuidado à saúde da pessoa que usa droga como foco principal. A abstinência é uma alternativa possível, mas não o único objetivo (ANDRADE, 2011).

Estado, responsável por possibilitar sua “reinserção” social. A prevenção e o tratamento são necessidades delimitadas pelas políticas e o uso de drogas sempre implica a busca por articulação com outros setores, como a assistência social (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

Por mais que as ações preconizadas se voltem à RD, é um desafio efetivá-las diante da redução da oferta e a criminalização de condutas de porte de drogas, tráfico, etc. Sob a legitimidade da lei e dos discursos de enfrentamento à violência, as ações de redução da oferta muitas vezes viabilizam práticas, igualmente violentas, que desconsideram os direitos humanos, a produção de vida e subjetividades, as especificidades culturais e vulnerabilidades (*Ibid.*).

Cabe ressaltar que a crítica à oferta de cuidados às pessoas que usam drogas não considera que estas ações não possuem importância. O que se busca enfatizar é que nem sempre o uso de drogas remete diretamente à necessidade de atenção à saúde, aspecto que fica subentendido na legislação. O uso de drogas (ilícitas) é “indevido” e “indesejado” no Brasil e quando esse consumo se volta ao crack, o desejo é pela sua extinção, vista como a solução.

Medeiros (2014) reforça que o uso de drogas ilícitas não pode ser compreendido fora da conjuntura sociocultural na qual o sujeito que as utiliza está inserido. Isto porque é neste contexto que ele organiza os elementos simbólicos e os processos de singularização orientadores da sua vida, que possibilitam a construção e a desconstrução de identidades, edificam uma rede simbólica de proteção, de pertencimento e de solidariedade, experimentando e interpretando suas próprias vivências. Dito de outra forma: este contexto estabelece as regras e as normas para cuidar da própria sobrevivência.

De acordo com uma pesquisa da FIOCRUZ, o Brasil possui cerca de 370 mil pessoas usando crack e/ou similares. As notícias veiculadas na mídia, principalmente a publicização das “cracolândias”, sugerem que a Região Sudeste concentra o maior quantitativo de sujeitos usando crack e/ou similares. No entanto, as capitais da Região Nordeste são as que apresentam o maior quantitativo: cerca de 150 mil pessoas (FIOCRUZ, 2012).

A segunda edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) aponta que Fortaleza é a capital nordestina com o maior percentual (3,8%) de estudantes do 9º ano do Ensino Fundamental que já experimentaram crack dez

vezes ou mais (INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ, 2012).

Em outra pesquisa, a Fiocruz (2013) constatou que a infecção pelo vírus HIV entre as pessoas que usam crack no Brasil é oito vezes maior do que na população em geral (aquela que não usa esta substância): este dado ajuda a demonstrar a relevância deste estudo dissertativo. Dentre possíveis aspectos associados à maior vulnerabilidade de infecção pelo HIV, destacam-se: falta de uso de preservativo nas relações sexuais orais, vaginais e anais, com 50%, 39,5% e 30%, respectivamente; e compartilhamento de objetos para o consumo de crack – prática relatada por mais de sete em cada dez pessoas que o consomem regularmente<sup>16</sup>.

O risco de transmissão de HIV e de outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) é maior entre as mulheres que usam crack, já que estas comumente trocam sexo oral e desprotegido por droga ou por dinheiro para consegui-la, possibilitando o contato de suas feridas com o sêmen do parceiro (QUINDERÉ, 2013).

No que se refere à capital cearense, uma pesquisa produzida no Centro de Referência sobre Drogas (CRD) de Fortaleza/CE apontou que o crack, quando utilizado sozinho, é a droga mais consumida pelas pessoas que buscam atendimento neste serviço. Os dados apontaram que 82% destas pessoas eram do sexo masculino, 76% tinham entre 19 e 45 anos e 38% possuíam ensino fundamental incompleto. No registro de consumo de múltiplas drogas, o crack e o álcool foram as drogas mais citadas, seguidos pela cocaína e pela maconha (FORTALEZA, 2014).

Desde os primeiros estudos objetivando identificar o perfil das pessoas que usam crack, prevalece o de homens jovens, com menos de 30 anos, solteiros, considerados de baixa classe socioeconômica, baixo nível de escolaridade, sem vínculos empregatícios formais e geralmente isolados socialmente (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Como o crack resulta da cocaína mesclada com diferentes tipos de solventes em um processo simples de mistura, não há a exigência de mão de obra especializada para sua produção, inclusive, ele pode ser produzido pelo próprio

---

<sup>16</sup> Considera-se "uso regular" um consumo da droga de menos de vinte e cinco dias, dentro dos seis meses anteriores ao estudo.

consumidor. Isto possibilita sua comercialização a baixo custo e de forma dispersa, o que funciona como um dos determinantes para a facilidade de acesso e consumo pela população de baixo poder aquisitivo, que vive na periferia das cidades, em zonas marginalizadas. Por esse motivo, no discurso popular, as imagens criadas sobre o crack e quem o usa são imediatamente associadas à parte perigosa ou marginal da cidade (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Em um estudo realizado em Pernambuco com 1.062 usuários de crack atendidos no Programa Atitude veio a lume que a maioria destes usuários são: homens jovens, em situação de rua, com baixo nível de escolaridade, nove anos como tempo médio de uso de crack, vínculos familiares rompidos (entre a maior parte deles), desempregados (41%) e com poucos conhecimentos sobre o HIV (menos do que a população geral). Além disso, os números de casos de HIV e sífilis positivos são maiores entre as mulheres (FIOCRUZ, 2016).

O trabalho de conclusão da graduação, realizado num hospital de referência no atendimento às doenças infectocontagiosas, o HSJ, confirma os dados das pesquisas referidas. A partir das informações colhidas nas Fichas sociais<sup>17</sup>, verificou-se que nesta unidade de saúde foram notificadas 1.072 internações por HIV/Aids em 2014. No entanto, este número se referia a 781 pessoas, pois 177 destas se reinternaram de uma a oito vezes ao longo daquele ano. Portanto, 27,14% são de reinternações das mesmas pessoas (GÓIS, 2015).

Das 781 pessoas internadas em 2014, pesquisaram-se 569, cujas Fichas estavam devidamente preenchidas. Assim, identificou-se que 34,27% das pessoas faziam uso de álcool e outras drogas sem o uso de crack e que 14,23% usavam crack com ou sem uso de outras drogas, isto é, 81 pessoas. O álcool foi a droga mais citada nos relatos de uso, tanto o seu uso sozinho, quanto sua combinação com múltiplas drogas. Ao se somar as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, incluindo o crack, tem-se que 48,5% das pessoas pesquisadas relataram usar drogas. Ao considerar o universo de atendimentos ocorridos no HSJ, principalmente no que se refere às pessoas com outras enfermidades, supõe-se que a realidade do uso de drogas pode ser ainda maior, sobretudo porque este estudo contemplou apenas as pessoas que vivem com HIV/Aids internadas (GÓIS, 2015).

---

<sup>17</sup> Para cada pessoa internada por HIV/Aids no HSJ é aberta uma Ficha social, um instrumental específico do setor de Serviço Social, que contempla aspectos das condições de vida e de trabalho dos usuários. Esta é preenchida no momento da admissão social e evoluída a cada nova internação do usuário. Desse modo, evita-se a perda de informações e se propicia a continuidade no cuidado.

As 81 PVHA que usavam crack internadas em 2014 correspondiam ao seguinte perfil: 62% homens; 84% solteiros; 62% com faixa etária entre 30 e 59 anos; 81% residindo na capital; 14% não alfabetizados; 54% com fundamental incompleto; 67% desempregados; 29% trabalhando sem vínculo empregatício; 94% sem acesso a benefícios previdenciários; 77% sem acesso aos benefícios assistenciais; 16% recebendo o Benefício de Prestação Continuada (BPC); 51% com diagnóstico de HIV<sup>+</sup> há mais de um ano e menos de cinco anos; 37% usando crack há mais de cinco anos e menos de dez anos; 46,91% reinternados em 2014; 33% tiveram sua primeira internação em 2014 e, ao considerar desde a primeira internação, 54% reinternaram-se de duas a cinco vezes, 8% de seis a dez vezes e 5% tiveram mais de dez internações (GÓIS, 2015).

Ao entrevistar nove usuários, despontaram-se aspectos clínicos, subjetivos e culturais que se entrecruzam e determinam a condição de viver com HIV/Aids e usar crack, tais como: dificuldade de compreensão acerca de sua condição de viver com HIV/Aids no que diz respeito ao diagnóstico, à Terapia Antirretroviral (TARV), ao plano terapêutico, aos direitos das PVHA, bem como ao viver com HIV e sua relação com a droga; baixa adesão ao tratamento; uso de múltiplas drogas; fácil acesso às drogas e ao álcool - como impulsionador do uso de drogas ilícitas; o uso de drogas como questão central em sua condição de saúde e como principal motivo para as frequentes internações; saída de “alta a pedido”, demonstrando sofrimento por conta da fissura pela droga; fragilidade/rompimento dos vínculos familiares e sociais; medo da discriminação e do preconceito tanto pelo viver com HIV, como pelo uso de crack; falta de suporte afetivo/social/material para lidar com a complexidade do regime terapêutico, condição dificultada na rotina das pessoas em situação de rua (*Ibid.*).

O estudo em apreciação também constatou uma relação problemática entre o crack e a não valorização da adesão ao tratamento para o HIV/Aids. Isto porque os sujeitos, como produtores de vida que são, perpassam os equipamentos e os serviços de saúde com demandas referentes ao viver com o HIV/Aids, ao uso do crack e, principalmente, ao contexto social e cultural vivenciado, radicalmente marcado pela desigualdade (*Ibid.*).

Em 2017, dois anos após a conclusão deste estudo, verificou-se que das nove pessoas entrevistadas em 2015, cinco haviam ido a óbito por complicações originadas pela soropositividade. Percebe-se, portanto, que a condição de viver com

HIV/Aids e fazer uso de crack desafiam o campo da saúde coletiva. Os processos de adoecimento extrapolam, veementemente, a dimensão biológica e não podem ser considerados sob uma ótica de cuidado rígida e reducionista.

De acordo com Azevedo e Moraes (2012), a não resposta à TARV é extremamente comum em PVHA e fazem uso de crack. Isto pode ser ocasionado pela não adesão ao tratamento; pelo início tardio das medicações; pelas interações medicamentosas e má absorção dos fármacos e/ou pela resistência viral. Esta problemática faz com que estas pessoas sejam mais acometidas por doenças oportunistas. É também comum, devido o padrão de uso compulsivo, que estas utilizem o crack por dias seguidos, fiquem sem se alimentar e bebam pouco líquido, o que fragiliza seu sistema imunológico. Ressalte-se que quando são PVHA, as vulnerabilidades se intensificam, uma vez que a imunidade já está fragilizada pela presença do vírus.

Ao analisar o modelo de clínica utilizado pelos trabalhadores de saúde das Regionais IV e V do município de Fortaleza/CE<sup>18</sup>, Quinderé (2013) identificou que a clínica empregada com as pessoas que usam crack retira o papel de agente principal destes indivíduos (“desprotagonizando-os”) e os coloca numa posição de passividade em relação à substância, como doentes que precisam ser tratados, curados e distanciados da droga e dos seus espaços de consumo. Tal modelo de clínica avigora a problemática do consumo do crack na sociedade, pois reforça a exclusão, a segregação e o comportamento passivo das pessoas no seu processo de acompanhamento.

Os programas de tratamento direcionados às pessoas que usam crack combinam os modelos biológico, psicossocial e espiritual e são, predominantemente, permeados por aspectos moralistas. No cenário contemporâneo, tem-se o aumento exacerbado de comunidades terapêuticas, com foco na abstinência total do uso de drogas e no isolamento das pessoas.

De acordo com Acioli Neto e Santos (2015), as respostas institucionais para as pessoas que usam drogas, quando baseadas nos modelos biomédico, religioso e jurídico propõem, gerenciam, e legitimam protocolos burocráticos e homogêneos para diferentes tipos de usuários. Assim, as práticas institucionais

---

<sup>18</sup> Este município é subdividido em sete regiões administrativas denominadas de Secretarias Regionais (SR), devendo funcionar em cada uma delas um distrito de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura (FORTALEZA, 2008).

terminam por “desprotagonizar” as pessoas, reproduzem atitudes discriminatórias e preconceituosas e reforçam a obsoleta política proibicionista.

Medeiros (2014) assegura que o “problema das drogas” desestabiliza e ameaça a ordem moral, a saúde e a segurança pública e, em decorrência disso, para o seu enfrentamento, foram instituídos modelos burocráticos institucionais e legislações específicas e rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. Estas medidas foram corroboradas pelo sistema médico que, por meio de estudos científicos, evidenciou as consequências provocadas para a saúde do indivíduo, principalmente nos casos de “dependência”, e dos perigos para a sociedade.

A representação das drogas constante na legislação tem implicações na construção de uma figura de alteridade. Dito de outro modo: a pessoa que usa drogas (ilícitas) é demarcada por sua responsabilidade em alimentar a criminalidade e/ou por sua incapacidade de decidir pela sua vida, logo, é uma ameaça a ser controlada. Ela é encarada como um criminoso e/ou um dependente, modelado precisamente dentro daquilo que a sociedade rejeita e clama por correção (ou morte). Estas características podem ser circunscritas aos modos de vida típicos das pessoas que utilizam crack, acentuando repulsividade a essa figura (ACIOLI NETO; SANTOS, 2015).

Os modos de cuidado pautados na RD se opõem aos modelos e práticas adotantes do medo e do amedrontamento ou dos princípios morais como estratégia de combate ao uso de drogas, os quais associam o uso de substâncias psicoativas diretamente à marginalidade. A RD formula práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com os quais convivem. Com efeito, tem-se como princípio geral respeitar a autonomia das pessoas e desenvolver um relacionamento de colaboração mútua com elas (ANDRADE, 2011).

No Brasil, ainda existem poucas experiências exitosas no manejo com as drogas. Acioli Neto e Santos (2015) destacam, na legislação, a existência de ações e programas do governo em âmbito de Estado (Programa Atitude, em Pernambuco) ou Município (De Braços Abertos, em São Paulo). Estes programas têm potencial para produzir respostas diferenciadas aos problemas com as drogas, em especial, com a população moradora das denominadas cracolândias, alvo de violações históricas de seus direitos fundamentais. Em 2015, por exemplo, o Programa de Braços Abertos foi avaliado por uma pesquisa realizada pela Plataforma Brasileira

de Política de Drogas (PBPD) que apurou, entre outros dados, um impacto muito positivo deste programa na vida de mais de 90% dos(as) beneficiários(as). Eles tiveram, pela primeira vez, direitos mínimos assegurados, como moradia, alimentação, trabalho e renda (PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS, 2016).

Em contrapartida, por mais que os referidos programas sejam avaliados positivamente, o conservadorismo predomina nas práticas e nos modos de intervir do Estado sobre a temática das drogas no Brasil. Vivencia-se, igualmente, um governo ilegítimo, com ataques diários aos direitos sociais historicamente conquistados. Além disso, são frequentes as investidas em favor da desvalorização da imagem das minorias e suas bandeiras de luta, onde se inclui a representatividade da resistência dos movimentos sociais atuantes.

Concernente a isso, recentemente, acompanhou-se pela mídia o ataque à Cracolândia de São Paulo, uma ação higienista e violenta, com intervenção policial, “recolhimento” para internações compulsórias e expulsão dos moradores daquele espaço, negando suas vidas, subjetividades e condição humana. Tais ações culminaram com a substituição do Programa de Braços Abertos pelo Programa Recomeço, que segundo a PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS (2016), funda-se no imaginário da “epidemia de crack” e tem como foco a internação (principalmente em comunidades terapêuticas), estando em desacordo com o conhecimento contemporâneo sobre o cuidado e o tratamento das pessoas que fazem uso problemático de drogas.

Esta substituição legitima um teor repressivo e de deslegitimação do uso de drogas como uma prática cultural, construindo mecanismos de exclusão às classes socioeconômicas mais desfavorecidas. Uma visão restrita sobre as dimensões da legislação poderia supor que esse processo de construção de um imaginário da prevalência de uma “epidemia de crack” nas cidades, com foco na internação se limita ao campo jurídico, porém ele rebate nas práticas cotidianas, nos preconceitos e nas discriminações conformadoras da realidade social. A vida acaba por se transformar em um objeto de manejo de práticas já instituídas.

No caso das pessoas que usam crack e convivem com HIV/Aids, é indispensável ponderar sobre o cuidado que lhes é direcionado, principalmente porque as medidas de intervenção, as respostas institucionais nos campos jurídico, médico e religioso, e as reações da sociedade são reflexos das representações

sociais. Nestas, por vezes, há o imaginário de que estes sujeitos são incapazes de produzir planos de vida.

Medeiros (2014) chama a atenção para o fato de que, geralmente, a relação de saúde tem sido bem sucedida na perspectiva biomédica de medicalização. Nesta, o outro é tomado como corpo biológico, dominado por um saber unidirecional e vertical que prescreve a ação/cooperação de quem está sendo tratado. Além disso, há uma “iluminação” advinda da técnica, responsável por definir as condutas tidas como corretas para enfrentar determinado problema.

Desse modo, os parâmetros terapêuticos recomendados para as pessoas que usam drogas (principalmente as ilícitas) se baseiam nos seguintes modelos: o médico, que trabalha com a lógica da centralidade no estudo de caso e na medicalização, por meio de internamento para desintoxicação, da permanência dia e ambulatorial; o religioso, que defende o afastamento do usuário de seu cotidiano, geralmente pelo prazo de nove meses, e prioriza a religiosidade e o trabalho; e o jurídico, que atua com a lógica do delito e da penalização. Todos estes modelos enfocam o indivíduo e a substância utilizada por ele e desconsideram seu contexto social, estilo de vida, a significação e a ritualização do uso da droga (MEDEIROS, 2014).

Nos casos específicos de pessoas que usam crack, as instituições, baseadas em suas representações sociais negativas, estruturam-se para lidar com o indivíduo visto como descuidado, descontrolado, perigoso, imoral e irresponsável. Em outras palavras, a principal demanda do usuário “craqueiro” que chega às instituições, é a do “endemoniado” que precisa de controle. Nestes espaços, o profissional desempenha suas funções, acreditando estar exercendo o cuidado, principalmente quando observa as pessoas atendidas geralmente quererem se livrar dos “sintomas” incômodos causados pelo uso da droga. Entretanto, nas situações nas quais os sintomas passam, é usual que o indivíduo abandone o tratamento por se considerar apto para retornar ao seu cotidiano, interrompendo o plano terapêutico idealizado pelo profissional (*Ibid.*).

O debate sobre o cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids se concentra no avanço da terapia antirretroviral, ou seja, tem-se o tratamento medicamentoso como foco. Reside aí um aspecto em comum com a análise do cuidado às pessoas que sofrem com o uso abusivo de drogas, pois nesta o objetivo é diminuir os sintomas causados pela abstinência por meio do uso de

medicamentos. Nesse sentido, conhecer seus itinerários terapêuticos (IT) é evidenciar os elementos que tecem e singularizam o cuidado.

A partir do cenário apresentado, este estudo emergiu de uma UAPS e se desdobrou em uma comunidade adjacente, tendo como objetivo principal compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids. É necessário ressaltar a existência de uma complexidade intrínseca ao viver com HIV/Aids e usar crack, principalmente pela influência mútua entre os estigmas presentes. Há singularidades imprimindo contextos que requisitam uma problematização dos aspectos sociais, culturais e subjetivos dos sujeitos que constroem sua própria história e produzem vida, mesmo com o uso de crack e a existência com HIV/Aids, que não podem ser desconsiderados.

#### **4 EXPERIÊNCIAS DE VIDA E BUSCA POR CUIDADO: OLHARES PLURAIS SOBRE OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS**

Os IT, elementos constitutivos do cotidiano, podem ser considerados importantes ferramentas para compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e convivem com HIV/Aids. Conhecer as trajetórias destas pessoas permitiu uma melhor visualização das reais necessidades de suas vidas.

Nas abordagens positivistas, a conceituação da experiência se limita ao experimentalismo, ou seja, tem-se por experiência somente o que é passível de comprovação empírica, considerando-a apenas como representação ou reação. Este reducionismo impossibilita a compreensão do fenômeno humano em sua unidade e totalidade (GASPAR; MAHFOUD, 2006).

Neste trabalho dissertativo, porém a experiência é compreendida como a coemergência de si no mundo. O sujeito e o mundo não são considerados como entidades previamente definidas e pré-estabelecidas, pelo contrário, produzem-se mutuamente. Considera-se a existência de uma coexistência através do conceito de estratégias de enação, cujo remete à ação, pôr em ato, efetuar. Não há um mundo vazio lá fora, a partir do qual se crie e se produza matéria. Existe sim um mundo material, mas ele não possui nenhuma característica pré-determinada. As estruturas não existem objetivamente, não há um território dado previamente sobre o qual se possa fazer um mapa. Na verdade, é a própria construção do mapa que cria as características do território (CAPRA, 1996; SILVA, *et al.*, 2010).

As experiências de vida apareceram como centrais na compreensão da dinamicidade inerente à existência das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids, possibilitando alcançarem-se os objetivos propostos para este estudo. Buscou-se, portanto, ultrapassar a reprodução meramente biológica da vida humana e englobar aspectos subjetivos, sociais, culturais, ambientais, entre outros. Cabe dizer, que estes não são os mesmos para todas as pessoas, são evidenciados pela singularidade de cada modo de ser e estar no mundo.

Segundo Merhy e Feuerwerker (2009), a extrema objetivação e a focalização do olhar e da ação profissional sobre o corpo biológico deixam de lado os muitos outros elementos constitutivos da produção da vida, que deixam de ser incluídos, trabalhados, tanto na tentativa de compreender a situação, como nas intervenções para enfrentá-los. A busca objetiva pelo problema biológico centra a

ação do profissional nos procedimentos e esvazia o interesse no outro, a escuta é empobrecida. Assim sendo, as ações de saúde têm perdido sua dimensão cuidadora e, apesar dos contínuos avanços científicos, sua potência e eficácia tem se reduzido.

As primeiras concepções sobre os IT se baseavam na compreensão racionalista, voluntarista e individualista das escolhas dos sujeitos. Esta compreensão foi largamente criticada por ter como fundamento o pressuposto de que as pessoas realizavam suas escolhas em termos de custo-benefício. A segunda vertente, do “comportamento do enfermo” ou “*illness behaviour*”, pressupunha que a escolha por um tratamento era realizada racionalmente pelo indivíduo, com o objetivo de satisfazer suas necessidades. Esta vertente impulsionou os estudos em direção à determinação dos fatores que ultrapassam a dimensão biológica da doença (valores culturais, socioeconômicos, estruturas familiares) na busca por respostas aos problemas de saúde (ALVES; SOUZA, 1999; MÂNGIA; MURAMOTO, 2008).

As primeiras reflexões acerca dos IT, atreladas ao estudo sobre o “comportamento do enfermo”, consideravam que a escolha do tratamento era determinada por uma lógica de consumo e recaía sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente. As teorias sobre comportamento se modificaram com as críticas a este modelo, considerado utilitarista, pois enfatizava ainda uma crença inquestionável no modelo biomédico, no qual as ações dos indivíduos na busca de cuidado se deviam apenas às suas demandas por serviços do sistema de saúde (ALVES; SOUZA, 1999).

A inclusão de fatores culturais, cognitivos e sociais na análise do comportamento à procura de serviços, ajudada pela influência dos estudos sobre redes sociais trouxe uma nova perspectiva à interpretação do “comportamento do enfermo”. Na verdade, a partir da década de 1970, os estudos etnográficos passaram a contribuir grandemente. O exemplo mais significativo foram os conceitos de Modelos Explicativos (Explanatory Models) e de Sistemas de Atenção à Saúde (Health Care System) desenvolvidos por A. Kleinman (CABRAL, 2011). Referidos modelos traziam concepções sobre a enfermidade e as formas de tratamento empregadas por todos aqueles engajados num processo clínico e definiam qual setor do Sistema de Atenção à Saúde seria acionado no processo de cuidado. A partir de então, desenvolveram-se diferentes discussões sobre as várias formas de

interpretação dos IT (ALVES; SOUZA, 1999; LEITE; VASCONCELOS, 2006; GERHARDT, 2006; TRAD, 2010).

Segundo Alves e Rabelo (1999), a experiência da enfermidade é a forma pela qual os indivíduos se situam perante ou assumem a situação de doença e isto confere significados e desenvolve modos rotineiros de lidar com a situação. As respostas aos problemas criados pela doença são constituídas socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores. Nesse sentido, este trabalho buscou colocar em evidência as experiências, as trajetórias e os projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades circunscrito histórica e culturalmente, considerando que o uso de crack e a soropositividade também muda a forma de os sujeitos estarem no mundo.

Pelo prisma socioantropológico, os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento são denominados de IT. Este prisma se sustenta na evidência de que os indivíduos e grupos sociais encontram diferentes maneiras de resolver os seus problemas de saúde. Portanto, os estudos sobre IT não devem se restringir à análise da disponibilidade de serviços, de seus modelos explicativos e nem tampouco da utilização que os indivíduos fazem das agências de cura. Estes elementos são insuficientes para a compreensão do complexo processo de escolha do tratamento, pois deve ser considerado o contexto sociocultural no qual o IT ocorre (ALVES; SOUZA, 1999).

A literatura aponta que, na tentativa de resolver e/ou amenizar seus problemas de saúde, as pessoas recorrem às diferentes alternativas de tratamento conhecidas, escolhidas pela capacidade de responder às aflições, à disponibilidade de recursos e à cura. A procura por tratamento se dá, sobretudo, junto às diferentes representações socioculturais de saúde – doença – cuidado, construídas no universo no qual o sujeito se insere.

Trad (2010) corrobora esta assertiva ao afirmar que o IT é uma experiência vivida real. O indivíduo opta entre atos e trajetórias que não compõem uma linearidade ou constância dos caminhos e escolhas, mas que podem ser descritos posteriormente. Os itinerários são mediados, principalmente, por características estruturais e dinâmicas dos grupos, pelas experiências prévias com a doença, pelo suporte social oferecido pela vizinhança e pelas condições de atendimento do sistema formal no bairro. Assim, a compreensão sobre o IT deve

incluir o contexto de disponibilidade de serviços de saúde e as alternativas socioculturais para as elaborações e as implementações das trajetórias.

A escolha e a avaliação do tratamento pelo indivíduo ou a família são realizadas com base em subjetividades, valores, crenças e experiências vivenciadas e influenciadas por relações intersubjetivas, nas quais a imagem acerca de um tratamento é construída dentro de uma rede de relações sociais (ALVES; SOUZA, 1999). A compreensão sobre o IT, portanto, não deve se limitar à apreensão e à descrição da disponibilidade e do acesso aos diferentes níveis de atenção dos serviços de saúde. Estes aspectos são relevantes, mas insuficientes diante da complexidade do processo de busca de tratamento/cura pelos sujeitos.

Não há uma linearidade e/ou regra que determine os IT. Por isso, há aqueles que se aproximam do modelo biomédico, enquanto há outros que recaem no conhecimento pessoal, familiar, popular ou religioso. A cultura aparece como pano de fundo destas relações e os percursos são construídos pela singularidade de cada indivíduo (MALISKAI; PADILHAI, 2007). Sobre isso, Pinho e Pereira (2012) enfatizam existirem pessoas que fazem uso de técnicas ultramodernas e rezam; fármacos associados a orações; apelo aos santos curadores e aos médicos; espaços assépticos hospitalares com capelas. A multiplicidade de aspectos envolvidos nos IT evidenciam as estratégias criadas pelas pessoas a partir do universo sociocultural (individual e coletivo) onde se inserem e, especialmente, o papel destes indivíduos como sujeitos sociais.

Para Gerhardt (2006), a individualidade e as experiências vividas posicionam o indivíduo como autor de sua própria história, mas esta relação se insere em um macro contexto, no qual o perfil da doença, o acesso econômico e as tecnologias disponíveis delineiam o caminho percorrido pelo indivíduo ao buscar solução para seus problemas de saúde. Dessa forma, o IT analisa a capacidade individual para mobilizar recursos ou formular estratégias de enfrentamento aos problemas cotidianos e às necessidades elementares, sempre moldadas pelas histórias de vida.

O conhecimento dos IT e das experiências que os atravessam potencializa a organização das intervenções terapêuticas, o planejamento das ações e a articulação com os serviços. Permite, ainda, o reconhecimento das singularidades das famílias e dos sujeitos no processo de saúde-doença.

Vasconcelos (2014) sintetiza a relevância dos IT ao afirmar que estes permitem analisar a rede de apoio social acessada. Ela inclui a composição da família, a condição econômica e os papéis familiares nos processos de escolha; as relações sociais, com ênfase na interação com os serviços formais e informais e a avaliação sobre os serviços utilizados; o acesso aos serviços formais de saúde; além da concepção do processo saúde-doença. Para Oliveira (2009), a oferta e/ou disponibilidade de serviços não significa, necessariamente, o uso efetivo deles.

No que se refere às pessoas que convivem com HIV/Aids, à medida que a epidemia têm se modificado ao longo de sua existência, é preciso compreender os itinerários que essas pessoas percorrem. Quando a condição de PVHA está atrelada ao uso de crack, assume-se uma dimensão ainda mais complexa, principalmente pelas representações sociais envolvidas. Isto porque existem muitos fatores que dificultam o acesso das pessoas que vivem com HIV/Aids e usam crack aos serviços de saúde, como: as desigualdades socioeconômicas, as dificuldades financeiras e de recursos sociais, as barreiras geográficas e culturais, as diferenças de gênero e o próprio estigma.

É imprescindível reconhecer as tensões contínuas (cotidianas) mobilizadas pelas interações entre distintos atores na vida destas pessoas. Neste âmbito reside a importância de dar “voz” a estes sujeitos. De acordo com Silva, Santos e Dourado (2015), as tensões que ocorrem no interior das práticas cotidianas das PVHA e usam crack mobilizam formas e estratégias diversas de ação para que ocorra um melhor acolhimento e um cuidado à saúde de forma mais integral, que considere as particularidades e necessidades específicas destes usuários.

Dentre as transformações ocorridas no cenário atual da Aids, o uso da TARV de alta potência culminou na mudança de uma doença aguda para uma doença crônica, isto é, conviver com a Aids tem implicado o uso persistente de medicamentos, com a possibilidade de efeitos colaterais e de uma constante interação com profissionais de saúde. Estas mudanças têm repercussões psicossociais no HIV/Aids, as quais requisitam a necessidade de se compreenderem os processos cotidianos em torno da testagem, do diagnóstico e do tratamento. Além disso, há de se ponderar sobre os atores e as ações que podem facilitar, dificultar, mudar ou potencializar os rumos do cuidado (SILVA, SANTOS; DOURADO, 2015). Dentre estes aspectos, tem-se o uso de crack como fator que singulariza a condição de viver com HIV/Aids.

Ribeiro, Nappo e Sanchez (2012) garantem que há uma perda da dimensão de “autocuidado” em momentos de uso contínuo de crack, principalmente porque o padrão de consumo mais presente entre as pessoas que o usam é o compulsivo, caracterizado pelo uso contínuo, até a exaustão física. Todavia, já foram registradas pesquisas com pessoas que consomem esta substância há décadas, sugerindo a possibilidade de adaptação à cultura do uso, marcada pelo desenvolvimento de habilidades para lidar com a peculiaridade do uso de crack.

Quando uma pessoa que vive com HIV/Aids, usa crack, é impossível pensar o cuidado de modo desarticulado do ritual de consumo desta substância. Silva, Santos e Dourado (2015) ressaltam ser importante não perder de vista a ideia de que o cuidado é um processo contínuo, coletivo e desenvolvido por muitos atores (profissionais, medicações, tecnologias, pessoas convivendo com HIV/Aids, entre outros), com suas imprevisibilidades e tensões, caracterizadas por tentativas, interferências, ajustes e novas tentativas.

Sob o prisma do senso comum, o cuidado está relacionado aos recursos e medidas terapêuticas e aos procedimentos aplicados. Ele fica restrito apenas aos procedimentos técnicos que objetivam o bom êxito de um tratamento (AYRES, 2004a). Quando é conceituado como um constructo filosófico, o termo cuidado é destacado como uma categoria de busca de definição concomitantemente de uma compreensão filosófica e de uma atitude prática relacionada às ações de saúde que requerem uma ação terapêutica e envolvem dois ou mais sujeitos. Estas práticas têm como objetivo o alívio de um sofrimento ou a obtenção de bem-estar e são mediadas por saberes relacionado a tal meta (AYRES, 2004b).

Ao discutir existencialmente o “cuidar”, Crossetti (1997) pontua que este é um processo dinâmico de movimentos de cuidados e cuidantes que estão juntos no ambiente de cuidar. Nesse sentido, a estrutura existencial do processo de cuidar compreende as relações ambientais (organização e gestão do ambiente de cuidar), tecnológicas (procedimentos técnicos, por exemplo) e pessoais (como a relação cuidado-cuidante, cuidado-família-cuidante, cuidante-cuidante). Assim, estes constituintes estruturais, com seus elementos, expressam o que é necessário para o encontro entre cuidado e cuidante no mundo do cuidar.

O cuidado não é um processo que coloca o usuário numa situação passiva, pelo contrário, o cuidar deve favorecer a autonomia do usuário, contribuir para que este se torne sujeito de sua própria vida e também desenvolva o

autocuidado (AYRES, 2004a). Em contrapartida, Medeiros (2014) postula que a pessoa, muitas vezes, é deslocada do lugar do sujeito para o lugar do paciente – que tem paciência – esperando passivamente a decisão do profissional (*expert*), tido como o detentor do saber e o produtor do cuidado “correto”. Por sua vez, Carvalho e Merighi (2005) afirmam que para cuidar não é necessário deter o conhecimento científico. Um leigo, inclusive, pode realizar tal prática, pois as ações de cuidado implicam, além do conhecimento científico, empatia, escuta, paciência, zelo e contribuição na construção da autonomia.

A literatura aponta que não se pode considerar apenas a tecnologia como forma de cuidado, tampouco se pode focar nas relações existentes entre os sujeitos, como maneira única de cuidar. Merhy (2000) considera que o cuidado vai além dos procedimentos técnicos e abrange as tecnologias duras (equipamentos e instrumentos tecnológicos - instrumentos materiais), as leve-duras (compreendem os saberes estruturados, como a clínica e a epidemiologia) e as tecnologias leves (implicadas com a produção das relações entre os sujeitos).

Neste estudo, levando em consideração as perspectivas teóricas expostas, buscou-se compreender a situação individual e coletiva da vida dos sujeitos, considerando seus espaços sociais e históricos (contextos de vida), as intensidades que atravessam as relações, as mediações e as trocas presentes nas suas redes sociais. Estas redes sociais têm como elemento fundamental serem abertas e dinâmicas, ou seja, são caracterizadas pelo inacabamento, estando em permanente construção e tendo como princípio básico a conectividade (CUSTÓDIO, 2010; ORLANDI, 2011).

Paiva (2011) ressalta que quando se trata de redes sociais é necessário entender os processos e as dinâmicas envolvidas nas discussões sobre os vetores de ordem macroestrutural, como: a cultura, o sistema econômico e o político, as crenças religiosas, as ideologias, e até mesmo os discursos e práticas cotidianas, concretizadas por sujeitos e instituições, ou seja, pela família, a escola, as organizações do mundo do trabalho, as redes de serviços públicos, como a saúde, a assistência social e a segurança pública.

Os itinerários terapêuticos expressam a busca plural por cuidado e sua definição refere-se às diferentes práticas em saúde e aos caminhos percorridos em busca de cuidado, onde se desenham múltiplas trajetórias (assistenciais ou não), em função das necessidades de saúde, das disponibilidades de recursos sociais existentes – sob a forma de redes

sociais formais e informais – e da resolutividade obtida (GERHARDT; RIQUINHO, 2015, p.235).

Merhy, Feuerwecker e Gomes (2010) reconhecem o usuário como agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde, diferentemente do lugar onde hegemonicamente ele é colocado, isto é, apenas como objeto das práticas assistenciais instituídas.

Para além dos muros institucionais, o presente trabalho se reinventou e assumiu um caráter de imersão na comunidade, possibilitando outros olhares e saberes sobre a vida das pessoas que vivem com HIV/Aids e usam crack. Buscou-se conectar os lugares e as existências às relações “do fora”, constitutivas das experiências de vida, possibilitando pensar nas outras possibilidades e nos modos de cuidar, pautados nas singularidades de cada modo de viver.

## 5 CAMINHOS INVESTIGATIVOS

### 5.1 OPÇÃO TEÓRICO-METODOLÓGICA

Este estudo se trata de uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada na hermenêutica, que utiliza de seu arcabouço teórico-metodológico para elaborar considerações teóricas numa perspectiva crítica e reflexiva. O objeto de estudo deste trabalho se refere a “um nível de realidade que não pode ser quantificado” (MINAYO, 2013, p. 21), por isso, foram utilizadas as narrativas produzidas a partir da observação de campo e das entrevistas realizadas.

A hermenêutica, entendida como uma teoria de interpretação torna o objeto de estudo compreensível para além de sua mera aparência ou superficialidade. Assim, é possível vivenciar a interpretação dos significados a partir do diálogo com o mundo (SILVA, 2010). A hermenêutica possibilita a compreensão dos sentidos, das intencionalidades e das questões subjetivas inerentes aos atos, às atitudes, às relações e às estruturas sociais (MINAYO, 2008).

Nesse sentido, as investigações no campo das ciências sociais e humanas precisam alocar o objeto de estudo em determinados princípios que o diferem de outros campos da ciência. O primeiro princípio é o de que o objeto é histórico, existe num espaço onde a formação é social e cultural ao longo de um período de tempo passado, presente ou futuro. Isto significa dizer que os sujeitos deste campo possuem consciência histórica do possível e do real. (*Ibid.*).

Assim, cabe ressaltar que os interlocutores deste estudo não foram eximidos de suas histórias, mas sim foram percebidos a partir de todo o contexto social e histórico onde estavam/estão inseridos, de modo que foi possível realizar uma investigação do mundo pessoal e das experiências deles, não as considerando como entes independentes dos sujeitos.

Ressalta-se que o pesquisador não é neutro. Na verdade, ele produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se pelos múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos. O pesquisador *in-mundo* emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa e dilui o próprio objeto. Ao se envolver com esse processo e “se sujar de mundo”, é atravessado e inundado pelos encontros (MERHY, 2014).

As singularidades que perpassam a vida das PVHA e fazem uso de crack não conseguem ser alcançadas por compreensões reducionistas. Não há como pensar seus modos de existir considerando apenas a infecção biológica pelo vírus HIV e/ou o uso de crack isolados dos seus aspectos contextuais. De tal modo, buscou-se construir uma análise densa e criteriosa, tentando extrair aquilo que é subjetivo e pessoal dos entrevistados para possibilitar reflexões sobre a dimensão coletiva, sem perder de vista a interferência da subjetividade da pesquisadora.

## 5.2 O ITINERÁRIO DE PESQUISA

### 5.2.1 Cenário do estudo

Fortaleza, capital cearense, foi o cenário desta pesquisa. Com cerca de 2.609.716 de habitantes atualmente, esta cidade é considerada a quinta maior capital do país em termos de população (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016). É dividida administrativamente em sete regionais (I, II, III, IV, V, VI e a regional do Centro), representadas por Secretarias Regionais (SER), as quais funcionam como uma espécie de “subprefeitura” (FORTALEZA, 2015). Em cada uma dessas regionais deve funcionar um distrito de saúde, educação, meio ambiente, assistência social e infraestrutura (FORTALEZA, 2008).

A pesquisa de campo iniciou na Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro, localizada na regional I de Fortaleza, entorno do centro da cidade. Além de se localizar em um território que, geralmente, concentra um maior número de pessoas que usam crack, a referida unidade foi escolhida porque comporta um CTA e dois SAE em HIV/Aids .

Os SAE são unidades ambulatoriais de atenção integral às PVHA. Orienta-se que a equipe multiprofissional mínima conte com médico clínico treinado e/ou infectologista, enfermeiro, auxiliar e/ou técnico de enfermagem, assistente social e psicólogo. O serviço deve se caracterizar pela facilidade de acesso, tanto dentro do espaço geográfico do município, quanto dentro da própria unidade de saúde (com boa sinalização e fácil locomoção, entre outros fatores) (BRASIL, 2012). A implantação destes serviços em Fortaleza/CE, e nos outros Estados brasileiros, foi incentivada pelo Ministério da Saúde e pelo DIAHV a partir de 1994 (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa extrapolou os muros da instituição e se desdobrou em uma comunidade adjacente. O território pesquisado é uma das localidades mais vulneráveis do bairro, com concentração de venda e uso de drogas e de pessoas em situação de rua.

Este estudo foi construído em uma multiplicidade de territórios, pois sua dinamicidade fez com que a pesquisadora caminhasse por muitos espaços. Merecem destaque: a UAPS, o hospital referência no atendimento à pessoas com doenças infectocontagiosas, a Associação de Amparo aos Pacientes com Tuberculose e, em especial, a comunidade e a rua.

### **5.2.2 Sujeitos da pesquisa**

Os protagonistas deste estudo foram Maria e Davi. Também seriam entrevistados Esmeralda e Quartzão, mas, conforme mencionado, a primeira foi a óbito e o segundo está desaparecido em consequência de dívidas com o tráfico. Estes codinomes foram escolhidos pelos sujeitos no ato das entrevistas, para os demais participantes foram utilizados nomes de pedras preciosas. Os nomes identificados durante as falas dos entrevistados também foram alterados.

Os critérios de inclusão utilizados foram: pessoas com HIV/Aids acompanhadas pela associação, que informaram consumir crack e que estavam em condições de verbalização. Como critérios de exclusão, definiu-se: não entrevistar pessoas sob o efeito da substância psicoativa (pela possível dificuldade de abordagem) e adolescentes (por considerar que estes requisitam outras discussões que somente este estudo não conseguiria abranger).

Maria é solteira, têm 43 anos, autodeclara-se parda, estudou até a 7ª série do ensino fundamental, é nascida e criada na comunidade, teve uma união estável de doze anos com quem teve dois filhos e não possui nenhuma renda mensal fixa. Já trabalhou com a irmã em um salão de cabeleireiro durante três anos, sendo o único emprego formal que exerceu na vida. Conhece o diagnóstico de HIV<sup>+</sup> há mais de três anos e faz uso de crack há 19 anos.

Nascido em 1998, Davi é um jovem de 19 anos, solteiro, branco, estudou até o 3º ano do ensino fundamental, conhece o diagnóstico de HIV<sup>+</sup> há, aproximadamente, um ano e ainda não iniciou a TARV. Faz uso de drogas desde os 11 anos, iniciou o consumo pela cocaína e depois passou a utilizar o crack. Maria e

Davi vivem em situação de rua, mas alugam um quarto em uma “pousada” da comunidade e pagam quinze reais por diária.

Dentre os demais participantes do estudo, merecem destaque os mobilizadores sociais da Associação, Topázio e Opala. Estes foram peças indispensáveis na construção desta pesquisa, principalmente pela vinculação com a comunidade.

### **5.2.3 Instrumentos e técnicas para obtenção das narrativas e para produção dos dados**

A observação participante foi a técnica principal utilizada na produção deste trabalho, sobretudo pela imersão da pesquisadora na comunidade. Minayo (2013) afirma que com essa técnica o observador fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, do seu cenário cultural, com a finalidade de colher dados e compreender o contexto envolvido.

As fontes de dados primárias empregadas foram as observações de campo, que foram gravadas<sup>19</sup> e depois transcritas na íntegra. Para os protagonistas deste estudo, foram utilizadas entrevistas em profundidade<sup>20</sup>, técnica que permite uma melhor exploração dos contextos, dos dilemas e das questões enfrentadas pelos participantes e culmina numa maior apreensão e compreensão do fenômeno. Esta é considerada uma ferramenta privilegiada, capaz de dar acesso à experiência dos sujeitos (POUPART, 2010).

### **5.2.4 Plano de análise dos discursos**

As vivências em campo e os discursos dos interlocutores transcritos em texto tornaram-se o objeto privilegiado do estudo. Para a organização do material produzido, foi utilizada a análise de conteúdo de acordo com passos de Minayo (2008), retraduzidos por Assis e Jorge (2010), os quais consistem nas seguintes etapas: ordenação, classificação e análise final.

---

<sup>19</sup> Às vezes, o gravador era ligado e deixado no bolso. Outras vezes, a pesquisadora gravava um áudio ao sair do campo relatando a experiência vivida para em seguida realizar a transcrição. O contexto de realização desta pesquisa inviabilizou anotações *in loco*, em diário de campo.

<sup>20</sup> Os “roteiros” constam no Apêndice.

O momento da ordenação teve início com a transcrição fidedigna de todo material gravado nas entrevistas e na observação de campo. Procedeu-se então de releituras do material para organização dos relatos e dos dados de observação em determinada ordem. Essa ordenação teve como objetivo estabelecer um mapeamento horizontal do material empírico (ASSIS; JORGE, 2010).

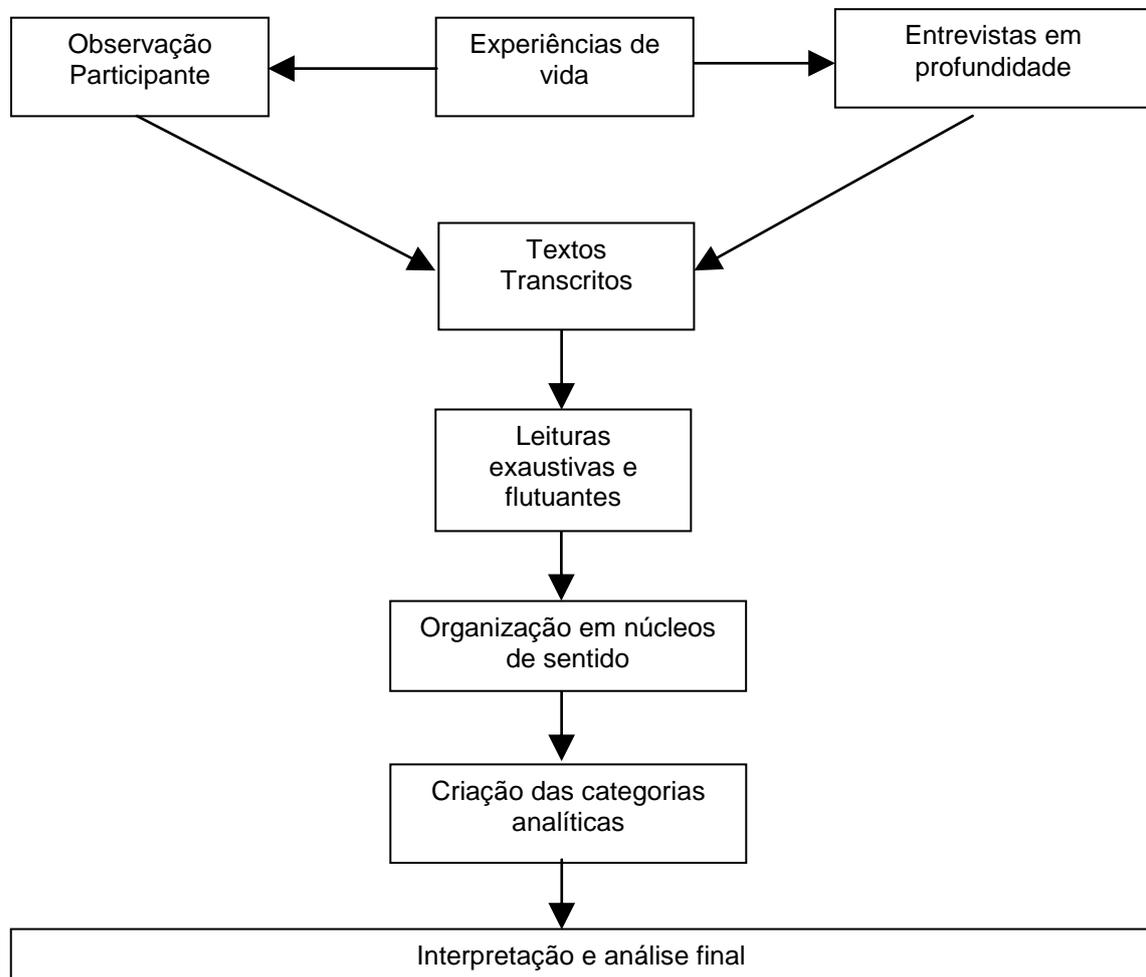
A fase de classificação permitiu a construção dos dados empíricos que embasaram as discussões deste trabalho. Nessa etapa foram realizadas a leitura exaustiva e flutuante do material coletado e a síntese geral de cada unidade, possibilitando a utilização das ideias centrais sobre o tema. Paralelamente, foram estabelecidas sínteses horizontais, que permitiram identificar os temas e as ideias comuns entre os sujeitos entrevistados por núcleo de sentido ou categoria empírica (*Ibid.*).

Em seguida, teve início a organização do corpus do material, a partir dos núcleos de sentido, buscando convergências, divergências e complementaridades processo de refinamento e aprofundamento classificatório (*Ibid.*). Ressalta-se que o encontro dos discursos dos interlocutores com as observações de campo possibilitou a identificação de unidades de significados relacionados às experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids e suas vulnerabilidades.

A análise final enfatizou, principalmente, o encontro da especificidade do objeto com as relações sociais, envolvendo um exercício circular que vai do empírico para o teórico, e/ou vice-versa, permitindo a relação entre o particular e o geral. Nesta fase, buscou-se contextualizar os resultados da pesquisa com a produção bibliográfica (*Ibid.*).

As referidas etapas de interpretação (Figura 2) possibilitaram chegar às seguintes categorias analíticas: a vulnerabilidade da vida com HIV/Aids e seus determinantes sociais; rituais de consumo de drogas e violências; a autorrepresentação do “usuário” de crack; o cuidado como caridade e a caridade como sobrevivência. Estas categorias ajudaram na organização das informações recolhidas, permitindo dar maior profundidade à análise dos discursos dos participantes da pesquisa.

**Figura 2 - Etapas de interpretação dos dados**



Fonte: Elaborada pela autora.

A elaboração desta pesquisa permitiu não apenas conhecer e descrever as trajetórias em busca de cuidado, mas também refletir sobre as experiências de vida das PVHA e usam crack e seus múltiplos modos de ser e estar no mundo. Assim, o lugar de pesquisadora foi reinventado a cada novo encontro, de forma incessante e criativa.

### 5.3 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa está em consonância com as determinações da Resolução Nº 466 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) (BRASIL, 2012), com complementação da Resolução 510/2016. Foi submetida ao Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) e obteve parecer favorável de nº 1.921.925. Destaca-se que o trabalho de campo teve início somente após aprovação pelo Comitê mencionado.

Os sujeitos pesquisados participaram deste estudo mediante leitura, compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo garantida uma via deste TCLE aos entrevistados. Nele estavam esclarecidos os objetivos, a justificativa, os métodos, os benefícios e os possíveis riscos da pesquisa, bem como sobre a garantia do sigilo das informações prestadas e o compromisso ético de manutenção do anonimato dos participantes.

## 6 VIDAS EM MOVIMENTO: RESULTADOS E DISCUSSÕES

Maria e Davi são os protagonistas desta pesquisa. O encontro com eles aconteceu logo nos primeiros dias de entrada na comunidade. Eles vivem em situação de rua há alguns anos, mas alugam quartos nas “pousadas” da comunidade, que lhes servem como ponto de apoio, principalmente para dormir e fazer uso de crack em um local “seguro” (escondido).

Encontrar com os sujeitos desta pesquisa na rua diz muito sobre a relação estabelecida com os serviços de saúde. Há uma representação social negativa, produto e produtora de um distanciamento entre usuários e serviços. As experiências observadas demonstraram, repetidamente, que estratégias coercivas afastam as pessoas dos serviços que precisam. Ao que parece, as instituições não estão prontas para receber as pessoas que vivem com HIV/Aids e usam *crack*, muito menos quando estas estão em situação de rua, ratificando a importância do cuidado em liberdade.

As vidas trazidas aqui são permeadas por uma multiplicidade de elementos e, por mais que se refiram especificamente às experiências de Maria e Davi, suscitam reflexões sobre a dimensão coletiva da relação entre viver com HIV/Aids, usar crack e estar/viver em situação de rua. Dentre os temas abordados, destacam-se: vulnerabilidades presentes nesta relação, violências sofridas, determinantes sociais, questões de gênero e machismo, estigmatização, corrupção policial, entre outros aspectos.

### 6.1 “EU VIVO NA RUA E USO CRACK!”: A VULNERABILIDADE DA VIDA COM HIV/AIDS E SEUS DETERMINANTES SOCIAIS

A ligação do uso de crack com as camadas sociais desfavorecidas remete à reflexão sobre os determinantes sociais de saúde. A experiência de vida de Maria e Davi é atravessada por vulnerabilidades que, dentre outras coisas, fazem com que a adesão ao tratamento para o HIV/Aids seja prejudicada. Não há entendimento sobre o que é viver com HIV/Aids, em consequência, não se compreendem as implicações da não adesão ao tratamento. Isto significa dizer que a situação de extrema vulnerabilidade vivenciada por Maria e David, assim como por outros

sujeitos na mesma condição, implica na dificuldade de inserção e permanência nas terapêuticas oferecidas.

Entre as muitas discussões em torno do termo vulnerabilidade no âmbito da saúde, é consensual a possibilidade de ampliação dos horizontes imprimida pela vulnerabilidade sobre os modos de observar as pessoas. A fragilidade de viver com HIV/Aids é exacerbada quando esta é atravessada por determinantes sociais que vulnerabilizam ainda mais a vida, tais como: pobreza, exclusão social, desinformação, desemprego, entre outros.

Segundo Malagón-Oviedo e Czeresnia (2015), a existência humana é frágil por ser finita, mas, além disso, está imersa em permanentes processos de enfraquecimento consubstanciais às ordens de poder. Captar esta complexidade é um desafio, tanto pelas implicações práticas do âmbito clínico ou da saúde pública, quanto pelos desafios em torno da crítica geral às instituições sociais contemporâneas, ancoradas em um projeto biopolítico<sup>21</sup>, norteado pelo controle, que conduz às formas de exclusão, segregação e negação de direitos.

No âmbito das políticas sociais contemporâneas, tem-se um cenário crítico, de desmonte e de negação da vida. O debate sobre os determinantes sociais da saúde se encontra submerso por temas exclusivamente técnicos e econômicos, dominantes do debate mais recente no Brasil. Igualmente, o contexto político atual é de acirramento das desigualdades sociais, com um Estado que não representa a maioria da população, mas sim as decisões são tomadas para beneficiar os interesses capitalistas, burgueses. Há uma distância abissal entre as práticas de “proteção” do Estado e a realidade da maioria dos brasileiros, principalmente daqueles que sofrem processos de exclusão social históricos.

O encontro com Maria aconteceu no momento em que ela buscou os mobilizadores sociais da APTU procurando ajuda para ir ao hospital verificar “como estava o HIV” (sic.), consciente de que não estava tomando os remédios há bastante tempo e por se sentir “fraca”. O primeiro contato da pesquisadora com ela foi em seu

---

<sup>21</sup> Para Foucault (2008), a constituição do Estado moderno, com a gênese e o desenvolvimento das novas relações de produção capitalistas, leva à instauração da anátomo-política disciplinar e da biopolítica normativa como procedimentos institucionais de modelagem do indivíduo e de gestão da coletividade. Em outras palavras, de formatação do indivíduo e de administração da população.

quarto<sup>22</sup>. O desejo de Maria era ficar internada, sair daquela realidade, como se quisesse “estabilizar” seu corpo para conseguir voltar.

Romanini e Roso (2014) apontam que no contexto de vida das pessoas em situação de rua que usam crack, estar forte novamente pode estar repleto de significados que vão além dos sinais percebidos. O “estar forte” pode significar estar pronto para usar a droga mais uma vez, estar preparado para a vida nas ruas, como também pode significar vida ou sobrevivência em locais onde a “lei do mais forte” prevalece.

Realizaram-se cerca de três tentativas até conseguirmos levar Maria ao hospital. Marcava-se o encontro, mas quando se chegava ao local, Maria alegava que estava “bruxa<sup>23</sup>” e que, daquela forma, não conseguiria sair da comunidade. Sentia-se envergonhada, pedia desculpas e que não fosse esquecida. Sem cobranças e depois de vários encontros, levaram-se Maria e Davi ao hospital. Na ocasião, ela estava bem debilitada, muito emagrecida, com dificuldades para andar, sem fazer uso de crack há uns três dias (porque não aguentava) e havia voltado para a residência da mãe, localizada à mesma rua da pousada onde ela estava.

Eu tô precisando engordar, gente! [...] Eu venho pra cá pra conseguir me internar. Mesmo me arrastando, tá entendendo? Eu vinha porque eu sabia que eu tinha que me internar aí. Com esse negócio de encaminhamento do posto e da UPA foi como eu conheci o Topázio, ele ia sempre lá me visitar e conversar comigo. Foi até ele que me mostrou o posto (Maria).

Maria sabe da existência da UAPS, mas o hospital é o lugar primordial de busca por tratamento, é visto como o lugar de cura e, de certa forma, proteção, onde é possível voltar à “normalidade”, estabilizar-se. Há um desejo de se “enquadrar” nessa “normalidade”, possível pela medicalização. Além disso, a internação é encarada como um lugar onde é possível estabilizar o corpo pelo uso dos medicamentos, é um espaço onde também se tem acesso à alimentação.

Segundo Foucault (2011), da Antiguidade ao Renascimento, o poder sobre a vida das pessoas era confinado aos sacerdotes religiosos que, sob o domínio das verdades da Igreja, através do ritual do confessionário, detinham as chaves do céu (da vida eterna). No entanto, desde o momento em que o discurso

---

<sup>22</sup> Trata-se de um ambiente escuro, com apenas uma porta e nenhuma outra entrada de luz e ventilação. É importante destacar esta caracterização para tentar esclarecer ao máximo a realidade dos sujeitos deste estudo (e de tantas outras pessoas).

<sup>23</sup> O termo significa dizer que está em uso intenso há horas e/ou dias.

científico se tornou hegemônico, a vida passou a ser confiada às mãos dos médicos. Simbolicamente, Foucault intitula os médicos de “padres do corpo”, considerando-os “gênios tutelares da integridade de vossas faculdades e de vossas sensações” (FOUCAULT, 2011, p.36). A medicina atua nas necessidades mais concretas do ser humano e no instante em que “ter saúde” substituiu a salvação da alma, o poder dos médicos cresceu exponencialmente. Quando há um desvio do idealizado estado “natural”, as pessoas se sujeitam ao olhar clínico da medicalização, visto como o único capaz de (re)conduzir ao imperativo da normalização (FOUCAULT, 2001).

O aspecto social de normatização foi construído historicamente, principalmente para o tratamento de pessoas em sofrimento mental e este imaginário é reproduzido pelos próprios usuários, “guiados” pelos modelos já existentes. Acioli Neto e Santos (2015) destacam que a internação em instituições “reformadoras” foi uma prática vigente no Brasil por décadas, destinando-se principalmente à segregação da diferença.

Já fui normal, tia! Mas ninguém sabe o dia de amanhã, só Deus. Hoje você tá aqui, amanhã você pode não tá aqui, né verdade? (Davi).

Perguntaram se eu usava [drogas] e eu não neguei não. Mas esse negócio num é com ele, né? Porque aqui não tem psiquiatra. Mas num tô com fissura não. Porque eu tendo comida, quase não me dá vontade. Porque uma coisa que substitui a droga é a comida. Porque se vier a vontade e tiver mais fácil a comida, eu prefiro a comida (Maria).

O ideário de fragmentação dos serviços é reproduzido pelos próprios usuários do serviço. A saúde mental ainda é tida como algo que não precisa ser enfatizado pelo cuidado nas instituições de saúde, pois estas não seriam destinadas a essa “especificidade”. Logo, o corpo é visto por fragmentos.

A desigualdade social e o acesso às necessidades básicas, como a alimentação, são os grandes entraves nas vidas das pessoas que fazem uso de crack. As idas ao serviço de saúde para fazer o tratamento para tuberculose são atreladas, inúmeras vezes, ao direito de receber a cesta básica. Na realidade, a comida atua como uma estratégia de RD.

Entretanto, o desejo por se alimentar, simultaneamente, parece perder importância frente às outras necessidades de vida destas pessoas. As cestas entregues pelo posto de saúde eram usadas como escambo para pagar dívidas, principalmente as diárias das pousadas, ou eram vendidas para conseguir dinheiro

para comprar crack. Troca-se o alimento por outra forma de sobrevivência, pois alterar o estado de consciência, usar o crack ou outra droga, parece ser a melhor opção frente encarar a realidade vivida. Além disso, Maria e David alegavam não ter um local adequado nem para armazenar nem para preparar os alimentos.

De acordo com Sodelli (2010), o uso de drogas pode ser considerado como uma entre tantas outras alternativas de alteração da consciência, de amenização do sofrimento e da angústia existencial. A história da humanidade revela que o uso de drogas é apenas um modo de vida. Assim, todo e qualquer esforço, seja de caráter preventivo ou de tratamento ao uso nocivo de drogas, que esteja embasado essencialmente em negar esta possibilidade humana está fadado ao fracasso.

Segundo Freud (1974), o uso de drogas é uma das possíveis saídas para o alívio da angústia, pois por meio delas é possível subtrair-se a qualquer momento da pressão da realidade e refugiar-se em um mundo próprio. Para este autor, existem benefícios no uso de drogas, desde que seu uso seja socialmente controlado e não ocorra como uma prática oposta ao social. Romanini e Roso (2014) apontam que o crack, num primeiro momento, assim como qualquer outra droga, possibilita amortecer as “preocupações” e os “sofrimentos”.

Nesse contexto, a precariedade das condições de sobrevivência dos interlocutores deste estudo define os modos de experimentar a vida em todas as suas dimensões e facilita o uso problemático das drogas. Tal situação torna-se ainda mais peculiar quando se vive com HIV/Aids. Dentre os determinantes sociais vivenciados, o não acesso à educação é refletido na (não) compreensão da sua soropositividade.

Porque quem tem essa doença fica com a cor parda, né? Vai mudando de cor e se não tomar remédio aí é que muda mesmo, fica com a cor feia, escura. Aí a pessoa que fica normal e engorda é porque toma os remédios, tá entendendo? Mas se não tomar, não tem nem força de andar (Maria).

Para Maria, viver com HIV é ser “anormal”. Durante os quinze dias de internação, enquanto estava debilitada, afirmava com desejo e convicção que não queria mais usar crack e que iria tomar os remédios corretamente. Questionou-se se ela acreditava que apenas os remédios a deixariam bem. Ela respondeu:

[...] os remédios e a alimentação. A alimentação porque com essa doença eu não vou usar mais droga, tá entendendo? Porque eu não tô sentindo vontade, nem lá [em casa] eu não tinha, tinha não, aguentava [ficar sem usar crack]. (Maria).

Há um controle sobre o uso compulsivo quando se está debilitado, momento em que Maria relata interromper o uso por um tempo. Após a internação, Maria retornou para a casa da mãe na comunidade e, ao visitá-la, percebeu-se muita angústia por estar ali:

Preciso sair dessa casa urgente, só aqui têm três pessoas que usa droga. Eu não posso ficar aqui dentro (Maria).

Seu contexto familiar e social é marcado pelo uso de substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas) e pelo envolvimento com delitos, fator que impulsiona o retorno ao uso da droga, devido às poucas ou inexistentes alternativas. Alguns modelos de tratamento às pessoas que usam estas substâncias, principalmente os religiosos, preconizam a convivência familiar como a “salvação” para a superação do uso. No entanto, identificou-se que a família, por vezes, é apontada como uma das principais causas de uma relação problemática com o crack. Não há como generalizar as relações humanas, mas uma possível “desestruturação” familiar, principalmente em um contexto de vulnerabilidade social, pode ser um fator impulsionador do uso.

Maria tem um histórico de reinternações, aparentemente responsáveis por resolver seus sintomas mais urgentes, aqueles que a estavam incomodando no momento de procura por cuidado e se referem principalmente ao uso intenso de crack. Os médicos e, possivelmente, o “setor” saúde como um todo, parecem não conseguir intervir “efetivamente” na vida de pessoas como Maria, sobretudo devido aos determinantes sociais que entrecruzam suas vidas.

O “social” retomou lugar de destaque na agenda política do setor saúde quando a OMS criou, em 2005, a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, um reconhecimento sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde das pessoas e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas (BUSS; PELLEGRINI-FILHO, 2007).

No Brasil, em resposta a esse movimento global desencadeado pela OMS, foi criada em 2006, a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Estabelecida por meio de um decreto presidencial, ela trouxe para a agenda política brasileira, a discussão já iniciada sobre a necessidade de intervir nos determinantes sociais, em busca da equidade em saúde (BRASIL, 2006). A CNDSS trabalhou com o conceito de saúde definido pela OMS e teve como base o modelo de *Dahlgren & Whitehead (2007)*, no qual os determinantes estão dispostos em camadas hierárquicas, conforme exposto na Figura 3.

**Figura 3 – Determinantes Sociais da Saúde segundo o modelo de *Dahlgren & Whitehead (2007)***



Fonte: Modelo *Dahlgren & Whitehead (2007)*.

Para Garbois, Sodr e e Dalbello-Ara ujo (2014), a op o política brasileira de “importar” esse modelo conceitual implicou direta e intensamente até na forma como foi sendo conduzida a produ o de conhecimento científico sobre este assunto. Em outras palavras, os estudos brasileiros sobre os determinantes sociais, em sua maioria, optaram por fragmentar o social em camadas, situa es e/ou condi es particulares: o “social” acabou sendo compreendido como algo est tico, um “retrato”, ao qual   possível recorrer para explicar o nível de saúde dos indivíduos.

Algumas críticas foram dirigidas   abordagem da OMS sobre a temática dos determinantes sociais da saúde. Segundo Nogueira (2009), no próprio relatório

desta organização, a análise dos determinantes sociais da saúde aparece de forma reducionista e fragmentada. Igualmente, Arellano, Escudero e Carmona (2008) sustentam que as recomendações da OMS são insuficientes para avançar na compreensão da origem dos problemas relativos às iniquidades em saúde e apontam várias limitações no relatório desta. Destacam-se: redução do problema das desigualdades sociais a um problema distributivo, limitado ao plano da “melhoria das condições de vida” e do “repartir recursos”; fragmentação da realidade social na análise da situação de saúde a fatores sociais, perdendo a sua dimensão de processos sociohistóricos; ausência de reflexão e análise crítica sobre a desvalorização da vida e da saúde de populações (impostas pela fase atual de desenvolvimento do capitalismo); e um “silêncio” em relação aos problemas como as guerras e o genocídio, os quais causam mortes massivas e muito sofrimento às populações.

No Brasil, a produção de conhecimento científico sobre determinantes sociais da saúde tem destaque no campo da Saúde Pública/ Saúde Coletiva. Houve um apelo de que os determinantes sociais da saúde se tratavam de um movimento novo, que combinaria novas ferramentas, metodologias e abordagens capazes de reconfigurar a Saúde Pública. Entretanto, com a ênfase dada à necessidade da evidência científica, nota-se o predomínio de uma abordagem epidemiológica, principalmente no campo de produção de conhecimento sobre esta temática.

Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2014) alertam que pela perspectiva da evidência científica os determinantes sociais são abordados isoladamente, de acordo com o objetivo de cada estudo, segundo camadas/estratos (características demográficas, condições socioeconômicas, culturais e ambientais, redes de apoio social, condições de vida e trabalho, estilo de vida) e são correlacionados com eventos de morbimortalidade entre distintos grupos sociais.

Assim, o aparente novo campo de estudos sobre os determinantes sociais da saúde acaba reproduzindo e fortalecendo a perspectiva positivista, a qual serve de base para a epidemiologia tradicional. O modelo de racionalidade científica (norteador hegemônico da ciência moderna) tem sido questionado e criticado por muitos autores.

As peculiaridades dos modos de viver trazidas pelas pessoas deste estudo são tratadas, predominantemente, pela perspectiva biomédica de cuidado, ainda hegemônica. Os determinantes sociais latentes não são considerados nas

práticas de saúde e ainda há uma culpabilização desses sujeitos, resultantes das representações sociais negativas que os caracterizam.

O modelo de conhecimento científico tradicional, positivista, foi desenvolvido inicialmente nas ciências naturais a partir da revolução científica do século XVI. Tinha como principal característica a formulação de leis universais e estabeleceu um pressuposto teórico baseado na ideia de ordem e estabilidade do mundo. A partir do século XIX, foi estendido para o domínio das ciências sociais, como um modelo igualmente possível para se descobrir as leis da sociedade. Dentre seus paradigmas, sobressaíram-se como principais: a separação total entre natureza e ser humano e a centralidade da matemática na caracterização de uma investigação científica. Resulta disso a prioridade dada à quantificação, assim como a divisão e a classificação de elementos (SANTOS, 1988).

Santos (1988) e Latour (2012) estabelecem críticas sobre a maneira pela qual este modelo de racionalidade, originário do campo das ciências naturais, vem pautando de forma hegemônica os estudos sobre o social, assim como as consequências advindas dessa forma de abordagem para o domínio das ciências sociais.

Para Santos (1988), a introdução deste modelo no âmbito das ciências sociais partiu do pressuposto de que os fenômenos sociais deveriam ser estudados do mesmo modo que os naturais, fazendo com que eles fossem concebidos como “coisas”. Para isso, seria necessário reduzi-los as suas dimensões mais externas, capazes de serem “mensuradas”. Latour (2012) sustenta que essa concepção conduz a uma chuva de fragmentos, pois os modos de existência são alterados por meio de uma grande proliferação de objetos “de risco” explanadores de que os laços sociais também se tornaram fragmentos nas mãos das organizações técnicas.

Os atuais estudos epidemiológicos sobre os determinantes sociais da saúde ilustram a força desse pressuposto quando partem de recortes de fenômenos sociais que julgam passíveis de serem delimitados, isolados e quantificados, como quando elegem variáveis como níveis de renda e/ou de escolaridade para caracterizar o fenômeno da desigualdade social.

Não se pode negar que referidos estudos conseguem ter sucesso no emprego de ferramentas quantitativas, mas os limites desse tipo de conhecimento estão justamente na natureza quantitativa, na qual se busca, cada vez mais, uma maior “precisão dos dados”. E esta é limitada exatamente pela extrema e

progressiva “parcelização do objeto”, responsável por distorcer o conhecimento do todo ao fragmentá-lo em tantas partes quanto sejam possíveis (SANTOS, 1988).

Segundo Latour (2012), a racionalidade científica moderna julgou necessário distinguir e separar o domínio da sociologia (o “social”) de outros domínios, tais como a economia, o direito, a psicologia, entre outros. O domínio social da realidade foi tido como algo particular e diferenciado dos demais. Assim, caberia à sociologia estudar o “social” como um “objeto” específico e diferenciado dos demais saberes, de forma que pudesse fornecer certo tipo de explicação para as demais disciplinas daquilo que elas julgassem não ser de sua competência.

Para refletir criticamente sobre a complexidade dos determinantes sociais presentes na vida dos protagonistas deste estudo, faz-se necessário esse debate sobre a racionalidade científica hegemônica, sobretudo porque o campo da saúde é um dos exemplos paradigmáticos dessa situação.

Conforme Garbois, Sodr e e Dalbello-Ara ujo (2014), na área da saúde, desde a divisão das disciplinas no âmbito acadêmico, a sociologia   dada de modo paralelo e sem rela o com as demais disciplinas, colocando-se o social como uma “dimensão externa” ao processo saúde-doença. Outro exemplo emblemático   o das chamadas “causas externas”, nomea o dada na área da saúde aos acidentes e às mais variadas formas de violência. O referido termo, por si só, já revela como esses complexos fen menos sociais se reduzem e se aglutinam em uma mera categoria “externa” e descontextualizada ao setor saúde. Esses fen menos não são problematizados como intr secos   dinâmica da vida coletiva, expressão do modo de organiza o da sociedade (do qual a saúde   parte constitutiva), mas sim são reduzidos a “fatores sociais” capazes de explicar o crescente aumento de mortes, mutila es e incapacidades dele decorrentes.

No caso das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de *crack*, principalmente quando estão em situa o de rua, o âmbito saúde parece atuar apenas nas necessidades imediatas, nos sintomas causados pela não adesão   TARV e/ou pelo uso problemático de crack.

Levou-se Davi ao hospital para que ele desse início   TARV. A pesquisadora orientou que durante o atendimento médico ele falasse sobre o seu modo de vida (situa o de rua, uso de crack, etc.). Na consulta, a médica informou que eles não iniciavam o tratamento com antirretrovirais nos atendimentos pela emergência e que, para isto, era preciso marcar uma consulta no ambulatório.

Assim, prescreveu um remédio para proteger o sistema imunológico de Davi até ele iniciar a TARV.

A médica não examinou Davi e não perguntou nada sobre seu estilo de vida, muito menos sobre o uso de substâncias psicoativas, então ele comentou: “Ei doutora, eu vivo na rua e uso crack!” (sic.). Parecia que nada tinha sido dito, a médica continuou a consulta, prescreveu os remédios e disse que ele tomaria dois comprimidos após o café da manhã e dois após o jantar. Indagou-se: “E quando não houver café da manhã? E quando faltar alimentação?” (sic.). A médica entregou a receita, disse que o remédio estava disponível na farmácia do hospital e concluiu a consulta informando: “o remédio é forte, é bom que se alimente bem!” (sic.).

O profissional médico que atendeu Maria teve conduta similar, ponderou: “basta ela comer e tomar corretamente os remédios” (sic.). É como se os profissionais de saúde, aliás, o setor saúde, não conseguisse visualizar a realidade destes usuários. A intervenção reduz os incômodos que causaram a busca pelo hospital, mas há uma dificuldade de intervir no “social”, notadamente, nas singularidades que compõem a vida das PVHA e fazem uso de crack. São pessoas que não são “prioridade” para o Estado, muito menos para o cuidado em saúde.

A focalização no tratamento biomédico reduz o atendimento a uma dimensão técnica: despachar os remédios. Há uma “despreocupação” e desresponsabilização com o contexto social e cultural onde estas pessoas se inserem, pois isto não é “responsabilidade da saúde”, aspecto reproduzido nas práticas dos profissionais de saúde. Além disso, a representação social construída historicamente em torno dessas pessoas rebate nos modos de produzir (ou não) saúde, principalmente em um contexto hospitalar.

É como se o “setor saúde” se posicionasse a margem da responsabilidade na busca de soluções para estas “causas”, já que se situam em um plano “externo” ao do seu alcance. Garbois, Sodré e Dalbello-Araújo (2014) asseveram haver uma evidente polaridade entre o “ser biológico” e o “ser social”, como se fossem distintos. O ser, em toda a sua complexidade de existência, é “fatiado” em várias dimensões: o ser biológico, “investigado” por médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, dentistas, dentre outros profissionais de saúde; o ser social, por assistentes sociais; e o ser psicológico, por psicólogos.

Para Santos (2007), há uma “monocultura do saber” pautada no “saber científico” de diversas áreas. Esta monocultura transformou o “corpo-pessoa” num

corpo “objetificado”, ou melhor, num corpo-objeto de cuidado, consumidor de inúmeros atos profissionais de saúde centrados em tecnologias duras, e que, também, torna-se objeto de estratégias disciplinares das profissões clássicas da saúde e da saúde pública.

É nessa lógica que a pessoa com certas doenças específicas, além de ser “dissecada” pelas diversas especialidades médicas, é desconsiderada como a mesma que sofre violência familiar, que faz uso de drogas, que vive em condições precárias de vida e de trabalho, que depende das políticas de assistência social e da caridade para sobreviver.

A crescente inclusão da assistência social nos serviços de saúde revela as insuficiências, tanto do setor como um todo, quanto das próprias equipes de saúde em particular, para lidar com o “social”, já que este é algo que ao ser “diagnosticado” deve ser encaminhado para outra instância, pois foge ao alcance das equipes de saúde. De tal modo, como o setor saúde não consegue “dar conta do social”, recorre a outros setores. Em outros termos, trata-se de unir o que foi disperso, de reagrupar o que foi desagregado, de socializar o que foi individualizado: a tão aclamada intersectorialidade, recomendada pela grande maioria dos documentos técnicos e políticos do campo dos Determinantes Sociais da Saúde (GARBOIS, SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2014).

Eu pago aluguel diário todo dia. Tá com quatro dias que eu não pago porque eu não tava legal, então tô devendo 60, porque a diária é 15. Eu só tô aqui preocupado de chegar lá e já ter outra pessoa (Davi).

Vivencia-se uma batalha diária, cada dia é preciso “fazer um corre<sup>24</sup>” para conseguir ocupar um espaço para além da rua. A extrema pobreza é o cenário de vida dessas pessoas. Para Foucault (2011, p. 48), “a pobreza é um fato econômico que a assistência deve remediar enquanto existe; [...]. O hospital é uma solução anacrônica que não responde às necessidades reais da pobreza e que estigmatiza o homem doente em sua miséria”.

O contexto brasileiro contemporâneo se caracteriza como um Estado de exceção e anuncia tempos ainda mais difíceis. Os ataques aos direitos humanos são

---

<sup>24</sup> “Fazer um corre” é uma gíria que significa fazer alguma coisa. No contexto deste trabalho é “dar um jeito” para conseguir algo para sobrevivência.

diários, tendo como consequência evidente o aprofundamento das iniquidades sociais, especialmente da pobreza e da exclusão social.

Agamben (2004) afirma que o Estado de exceção ocorre em situações de emergência nacional, em casos de grave ameaça à ordem e à calamidade pública, ou como ele afirma, em ocasiões de *“tumultus”*. Pela segurança nacional, o Estado opta por manter o país em um estado de suspensão de direitos e garantias fundamentais, com o intuito de tomar as necessárias decisões na proteção do Estado. Contudo, a criação voluntária de um “estado de emergência permanente” (ainda que, predominantemente, não declarado no sentido técnico) tornou-se uma das práticas principais dos Estados contemporâneos, inclusive dos chamados “democráticos”, isto é, a “exceção” tem se tornado a regra.

Nos tempos atuais, há uma consolidação deste novo paradigma de governo. O Estado de exceção possui um patamar de “indeterminação” entre democracia e absolutismo (*Ibid.*). A realidade social brasileira é que grande parte da população, sobretudo os moradores das periferias e as pessoas em situação de rua, estão nesse lugar de “indecidibilidade”, sob o poder do Estado, mas fora do direito.

Segundo Agamben (2004), o Estado de exceção se materializa como um totalitarismo moderno, definido como a instauração de uma guerra civil legal, que permite a eliminação física não só dos adversários políticos, mas também de categorias inteiras que, por qualquer razão, pareçam não “integráveis” ao sistema político. O funcionamento da “máquina” do Estado (usando termo caro a Deleuze e Guattari) é essencialmente ligado ao dispositivo do Estado de exceção, de modo que frequentemente prevalece, em termos biopolíticos, o império da violência e da sujeição. O controle biopolítico que este Estado exerce sobre o indivíduo o descaracteriza de sua identidade de cidadania e jurídica.

De acordo com Butler (2015), toda vida é precária desde o começo, pois a vulnerabilidade do corpo antecede até mesmo a formação do sujeito. Contudo, sob certas condições sociais e políticas, e em continuidade com as mesmas, essa vulnerabilidade se exacerba: certas vidas se tornam muito mais precárias do que realmente são. As normas e organizações sociais e políticas se desenvolveram historicamente a fim de maximizar a precariedade para alguns e minimizá-la para outros. Nesse contexto, as pessoas cujas vidas não são “consideradas” potencialmente lamentáveis e, por conseguinte, valiosas, são obrigadas a suportar a carga da fome, do subemprego, da privação de direitos legais e da exposição

diferenciada à violência e à morte. A exclusão social, portanto, é uma violência “legalizada” e as populações acessam diferencialmente recursos básicos necessários para minimizar essa precariedade inerente à vida.

Mesmo com diagnóstico de HIV positivo há alguns anos, Maria fazia uso dos antirretrovirais apenas quando ficava internada. Ela recebia as medicações, mas voltava para rua e não conseguia continuar o tratamento. O fato de estar assintomática criava a sensação de que ela estava bem e de que não havia necessidade do medicamento.

Eu não sentia nada, eu era forte porque era logo no começo. Tá com uns três anos que eu descobri, foi em 2014. Eu tava doente, tava na rua, mas vim com a minha mãe. Eu entrei só, aí eles me disseram que eu estava com pneumonia ou era tuberculose, eu nem me lembro, aí foi dessa vez que eu descobri a primeira vez, mas eu não disse para ninguém, nem pra minha mãe. Fiquei com aquilo pra mim, me sufocando durante um ano. Eu não aceitava, eu tinha vergonha, medo, assim de ser rejeitada pelas minhas irmãs, pela minha família e pelas minhas amigas né que eu andava. Aí com um ano eu não aguentava mais (Maria).

A situação de estar na rua e em uso de crack impede a adesão ao tratamento para o HIV. Desde a última internação, Topázio está acompanhando o uso de medicamentos por Maria, cuidado que tem se realizado em território, onde é possível estar mais próximo desses sujeitos. É perceptível não haver clareza sobre a condição de viver com HIV/Aids e isto decorre principalmente da baixa escolaridade, conforme identificou-se. Além das dimensões culturais, econômicas e subjetivas desses modos de viver, a não compreensão de sua soropositividade também dificulta o tratamento e os vulnerabiliza ainda mais.

Eu num entendo muito não, mas eu li o papelzinho já com as coisas que acontecem. Eu sei assim que é um vírus forte, entendo pouco né? A gente fica com os dedos 'coisados', tudo cortado, vai ficando muito magro, é o que eu sei, não sei não (Davi).

Eu peguei e contei pro Jaspe, um colega meu, ele foi a única pessoa que eu tive coragem de conversar as coisas. Eu peguei e disse assim: Jaspe, eu não aguento mais! E ele: o que foi Maria que aconteceu? E eu: eu tô doente, eu tenho o HIV, a Aids, mas não diz pra ninguém não. É um alívio eu contar isso para ti, faz um ano e ninguém sabe, nem minha mãe. Aí eu adoeci de novo, eu vivia no meio da rua, fiquei toda inchada. [...] Aí dessa segunda vez que eu fiquei internada eu disse pra mãe, aí ela ficou sabendo, aí as minhas irmãs ficaram sabendo. Só tinha uma irmã minha que eu não queria que soubesse. Os meus irmãos souberam naquele dia que tu apareceu lá na casa deles, aí foi que eu disse, eles não sabiam (Maria).

A não compreensão sobre a doença em si, dentre outras coisas, também faz com que se reproduza o “vírus ideológico” mencionado pela Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS, 2015). O medo de sofrer por preconceito e rejeição se sobrepõe às possíveis complicações de saúde. A doença é tida como mais um “motivo” de exclusão e isolamento social.

Davi foi testado para o HIV apenas quando foi diagnosticado com tuberculose pelos membros da associação, ou seja, só descobriu sua soropositividade por conta do trabalho da APTU junto à comunidade. Ele é sempre muito aberto às abordagens dos mobilizadores sociais, entretanto, quando se menciona uma possível ida ao serviço de saúde, há muita resistência e esta só acontece devido ao vínculo já criado e, ainda assim, com muito diálogo.

Durante a realização desta pesquisa, tinha-se como preocupação primordial construir laços de confiança. Todo percurso aos serviços de saúde ou qualquer outra instituição era negociado previamente e os acordos feitos eram cumpridos. Antes de sair da comunidade, Davi, por exemplo, sempre queria saber uma estimativa do horário de retorno, pois precisava “fazer um corre pra pagar a diária” (sic.). Além disso, ele aceitava ir ao posto em troca de algo (almoço, lanche, a cesta básica etc.).

Por mais que haja relações difíceis na comunidade, a fragilidade dos vínculos familiares se destacou entre os informantes, fazendo com que os amigos construídos na “rua” se tornem a principal rede de apoio social que eles acessam. As redes sociais são tecidas de acordo com a realidade na qual estão inseridos, conforme aponta a seguinte narrativa:

Minha mãe morreu lá no hospital Gonzaguinha, perto de Messejana. O meu pai mora lá perto de Caucaia, minha irmã tá lá [comunidade] né? Mas não confio total nela não. [...] Só quem sabe [sobre o HIV] é a minha irmã e o meu irmão que mora lá debaixo do viaduto e o Citrino [um dos traficantes que Davi tem como pai]. Quando eu contei pro meu irmão e tal. Aí ele disse assim: isso aí não vai mudar nada entre nós dois, tu vai ser a mesma pessoa, você se cuidando (Davi).

Segundo Cruz *et al.* (2012), a construção da rede da população que usa *crack* é determinada de acordo com a identidade de cada sujeito dentro da sua situação de vida. Assim, a representação e a interpretação das relações em rede

estão fortemente ligadas à realidade que as cercam, sendo fortemente influenciadas pelo contexto social de cada indivíduo.

A infecção pelo HIV se deu por práticas sexuais desprotegidas, principalmente pela troca de sexo por droga e por prostituição. Segundo Ribeiro, Nappo e Sanchez (2012), as pessoas que usam crack apresentam as maiores taxas de comportamento sexual de risco (múltiplos parceiros, sexo em troca de dinheiro ou *crack* e uso inconsistente de preservativos).

Eu peguei num bagulho ali, por sexo. Era assim ó, aparecia umas pessoas, uns caras de carro, aí me oferecia dinheiro e tal. Aí o nego na rua, afim de fumar, eu ia mesmo. Isso tá com uns 4 anos. Era assim ó, num tem o terminal do Antônio Bezerra, que tem muita corrida de carro, né? Aí eu saía, fazia programa só para 'comer' eles, tá 'interada'? Era no motel e tal e ainda ganhava 50 conto [...]. E eu usando crack, vacilei, né? Vacilei porque eu não usei camisinha, né? Mas é porque eu também não entendia muito, eu tinha dezesseis anos e era só por dinheiro, eu gosto é de mulher. Eu não beijava, tu é doida, é? (Davi).

Prostituir-se é mais uma das maneiras de sobrevivência e esta não se trata de uma prática essencialmente feminina, os homens também se prostituem, mas têm mais receio de falar dessas relações. O discurso revela ranços de machismo, ao passo que Davi, inclusive, sente a necessidade de afirmar sua orientação heterossexual. Davi se coloca como HSH em determinada circunstância, no momento em que se expõe à prática sexual para conseguir fazer uso de crack.

Ressalta-se a exploração sexual sofrida por ele quando adolescente, em situação de desenvolvimento, como uma condição agravada pela precoce situação de rua e pela ausência de uma rede de suporte consolidado. O uso de crack lhe representa mais uma vulnerabilidade por ser considerado um dos fatores que ocasiona o “esquecimento” do uso do preservativo.

Zeitoune *et al.* (2012) salienta que na fase da adolescência, marcada por grandes transformações intrínsecas, o indivíduo passa por muitas mudanças biopsicossociais e aflora conflitos em virtude da maior labilidade emocional e da sensibilidade aumentada, conferindo-lhe certo desconforto durante este período de desenvolvimento. Emergem dúvidas e questões de várias ordens, desde como viver a vida, modo de ser, de estar com os outros, até a construção do futuro relacionado às escolhas. Essas características e situações fazem com que ele fique exposto a inúmeros riscos, dentre os quais podem ser citados o uso de tabaco, álcool e outras drogas.

Nos últimos dez anos, observou-se um aumento da taxa de detecção de HIV entre os homens brasileiros, principalmente entre aqueles com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos e mais. Destaca-se o aumento em jovens de 15 a 24 anos, uma vez que de 2006 a 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,2 para 6,9 casos/100 mil hab.) e, entre os de 20 a 24, dobrou (de 16,2 para 33,1 casos/100 mil hab.). No período de 2007 a 2015, verificou-se que 50,4% dos homens soropositivos tiveram exposição homossexual, 36,8% heterossexual e 9,0% bissexual (BRASIL, 2017).

Eu acho que eu peguei no sexo, o HIV. Não foi dele [ex-marido] que eu peguei não. Eu peguei fazendo programa, nesse tempo eu nem ligava pra camisinha, por causa da droga. [...] Já transei, já fiz foi tudo por droga, entendeu? Mas depois que eu descobri essa doença, eu fiquei um tempo na rua só deitada (Maria).

Para conseguir usar crack, há o envolvimento com várias atividades, desde a prostituição ao envolvimento com práticas ilícitas. A infecção pelo HIV fragiliza tanto pelo impacto psicológico e tristeza pela condição de soropositividade quanto pelos sintomas biológicos, uma vez que quando eles descobrem, geralmente, já estão com algum outro adoecimento ocasionado pelo possível acometimento do sistema imunológico.

A existência física do serviço de saúde não garante o acesso dessas pessoas, muito menos a testagem para o HIV e outras infecções. O cuidado *in loco* é indiscutivelmente mais efetivo. O vínculo com os profissionais do posto é quase inexistente. Em mais de três anos de soropositividade, a agente comunitária de saúde (ACS) ainda não conseguiu criar vínculos consistentes com Maria. Há uma evidente sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, mas este aspecto por si só não justifica tamanha fragilidade de relacionamento com a comunidade.

Após a realização da pesquisa de campo, a pesquisadora continuou acompanhando as atividades da associação na comunidade e ainda não presenciou nenhuma visita dos profissionais junto às cenas de uso de crack. Há uma “dificuldade” de aproximação com as pessoas que habitam nos locais de concentração de uso de crack, o que comprova a importância do consultório de rua.

Em 2016, Fortaleza inaugurou o “Corre pra Vida”, equipamento direcionado ao cuidado às pessoas em situação de rua. Considerado como uma das poucas iniciativas exitosas existentes no município, o projeto se efetiva através de

um ponto de acolhimento (contêiner), com sanitário e chuveiro; a oferta de kits de higiene e saúde; ações de campo com a utilização de uma unidade móvel, realizando abordagens nas ruas e em cenas de uso de drogas, com orientações sobre RD; bem como o encaminhamento e acompanhamento do usuário para a rede de atenção, conforme a demanda apresentada. A equipe, formada por psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, redutores de danos, motoristas e serviços gerais, atua em quinze áreas da capital, tendo como foco o centro da cidade, onde se concentra a maior parte do público-alvo do projeto (BRITO, 2016).

A ideia do projeto é inovadora e tem todo o potencial para impactar positivamente na vida das pessoas. No entanto, o Corre pra Vida está passando por dificuldades para continuar em funcionamento, principalmente no contexto atual. A perspectiva assumida pelo município de Fortaleza tem sido a higienização. Realizam-se ações para retirar as pessoas em situação de rua dos locais mais movimentados e colocá-las em “galpões”. Esta “expulsão disfarçada” organizada pela prefeitura é vista como positiva pela população, porque tanto o espaço, como as pessoas que o ocupam são vistos como perigosos. Esta representação, inclusive, é reforçada diariamente pela mídia sensacionalista.

As atividades realizadas pelos mobilizadores sociais da APTU ratificam o quanto o cuidado em liberdade consegue alcançar mais pessoas e ser mais efetivo. A proximidade facilita a construção de vínculos de confiança com a comunidade e é isto o que, na maioria das vezes, define a continuidade ou não de um tratamento de saúde, por exemplo. Com ênfase, o vínculo é potencialmente terapêutico.

Topázio está acompanhando o uso das medicações de Davi e Maria, tanto para o HIV quanto para a tuberculose. São deixados comprimidos a cada três dias. “Eu vou tomar o remédio bem direitinho. Pode ir lá sexta pra tu ver!” (sic.). Identificou-se que há uma preocupação em não “decepcionar” àqueles que os ajudam nesse processo de cuidado, possibilitando uma melhor adesão aos tratamentos ofertados.

Por lá pouca gente sabe, nem a agente de saúde, eu num gosto não, nunca gostei. Só teve uma vez que ela ficou dando meu remédio da tuberculose, quando eu fiz exame de escarro com ela. [...] Ela nunca me passou confiança. Agora ela já pode saber porque eu não tô nem aí, eu não tenho mais vergonha (Maria).

A relação que os profissionais de saúde têm com a comunidade contrasta com o vínculo que os mobilizadores possuem. Há aproximadamente três meses foi inaugurado um anexo da UAPS Carlos Ribeiro no Moura Brasil, no entanto, não são realizados atendimentos no território e os profissionais ainda não fizeram nenhuma atividade de reconhecimento da realidade da população assistida. Ressalta-se que as pessoas em situação de rua e em uso de crack, geralmente, procuram o referido serviço somente se estiverem muito debilitadas e, ainda assim, optam por acionar primeiramente alguém de referência, seja da comunidade seja da associação.

Mesmo com a existência de protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, as pessoas constroem a partir de suas escolhas (embasadas em suas necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais) os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial (FERREIRA; SILVA, 2012).

Não vou no posto, vou não. Mas o moreno [referindo-se ao mobilizador social] sabia que eu tinha essa doença. [...] Quem me ajudou? Tu e o Topázio. Vocês dois. Antes ninguém, só minha mãe que ainda me trouxe duas vezes, aí depois ela ficou doente, ela tem um bocado de doença, ela não pode mais andar comigo, mas ainda era a única que andava mais eu. Mas fora a minha mãe, foi só vocês dois (Maria).

Eu procuro lá [comunidade] o remédio primeiro. [...] O negócio ali naquele posto é que o pessoal 'custa' muito, eu não gosto não. [...] Só Deus e vocês [associação] que ainda me ajudam! (Davi).

A comunidade é vista como o espaço primordial de cuidado, é lá que eles buscam ajuda primeiramente por meio das redes de apoio construídas. A dificuldade de vinculação com o posto de saúde faz com que o mesmo não seja totalmente reconhecido como referência de cuidado. Os serviços não são abertos para essas pessoas e não respondem às suas necessidades.

A experiência com as pessoas em situação de rua vem demonstrando que a dinamicidade de suas vidas requisita cuidados muito específicos, adequados às suas realidades. A demora no atendimento, por exemplo, é um agravante do distanciamento dessas pessoas dos serviços formais, pois as mesmas requerem respostas imediatas. Destaca-se que, para Maria e Davi, os mobilizadores da associação e a pesquisadora entraram como centrais no processo de busca por cuidado em saúde.

O processo saúde-doença, para além do biológico e do individual, é determinado por e se manifesta de forma decisiva no contexto socioeconômico e cultural em que nascem, vivem e morrem as pessoas, merecendo toda atenção e ação por parte da política de saúde. Nessa perspectiva, tem-se como desafio construir um olhar capaz de apreender a complexidade das formas de viver e agir envolvidas no enfrentamento das contingências do cotidiano. Segundo Cabral *et al.* (2011), as trajetórias percorridas pelos usuários na busca por cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados pelo sistema de saúde, por isso é relevante compreender como as pessoas procuram ajuda para solucionar suas demandas de saúde.

Os comportamentos e as condutas interagem com aspectos individuais, contextuais e situacionais, inclusive, com os serviços de saúde. Não há linearidade na busca por cuidado, os “vazamentos” que escapam às redes de atenção à saúde são inerentes à dimensão do viver, pois a vida não se enquadra, não consegue ser abarcada pelas generalizações. Entretanto, as pessoas que não se ajustam à compreensão pré-estabelecida das coisas, por vezes, frustram os profissionais de saúde, principalmente quando se busca exercer cuidado apenas pelas formas já instituídas e preconizadas. É inegável que precisam existir estratégias guiadas por protocolos, mas o sujeito precisa ser trazido para o centro do cuidado.

Para Ayres (2004a), o cuidado é um constructo, podendo ser definido como uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, que deve ser mediado por saberes especificamente voltados para esta finalidade.

Antes de ser levado ao médico, Davi foi consultado no posto de saúde. Merece destaque o atendimento realizado pela enfermeira: usou de linguagem acessível, examinou-o, questionou sobre seu estilo de vida e o orientou sobre como reduzir algumas vulnerabilidades. Davi se sentiu acolhido e falou abertamente sobre suas relações sexuais e seu ritual de consumo de crack.

Além da certeza do recebimento da cesta básica, Davi aceitou ir ao posto e ao hospital apenas quando lhe disseram que ele poderia levar o cachimbo e alguma pedra de crack. Em nenhum momento o uso desta substância foi negado. Pela experiência com pessoas que usam crack, sabia-se que impor mais uma

negação/condição seria uma alternativa falida. O foco era Davi, proporcionar alguma forma de acesso ao serviço de saúde e não condicionar seu cuidado ao não uso de crack.

Eu nem ia vim, tu viu né as pedras lá no chão, mas táí ó, eu deixei de fumar, deixei os pedaços lá e só tem um aqui no meu bolso. Eu uso se eu quiser, se eu não quiser eu não uso não. [...] Ei eu tô agoniado aqui, num vou mentir. Quero ir pra casa, a senhora me entende né tia? (Davi)

Ao mesmo tempo em que se afirma o domínio sobre o uso, sempre se identifica certa inquietação/impaciência, um desejo de retornar para a comunidade. Seria um sentimento de pertencimento social ao território de origem? Possivelmente, pois é naquela realidade onde eles se sentem “inseridos socialmente”, de alguma maneira.

A falta de celeridade no atendimento o deixou inquieto, com vontade de ir embora. Ao perceber a fissura, sugeriu-se que ele fizesse uso no banheiro do hospital enquanto aguardava o atendimento. O ato de propor tal forma de uso não tem como pretensão situá-la como uma prática que precisa existir nas instituições de saúde, mas ratificar que o cuidado dessas pessoas precisa ser em liberdade e que não pode ser negado pela existência da substância e do desejo de usá-la. É possível criar outras possibilidades no momento em que os julgamentos morais são deixados de lado. As drogas existem, estão ali, liberadas, resta criar outras formas de relação que não as coloquem como protagonistas.

O foco precisa ser o sujeito. Sabe-se que na condição de soropositividade, o uso de crack pode intensificar algumas vulnerabilidades. No entanto, negar a existência desse uso e simplesmente proibi-lo não traz resultados positivos, pelo contrário, distancia ainda mais essas pessoas. É preciso considerar as multiplicidades dos modos de existência como também o desejo de ser ou não cuidado.

## 6.2 RITUAIS DE CONSUMO E VIOLÊNCIAS: A GUERRA ÀS DROGAS QUE PRODUZ UMA GUERRA ÀS PESSOAS

A experiência com pessoas que usam crack têm apontado que esta droga, geralmente, não é a primeira a ser experimentada, inicia-se com drogas mais

“leves”. O consumo de múltiplas drogas junto com o crack é comum. Por ser uma droga fumada e estimulante do sistema nervoso central, o efeito do crack é mais intenso, fazendo com que o padrão de uso mais comum seja o compulsivo.

Alarcon (2014) ressalta que o uso de crack interfere nas atividades “normais” do cérebro e modifica os processos naturais de acumulação, liberação e eliminação de neurotransmissores endógenos. O organismo humano se estrutura sob a égide do sistema de recompensa (denominado reforço positivo-negativo), o qual gera prazer e saciedade e é o que determina o momento de parar e de recomeçar. O uso contínuo e intenso da droga pode alterar esse sistema e a droga passa a ser a principal fonte de prazer em detrimento de outras.

Identificou-se, no entanto, que as pessoas com mais tempo de uso parecem conseguir obter um padrão de uso mais controlado. Além disso, as premissas disseminadas pela mídia de que todas as pessoas que consomem crack viciam desde a primeira vez que o utilizam, que não têm controle nenhum sobre o uso e suas ações, e que são todas violentas e perigosas são desconstruídas ao se aproximar da realidade desses sujeitos. Existem sim pessoas com as quais há mais dificuldade de se estabelecer contato e construir vínculo e ainda aquelas que podem ser consideradas violentas e/ou perigosas, mas tais características não são determinadas apenas pelo uso de crack, como exposto pela mídia.

De acordo com Thompson (2007), a “mediação da cultura” é concebida como uma característica fundamentalmente constitutiva das sociedades modernas. Consiste no processo geral através do qual a transmissão das formas simbólicas se tornou sempre mais mediada pelos aparatos técnicos e institucionais das indústrias da mídia. Essa “mediação” provoca mudanças na forma como as pessoas se relacionam, no conteúdo e na maneira como as mensagens são transmitidas pela mídia, fazendo com que o conhecimento que nós temos dos fatos que acontecem além do nosso meio social imediato seja derivado da recepção das formas simbólicas (ações e falas, imagens e textos) veiculadas pelos meios de comunicação. Nas sociedades modernas há, portanto, uma veiculação maciça de fenômenos ideológicos. Ideologia, nesse sentido, refere-se às maneiras como o sentido, mobilizado pelas formas simbólicas, serve para estabelecer e sustentar relações de dominação. Tais relações de dominação são sempre relações de poder assimétricas e injustas, as quais geram sofrimento psíquico.

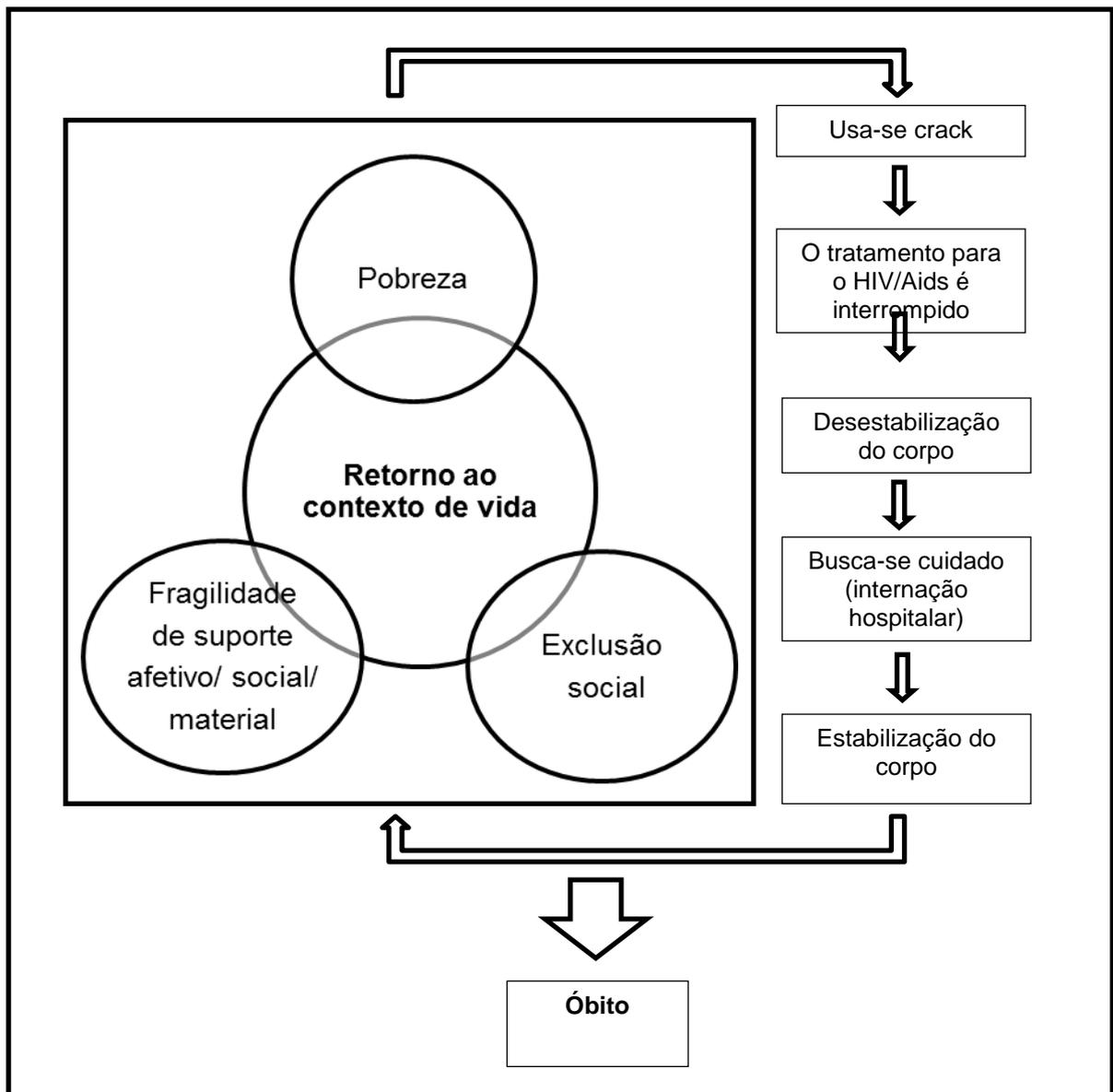
As pessoas que usam crack são anunciadas como “zumbis” que utilizam a pedra até morrer e não tem controle algum sobre ela. No entanto, por mais que o uso intenso seja o mais comum, é possível limitá-lo, tanto na participação de outras atividades como quando se percebe que o crack está piorando o estado de saúde. Quando sentem o adoecimento do corpo, o uso é cessado e as estratégias de cuidado se iniciam para então estarem “aptos” a retornar o uso, já que é isto que lhes “resta”. Segundo Lancetti (2015), essas pessoas fazem uso de crack de forma suicida devido às condições existenciais e sociais dramáticas.

Eu já usei maconha, pó, já usei foi tudo, mas eu só uso crack agora, mas eu deixei mais pouco. Eu ia morrendo um dia desses. [...] O meu uso tá pouco, não sei quantas, só que às vezes é muita pedra. [...] Eu só vim por causa do crack, se eu não tivesse usando a pedra, eu não tinha vindo porque eu não gosto de hospital (Davi).

Eu tava usando pouco porque já tava tipo conseguindo dominar a droga. Assim, porque eu tava me ligando né? Tava ficando de três dias em casa doente, com febre. Mas quando eu tinha uma 'melhorinha', eu ia para rua de novo usar a pedra (Maria).

A relação de viver com HIV/Aids, usar crack e estar em situação de rua coloca essas pessoas em situação de extrema vulnerabilidade. Quando há a internação e o “corpo biológico” é estabilizado, a fissura pelo crack aumenta e ocasiona as altas à pedido (o retorno à liberdade). A realização da pesquisa no hospital durante a graduação e do presente estudo de mestrado evidenciou a existência de “repetições”, representando um “ciclo de vulnerabilidade”, como se conveniu denominar neste trabalho. O referido “ciclo” pode ser exemplificado pelas seguintes “etapas”: usa-se o crack, o tratamento para o HIV/Aids é interrompido, o corpo desestabiliza, busca-se cuidado, estabiliza-se o corpo, retorna-se ao contexto de uso de crack, o corpo desestabiliza, ocorre uma nova internação e o desfecho, geralmente, tem sido o óbito (Figura 4).

**Figura 4 – Ciclo de vulnerabilidade entre as pessoas que vivem com HIV/Aids, usam crack e estão em situação de rua**



Fonte: Elaborada pela autora.

O destaque desse ciclo não tem a intenção de apontar determinismos, generalizações ou enquadrar a vidas dessas pessoas numa lógica linear e “padrão”, mas é preciso atentar para as repetições, principalmente por terem sido identificadas desde a pesquisa realizada na graduação. Esse ciclo diz muito sobre esses modos de existir e os cuidados que lhes são ofertados. O cuidado funciona como uma espécie de “reciclagem” do corpo, uma estratégia de estabilização do corpo biológico.

O “domínio” que eles conseguem obter sobre o uso de *crack* é potencializado quando se tem outras ocupações, outras possibilidades, como já mencionadas. Nesse sentido, até mesmo a participação no tráfico de drogas diminui o uso da pessoa que está “ocupada”. O tráfico é uma das principais fontes de renda da comunidade, assim, a maioria das pessoas acaba se envolvendo nessas atividades, tanto no controle de vendas das “bocadas” como na venda direta. O fato é que estar vinculado a alguma relação de trabalho, reduz os danos de uso de crack.

Eu consegui esse domínio trabalhando junto com o traficante, porque eu só podia usar a minha droga quando terminasse de vender tudo mais eles ali, tá entendendo? Às vezes eu 'coisava' [fazia uso] mais de tarde e de noite. Era assim ó, se eu fosse de 'laranja'<sup>25</sup>, de manhã, umas nove horas, eu vendia até meio-dia pra uma hora, aí naquele horário eu não fumava, eu já tava me acostumando que eu nem ligava, tipo dominando a droga, assim né a hora de fumar (Maria).

Por mais que seja um comércio ilegal, são criadas alternativas clandestinas para a aquisição da droga que favorecem a aproximação com a criminalidade proveniente do tráfico de substâncias psicoativas. Os modos de economia informal resistem pelas cidades e a ilegalidade do tráfico não faz com que ela perca força. Pelo contrário, o caráter repressivo parece incitar ainda mais suas atividades e atinge com mais vigor as populações mais vulneráveis.

As pessoas que usam *crack* são as que apresentam maior envolvimento com atividades ilícitas para obtenção de renda. O poliuso de drogas é comum e as pessoas optam por lugares de uso coletivo, como forma de evitar a violência e o estigma relacionado ao uso. A saúde mental também aparece como complicação e o sofrimento psicológico é muito presente (RIBEIRO; NAPPO; SANCHEZ, 2012).

Faz 19 anos que eu uso, o meu menino tem 22 anos e na época ele tinha três, o bichinho chorava para eu não ir pro meio da rua. Foi uma colega minha que me viciou, ela faltou me amarrar e colocar na minha boca para eu fumar, foi o fim da minha vida. Eu não usava não, eu só fazia cheirar pó (Maria).

A fragilidade do sistema imunológico provocada pelo vírus HIV é acentuada pelo ritual de consumo de *crack*, uma vez que é comum que eles fiquem

---

<sup>25</sup> Termo utilizado para se referir à quem fica na venda direta da droga, conhecido também como “aviãozinho”.

“internados<sup>26</sup>” em uso, sem beber água e sem se alimentar direito. Assim, ficam mais vulneráveis à infecção por outras doenças. Destaca-se a tuberculose pulmonar, pois é a doença mais presente na comunidade, com alto índice de reinfecção. Maria, por exemplo, já teve tuberculose três vezes.

É importante ressaltar que eles não mencionam o prazer proporcionado pelo uso de crack. É como se fosse um assunto proibido. O que não parece proibido é o relato das sensações de sofrimento e as outras repercussões negativas atreladas ao circuito de violência envolvendo, principalmente, as etapas de comercialização da droga.

No que se refere ao uso de múltiplas drogas, a facilidade de acesso é um dos principais fatores impulsionadores. A política brasileira de guerra às drogas (ilícitas) é obsoleta e produz, na verdade, uma guerra às pessoas e, o pior, é uma guerra seletiva, não atinge todos(as). As vítimas das ações de repressão do Estado são as pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, especialmente as pobres, negras e moradoras das periferias. O circuito de violência que permeia o uso de drogas ilícitas encontra, portanto, uma representação nos aspectos demoníacos associados à construção social das drogas e não necessariamente ao que elas são de fato.

O proibicionismo reforça a perspectiva demoníaca das drogas e esta passa a ser representada por meio da violência circunscrita ao uso da droga. Ao considerar que o uso problemático e desorganizado de crack está envolvido com uma vertente demoníaca, a droga passa a ser vista como algo enviado por uma entidade superior para causar malefícios na vida de quem usa. Assim, tal visão também acaba sendo um subsídio para o desenvolvimento de estratégias de intervenção pautadas na religião, repressão e/ou abstinência. É como se, por estarem possuídas pelo demônio, essas pessoas precisassem ser contidas e “expulsas” do convívio social.

Quinderé (2013) resalta que esse modelo moralista de trato com as drogas intensifica a vitimização e a submissão das pessoas que usam drogas e reproduz a visão “demoníaca” da droga na sociedade. A relação do homem com a substância se torna ainda mais nociva, pois o desprotagonismo do sujeito em seu tratamento é reiterado pela percepção de que o mesmo é refém da droga, completamente submisso a ela.

---

<sup>26</sup> Termo que eles utilizam quando ficam vários dias em uso intenso.

De acordo com Lancetti (2015), atualmente, há um sintoma social chamado “contrafissura”, representado por essas tentativas desesperadas de tantos (governos, igrejas, políticos etc.), apoiados por uma mídia sensacionalista, para resolver, de modo simplificado, problemas complexos, voltando-se para as drogas e não para as pessoas. Não se resolve essa contrafissura apenas mudando de um problema de segurança para um problema de saúde, pois uma das raízes do proibicionismo foi justamente à autoridade médica moral. O contrário da contrafissura seria a “plasticidade psíquica”, que nasceu a partir da Reforma Psiquiátrica e se refere à capacidade técnica de responder a essa problemática de outra maneira. Tratam-se das mutações subjetivas dos cuidadores protagonizadas por experiências promissoras e as transformações que ocorrem nos usuários da Rede de Atenção Psicossocial Brasileira.

O tráfico de drogas é um dos principais meios de sobrevivência na comunidade, como supracitado. Atua como uma forma de reduzir o uso compulsivo, um modo de conseguir sustentar o consumo próprio e também é visto como uma alternativa à prostituição. O tráfico atenua algumas vulnerabilidades, mas acentua outras, pois o contexto do comércio ilegal de drogas é circundado por insegurança, medo e violência (principalmente nos confrontos com os policiais).

Já me mandaram um recado pra eu ir embora, senão iam me matar que nem tavam matando os outros. Eu era laranja dos traficantes, eu pegava as drogas e vendia, pegava das bocadas ou então eles me davam aí eu vendia né? Aí eles me davam o meu né? Mas as pedras era tudo contada pra mim vender cada uma a 5 reais. Aí eu mantinha meu vício e não me prostituía mais, porque eu não dava mais para essa vida [risos - referindo-se à aparência]. E não tá recente não, mas eu já roubei para usar droga, já me prostitui, mas depois fui ser só avião mesmo. Aí por último eu vigiava a droga ali perto de onde eu ficava, onde vocês me encontraram. Eu ficava ali de caô, só quem vendia era a Rubi (Maria).

Na venda direta de drogas são recorrentes os conflitos com a polícia, pela ilegalidade, e com os próprios chefes do tráfico, pela prestação de contas. A política proibicionista que possui como princípio básico o fim do uso de substâncias psicoativas pela humanidade por meio de fortes estruturas repressoras, relacionadas às ações policiais e jurídicas, revela-se como fracassada. O consumo e a venda de drogas ilícitas não é cessado porque há outros interesses envolvidos, principalmente o lucro proveniente do tráfico, o qual não é “repartido” apenas na comunidade.

Eu tô ali [comunidade] por causa da minha irmã, que tá devendo um dinheiro para o traficante lá na ponte e ela não quer pagar. Tenho medo dele matar eu ou ela (Davi).

Nas cenas de uso, a droga assume um papel central e acaba se tornando o eixo norteador das ações das pessoas. Não se nega aqui a existência do sujeito, mas se destaca o quanto esse ritual de consumo e venda é determinante das relações e experiências construídas naquele espaço. As relações mantidas com as pessoas externas à comunidade também são definidas por cada território.

Eles dizem é que não é pra fazer nada com vocês! Eles acham é bom. Vocês vão é ajudar, levar a gente. Eles fazem é ajudar vocês. Já conhecem até seu carro doutora. Já sabem quem tu é, não se preocupa com isso não. [...] É punido, não pode não [roubar]. Até se um 'aliciado' 'frescar' com vocês lá fora, eles já sabem lá dentro. Tu é doido é? Se mexer com vocês lá... Morreu o papo. Nem dizer nada com vocês não pode (Davi).

Eles acham bom porque vocês fazem é ajudar a comunidade. Tá entendendo? Eles acham é bom ver assim óh: um entregando a quentinha pra gente comer (Maria).

A dinâmica construída em cada comunidade, embora seja singular, não está desarticulada do contexto proibicionista macrossocietário. Produzem-se relações e regras simbólicas no território, de quem pode entrar e sair e quem é visto como alguém que pode ajudar e deve ser protegido, por exemplo. As pessoas que não seguem as “regras” da comunidade podem sofrer sanções severas. Até mesmo as formas de homicídios praticados têm significado, para cada “delito” há uma “forma de morrer” diferente.

Romanini e Roso (2014) identificaram que nos espaços de uso de drogas ilícitas a violência vivida nessa realidade é sempre praticada por diferentes “outros”: pelo outro-traficante, outro-policial, outro-usuário, outro-droga. Estes autores constroem a ideia desses “outros” com base no pensamento de Santos (2007), para o qual o corpo foi “objetificado” a partir do “saber científico”.

Nesse sentido, as ações realizadas pela APTU e por outros grupos, como os religiosos, são muito bem vistas pelos “chefes” e pela comunidade em geral, por isso, há uma relação de proteção. De certa forma, cuidar das pessoas que usam crack que estão doentes é manter o consumidor “vivo” e isto interessa aos vendedores das drogas.

Pelo próprio valor mais barato, as camadas mais populares têm mais acesso ao crack, é como se a pedra fosse o objeto de consumo das pessoas “excluídas” da sociedade capitalista. Os alardes midiáticos da “epidemia do crack” construíram o imaginário de que esta é uma droga usada apenas pelos pobres. Em contrapartida, a realidade do cenário deste estudo desconstruiu essa “verdade” em pouco tempo de contato. Evidenciou-se o quanto a condição socioeconômica pode ocasionar um uso mais problemático e que este não é determinado apenas pelo efeito biológico que a pedra proporciona. A todo instante param carros (muitos considerados luxuosos) para comprar crack e outras drogas, entretanto, comprar a pedra e sair daquele contexto é totalmente diferente de estar ali vivenciando diariamente a pobreza e a exclusão social. Maria reforça este aspecto:

Num é só de pobre não, vem é muitas pessoas comprar ali de carro minha filha, de moto. Empenha até os carros pros traficantes, só tu vendo. Aí depois aparece ‘as mãe’ lá desesperada (Maria).

No cotidiano da comunidade é muito comum a presença de policiais militares, os quais, em sua maioria, parecem passar “despercebidos” diante das “ilicitudes” que ali existem, fato que demarca o quanto a questão das drogas é tratada de forma moralista e seletiva. A maioria das ações acontece quando é “conveniente” e a repressão/violência é direcionada às pessoas pobres, principalmente as que vivem na rua, tidas como desocupadas e “descartáveis”. As pessoas que fazem uso problemático de drogas, mas vivem “incluídos” em sociedade são casos de educação, já as excluídas são casos de polícia, são aquelas que o Estado precisa regular, controlar, pois estão situadas fora da norma.

Butler (2015) ressalta que não há vida nem morte sem relação com um determinado enquadramento. Uma figura viva fora das normas não somente se torna o problema com o qual a normatividade tem de lidar, mas parece ser aquilo que a normatividade está fadada a reproduzir: está vivo, mas não é uma vida. Apenas em condições nas quais a perda tem importância, o valor da vida aparece efetivamente. Para esta autora, as “vidas precárias” recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas, uma vez que também há um enquadramento seletivo e diferenciado da violência.

Tem policial que prende de verdade, tem policial ali que Ave Maria! Tem uns que me pegava, dava choque, tirava minha roupa, eles andavam tipo com uma lanterna que dava choque quando encostava na pessoa. Apanhei tanto desses policiais 'véi', eles não podiam me ver. Eles vinham 'diretinho' em mim porque eles sabiam que a gente vendia droga pros traficantes, era 'as laranjas', de noite e de madrugada. E era ali mesmo no meio da rua, eles levavam a gente pra aquela pousada ali e levava a gente pra dentro do quarto e mandava a gente tirar nossa roupa e metiam a porrada se a gente não tirasse. Muitas vezes eu joguei dinheiro e droga fora pra eles não achar. [...] Eles levam nós pras 'quebrada', leva pra praia ali. Se for de noite, eles levam a gente lá pra aquele paredão do Pirambu e ficam com a viatura lá parada e fazendo medo, fica 'acochando', querendo dinheiro e dizendo que vai levar a gente presa, sem levar né? [...] Os que levam direto pra delegacia é os que prende de verdade (Maria).

Os discursos revelam muitas denúncias no trato da questão das drogas, tanto de corrupção policial quanto de violência. Os policiais que “decidem” quem “vai ser preso de verdade”, resquício da própria legislação sobre drogas brasileira, a qual coloca no agente o poder de distinguir, por exemplo, a pessoa que usa drogas daquela que trafica. A representação social das drogas ilícitas e o racismo ainda tão presente na contemporaneidade exercem muita influência na produção das práticas do Estado, em especial, dos policiais.

De acordo com Mena (2015), o embrutecimento dessa polícia é também o da sociedade brasileira, um país em que se banalizaram o assassinato, o racismo, o desrespeito às leis e a corrupção. A peculiaridade do trabalho policial, que pede resoluções imediatas para situações complexas e imprevisíveis, contribui para “desvios de conduta” e uso excessivo de armas de fogo, pondo em risco tanto os policiais como os “suspeitos”.

As condutas direcionadas às pessoas que usam crack seguem um padrão nacional, o qual pode ser exemplificado pelas últimas ações realizadas na cracolândia de São Paulo, pautadas na higienização, repressão, e na prioridade da institucionalização (internações). O sujeito é esquecido, tido como passivo a droga (doente/ dependente) e como pessoa que incomoda a ordem social, que precisa de controle. Tais ações ainda são midiaticizadas como benéficas e disseminadas como “práticas de cuidado”, passando a imagem de que o modo como o Estado está atuando sobre essas vidas é a grande saída para o “problema do crack”.

Segundo Lancetti (2015), o “drogado” ora é um afastado de Deus, um ser possuído por “satanases”, ora é vítima de um cérebro doente que perdeu toda a possibilidade de autodeterminação. Um sujeito sem subjetividade que ser

sequestrado, reprogramado segundo procedimentos baseados na abstinência prolongada e na reengenharia da vida.

Trad, Trad e Romaní (2013) apontam que no “problema das drogas” existe o que o antropólogo Oriol Romaní denominou de “fenômeno social total”. Este é complexo e ultrapassa as barreiras da tríade indivíduo-substância-contexto, uma vez que tal fenômeno pode ser visto a partir de três âmbitos inerentes a espécie humana, a saber: variedade genética (ressaltando os caracteres biológicos, fisiológicos e químicos); variedade psíquica (envolvendo o produto das experiências vividas de cada pessoa); e variedade sociedade e cultura (percebida como elemento essencial para a sobrevivência).

Os determinismos construídos sobre as relações que os sujeitos podem estabelecer com as drogas reforçam condutas repressivas e violentas dos policiais com as pessoas em situação de rua e as da comunidade (os pobres). A violência praticada no cenário dessa pesquisa, principalmente com as mulheres, é estarrecedora. A violência física e psicológica é encarada como comum. Há um ritual cometido pelos policiais, principalmente quando as ordens não são acatadas de imediato. A demonização e a repressão são naturalizadas.

Mas eu nunca desci para o presídio. Já apanhei demais. Um dia desses eles pediram foi 5 mil reais, [...] um policial ‘véi’ corrupto, eu num conheço direito ele não, mas ele é corrupto, todo mundo sabe. Além de ser corrupto, ele apreende a droga e o dinheiro e depois vai na cara de pau devolver para pessoa só a droga. Vira e mexe eles faz isso, eles entram com o farol apagado, eles são ‘malas<sup>27</sup>’, para ninguém ‘dá fé’ deles. Sempre tem um que vai lá procurar, um dia desse a Esmeralda colocou a droga em cima do muro da mulher, ‘oh mulher!’. Ela tinha acabado de quebrar uma tapioca, que nós chama, de 10 grama, que é 250 reais. Eu de laranja, ela me dava minha droga e eu guardava, ou o dinheiro ou a droga né? Aí nesse dia eu fiquei com pena dela mulher, levaram nós na viatura. Jhennifer mulher, eu não tava nem aí para mim porque eu não tenho mais nada para perder. Mas a ‘pobi’ é que ainda é gorda e bonita. Aí levaram nós, eu fiquei com muita pena dela, mas eu sabia que eles iam devolver a droga né e não iam levar ela para o presídio, mas fizeram muita hora nesse dia viu? Eu já conhecia né e ela não. Pegaram o celular dela e ficaram olhando e nós só escutando. Aí ela pediu para ligar pra arranjar os 5 mil ‘conto’, aí eu disse que era muito dinheiro, tu é doida é? (Maria).

A insatisfação de Maria com sua aparência é uma das maiores marcas de sua fala. Ela sempre se coloca numa posição de inferioridade e de desgosto, principalmente, com o seu corpo, à ponto de se considerar como alguém que não

---

<sup>27</sup> Expressão para caracterizar pessoas espertas.

tem mais nada a perder. Há um fatalismo sobre sua condição de vida, não existem projetos de vida alternativos à sua condição atual e isto lhe causa muito sofrimento.

As denúncias apontam a existência de muitos policiais “corrompidos”. A instituição policial usufrui dessa corrupção e abusa da sua posição de autoridade para angariar dinheiro a partir do tráfico de drogas. O comércio ilegal de drogas não acaba justamente porque ele também traz lucro para o Estado. O fato é que as drogas ilícitas estão liberadas e, embora não sejam legalizadas, elas ocupam todos os espaços da cidade.

A rotina [da comunidade] muda, com chuva muda e de tarde também está todo mundo “louco” e a polícia batendo lá atrás de dinheiro. Mas eu acho o tráfico pequeno, se você quiser comprar um quilo lá não tem. Se você quiser tem que encomendar, a cena de uso também é pequena comparada a São Paulo [...] (Opala).

Os aspectos subjetivos, sociais e culturais definem as consequências e os modos de vivenciar o uso de crack e outras drogas. A comunidade destacada neste estudo é um território vivo e singular, porém há uma característica que perpassa todos os espaços que concentram pessoas que usam drogas ilícitas: as relações são moldadas primordialmente pelo contexto de ilegalidade de uso e comércio dessas drogas, o qual é atravessado por uma política de guerra às drogas.

Karam (2015) pondera que a “guerra às drogas”, como quaisquer outras guerras, é necessariamente violenta e letal. Policiais militares e/ou civis são colocados no “front” para matar e morrer. Formal ou informalmente estão “autorizados” e mesmo estimulados por governantes, mídia e grande parte do conjunto da sociedade a praticar a violência. Expõem-se, assim, a práticas ilegais e a sistemáticas violações de direitos humanos, inerentes a uma atuação fundada na guerra. A missão original das polícias de promover a paz e a harmonia se perde e sua imagem se deteriora, contaminada pela militarização explicitada na política de guerra às drogas.

Ressalta-se que os atos violentos praticados pelos policiais adquirem repercussão especial apenas quando a ocorrência alcança dimensões espetaculosas ou quando o(a) atingido(a) é visto como “inocente” ou como uma pessoa “digna de vida”. Contudo, os policiais não são nem os únicos nem os principais responsáveis pela violência produzida pelo sistema penal na guerra às

drogas, mas são eles os selecionados para cumprir o aparente papel oposto do “criminoso”, por isso, também carregam um estigma.

Para Karam (2015), a concentração nas ações dos policiais “estigmatizados”, especialmente policiais militares, encobre a ação corroborante e incentivadora do Ministério Público e do Poder Judiciário, de governantes e legisladores, da mídia, da sociedade como um todo. Concentram-se em propostas de mera reestruturação das polícias ou de fim de ‘autos de resistência’ e se silenciam quanto à proibição e sua política de guerra às drogas, deixando intocado o principal motor da militarização das atividades policiais e da violência necessariamente gerada nessa militarizada atuação.

Medeiros (2014) afirma que a política brasileira sobre drogas foi estabelecida com modelos burocráticos institucionais e legislações específicas e rigorosas para o controle da produção, do comércio e do uso de determinadas substâncias. Karam (2015), por seu turno, pontua que sem o fim da proibição às drogas arbitrariamente tornadas ilícitas, sem o fim da “guerra às drogas”, qualquer proposta de desmilitarização das atividades policiais será inútil. Sem o fim da insana, nociva e sanguinária política proibicionista, não haverá redução da violência, seja a praticada e sofrida por policiais, seja a praticada e sofrida por seus oponentes. Assim, a legalização e conseqüente regulação e controle da produção, do comércio e do consumo de todas as drogas precisa estar no centro de qualquer debate sobre desmilitarização, redução da violência e efetivação dos direitos humanos.

Numa tentativa de “reformular” essa política, o sistema médico ressaltou as conseqüências negativas do uso de drogas para a saúde das pessoas, principalmente nos casos de dependência, e dos perigos para a sociedade. Todavia, essa iniciativa acabou contribuindo para a instauração do “problema das drogas”, com ênfase no campo da criminalização, visto como o dispositivo capaz de defender a sociedade. No âmbito da medicalização, a pessoa que usa substâncias psicoativas passou a ser considerada como um “doente mental” (MEDEIROS, *op. cit.*).

A inclusão do “olhar médico” patologizou as relações que as pessoas mantêm com as drogas e reforçou mais um estigma, principalmente porque o saber médico é quase que inquestionável devido às “evidências científicas”, assim, exerce influência sobre toda a sociedade.

Na área médica, propõe-se um consenso na identificação do “tipo de usuário” a partir da relação que este constrói com a droga no seu cotidiano. Sendo

assim, tem-se o usuário experimentador, aquele que consome a droga de forma esporádica, com pouco ou nenhum impacto sobre sua saúde; o usuário social ou recreativo, aquele que utiliza drogas repetidas vezes, mas de maneira controlada e, na maioria das vezes, sem a ocorrência de alterações em suas funções orgânicas, psicológicas e sociais; e o usuário abusivo, quando a utilização ultrapassa os valores médicos e culturais “aceitos” relacionados à quantidade, frequência de uso e via de administração, nesse caso há ocorrência de prejuízos físicos, psicológicos e sociais (ALARCON, 2014).

Nesse contexto, quando o uso de drogas está fora dos “padrões aceitos”, especialmente de substâncias ilícitas, é tido como desvio e/ou transgressão da norma. Nota-se que a inclusão do olhar biomédico exacerbou as formas “desviantes” de uso. Segundo Foucault (2011), a Clínica domina um saber – legitimado pelo poder científico – de nossa natureza humana, que nos impõem um estado ideal e saudável – normal – de como deveríamos ser e estar no mundo.

Para Medeiros (2014), a “criação” do desviante é intencional e nela estão envolvidos necessariamente aspectos políticos. Becker (2008), ao estudar a categoria *outsiders*, aponta que os grupos sociais criam o desvio ao fazer as regras cuja infração constitui o desvio e ao aplicar tais regras a certas pessoas em particular, qualificam-nas de *outsiders*. A partir desse ponto de vista, o desvio não é uma qualidade do ato cometido pela pessoa, mas sim uma consequência da aplicação que os outros fazem.

Nesse contexto, a política brasileira de guerra às drogas reforça os “desviantes” e acaba por produzir uma guerra seletiva para com as pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas. Além disso, não atinge os objetivos aos quais ela se propõe: reduzir a produção e o consumo de drogas. No entanto, insiste-se nela porque ela é um sucesso para algumas outras coisas que acabam por “justificar” os controles sociais existentes. Problemas como bala perdida, tiroteio, disputa de territórios com os ditos “traficantes” e a corrupção policial são criados e é importante destacar que estes não são da natureza das substâncias em si, são oriundos do modo como está organizada a política sobre drogas.

### 6.3 “A MULHER QUE TEM HIV/AIDS, NOIEIRA E DROGUEIRA”

Maria traz muitos elementos para a reflexão sobre o que é ser uma mulher convivendo com HIV/Aids, usando *crack* e estando em situação de rua. Sua subjetividade é marcada por muita tristeza, culpa e desgosto, resultando em um sofrimento tão intenso que ela não se considera “gente”. A própria demonização criada em torno do *crack* faz com que essas pessoas se (auto) remetam à simbologia e personificação do mal.

Eu era gente, eu tinha as coisas, tinha minha casa, meu lar, meus filhos. Foi eu que destruí tudo, mesmo ele [ex-marido] 'dando' [batendo] em mim, porque ele tinha ciúme e 'dava' em mim porque eu era bonita né? Mas mesmo assim eu tinha uma vida boa, né? (Maria).

As marcas da cultura da violência de gênero e do machismo ainda são latentes na sociedade contemporânea. Maria se culpa por não ter sido uma boa mãe e por ter “destruído” sua família. Foi vítima de violência praticada pelo marido e, ainda assim, acreditava que sua vida era “boa”, porque estava inserida em uma família nuclear tradicional e isto lhe dava um status de uma mulher “de respeito”. Vive em condições precárias de vida e de trabalho e depende da assistência social e da caridade para sobreviver.

A desigualdade de gênero atribui à mulher o papel de esposa e mãe. Não importam as condições em que esses papéis são assumidos, predomina um pensamento hegemônico de que a mulher é a responsável pela condução da família e que qualquer “desvio” que ocorra é sua culpa. Marcas do patriarcado<sup>28</sup> e do machismo e o ressoam nos discursos à ponto de servirem como “justificativa” para a violência praticada. Com o pretexto de ciúmes, Maria era violentada e, ainda assim, considerava isso uma atitude “normal”, porque sua beleza causava ciúmes no companheiro, o qual, “de posse do corpo de Maria”, poderia agredi-la para “controlar” a situação. É possível especular, então, que o uso de *crack* e a condição de viver com HIV não alteram as relações de gênero.

Para Saffioti (2004), é sob a ordem patriarcal de gênero que devem ser elaboradas as análises sobre a violência contra as mulheres. Tal tipo de violência trata-se de um fenômeno essencial à desigualdade de gênero, o qual não só é

---

<sup>28</sup> Pode ser definido como uma autoridade imposta institucionalmente do homem sobre as mulheres e filhos no ambiente familiar. No entanto, o patriarcado acaba permeando toda a estrutura da sociedade e recebe reforço institucional por perpassar toda a organização da produção e do consumo, da política, das legislações e até da cultura da sociedade (SAFFIOTI, 2004).

produto social, como é fundante desta sociedade patriarcal, que se sustenta em relações de dominação e submissão. A autora acrescenta que a violência contra a mulher vai muito além da ruptura de qualquer forma de integridade da vítima, seja física, psíquica, moral ou sexual etc.

O patriarcado é um dos eixos das desigualdades entre homens e mulheres, mas não se constitui como o único princípio estruturador. No caso de Maria, outros determinantes complexificam e atravessam essas relações sociais simultaneamente, tais como: raça/ etnia, a prostituição, o envolvimento com drogas e atividades ilícitas, entre outros. Tais elementos acirram a relação de opressão e/ ou dominação das mulheres na sociedade contemporânea.

Saffioti (2004) alerta que na sociedade patriarcal em que vivemos, existe uma forte banalização da violência, produtora de uma tolerância e, até certo “incentivo” da sociedade para que os homens possam exercer sua “virilidade” baseada na força/dominação, apoiados na organização social de gênero. Dessa forma, é “normal” e natural que os homens maltratem suas mulheres, assim como pais e mães maltratem seus filhos, ratificando, uma “pedagogia da violência”. Não nomear a dominação masculina sobre as mulheres contribui para reforçar a invisibilidade da ideologia patriarcal que torna natural a dominação-exploração existente.

Para Strey (2008), os estereótipos de gênero são sempre ideológicos e, como resultantes de um processo de manipulação simbólica do “objeto-mulher”, diferem na medida em que se reportam a posições de classe diferenciadas, linguagens e condições sociais e históricas diferentes. Além disso, são veiculados cotidianamente pelos meios de comunicação, através de filmes, novelas e comerciais, criando e mantendo relações de dominação entre homens e mulheres.

A culpa é um dos sentimentos mais marcantes nos discursos de Maria, não só pela “destruição” da família, mas também pela infecção pelo HIV. Tal sentimento também acompanha Davi, é como se o diagnóstico e a situação vivenciada atualmente tivesse uma justificativa e que por isso são “merecidos”. Maria associa a infecção pelo HIV à promiscuidade. Há uma percepção de que é possível melhorar essa condição, mas as dificuldades vivenciadas, principalmente as piores do estado de saúde, tornam-se aceitáveis porque ela “procurou isso”.

Eu não posso ficar com depressão, botei isso na minha cabeça, não posso ter raiva de ninguém, nem da minha família, nem de mim mesmo porque foi consequência minha né? Foi eu que procurei. Mas eu vou tomar meus remédios, tá entendendo? Não vou ter mais vergonha da minha doença, é isso que eu quero dizer. Porque eu pensava que o pessoal ia logo se afastar da mulher que tem AIDS e HIV. Mas a minha única amiga mesmo é a Rubi, porque lá ninguém tem amigo. Ela não tem nojo de mim e não me rejeita dentro da casa dela [...]. Mas o que eu mais sinto falta hoje é do meu filho e da minha saúde, eu não sinto falta de casa não, a gente briga lá em casa porque eu fico dizendo que ela [mãe] me abandona quando eu tô na rua (Maria).

As experiências denotam que, dentre outras coisas, um suporte familiar e social propicia um consumo menos prejudicial e problemático. A rejeição faz parte do cotidiano dessas pessoas, não é algo pontual. E a descoberta da soropositividade é vista como mais uma causa de aprofundamento do isolamento social, principalmente pelo fato da rede social de apoio já ser/ estar fragilizada. O retorno ao uso é motivado por várias dimensões que atravessam suas vidas, mas a demonização do *crack* faz com que essas pessoas se sintam culpadas e “fracas” por não resistirem ao uso de drogas. A mulher é ainda mais afetada com esses sentimentos.

Muitas das ações direcionadas às pessoas em situação de rua, principalmente as do Estado, têm como foco conseguir uma “casa” para essas pessoas ou apenas institucionalizar para higienizar as ruas (práticas mais comuns atualmente). Identificou-se, no entanto, que o viver na rua não parece ser o maior problema, o sofrimento gira em torno de outras questões, tais como o adoecimento do corpo e o “abandono” da família (quando se está em situação de rua).

Eu abandonei meus filhos, minha mãe que cria todos dois, por isso que eles me chamam de mãe, mas não me respeitam [...]. Eu quero ver meu filho, eu vou visitar ele, em nome de Jesus. Eu tinha vergonha de ir porque eu tô muito seca, sem dente, muito feia, uma noieira, uma drogueira, aí eu tinha vergonha, ainda tô me achando feia, mas daqui pro final do ano eu vou ver meu filho. Meu filho tá preso, nunca mais pode vir onde eu moro porque ele tá ameaçado. Tá com 5 anos que eu não vejo ele. Eu podia ir ver, mas como eu falei, eu tenho vergonha (Maria).

O distanciamento do filho que está preso é angustiante e, embora tenha muito desejo de visitá-lo, Maria não o faz por sentir vergonha de sua autoimagem, não se acha “digna” de visitar o filho. A questão do corpo aparece como uma das principais preocupações e é representada por angústia e sofrimento, principalmente na sociedade moderna, na qual a estética corporal é hipervalorizada.

Evidenciaram-se questões relacionadas à negligência do cuidado com a aparência e com o estado físico, representadas pelo emagrecimento rápido e intenso de Maria, Davi e de tantas outras pessoas com as quais se manteve contato. Mesmo tendo apenas 19 anos, Davi já perdeu todos os dentes, assim como Maria, fator que os constrange até mesmo para sorrir. Referidas características são oriundas do ritual de consumo de crack, mas também são marcas da pobreza e da falta de acesso às necessidades básicas de sobrevivência.

O emagrecimento também denuncia o adoecimento do corpo, nomeadamente pelos estereótipos em torno das pessoas que usam crack e das que vivem com HIV. As características da “noieira” com HIV são exacerbadas pela situação de rua, mais um marcador de exclusão social, pois a “rua” é considerada como um espaço negativado. Assim sendo, estas pessoas se percebem como uma espécie de “lixo humano”.

Esses corpos e as violências presentes no cotidiano são constantes nas narrativas dessas pessoas, sinalizando a necessidade de olhar mais atentamente para aquilo que comumente apenas se vê: o corpo. As cicatrizes e a aparência como um todo são sempre acompanhadas por histórias. Trata-se de um corpo atravessado por tantos “outros” (SANTOS, 2007) e que, de uma maneira ou outra, subjetiva-se, também, pelo uso do crack. Ressalta-se que a sociedade capitalista, enraizada no consumo, também define um modo de ser e estar no mundo, pois o consumo “singulariza” as pessoas, aquilo que eu consumo é o que diz quem eu sou (no caso, “o craqueiro”).

Ser um corpo é estar exposto a uma modelagem social (BUTLER, 2015). A aparência física (palidez, magreza, dedos e boca queimados, estar sujo etc.), portanto, contribui para o reconhecimento social de um dado grupo, nesse caso, de um grupo de “usuários de crack”. São corpos marcados, estigmatizados e alvos de categorizações sociais que acabam sendo coladas à identidade do “usuário de crack”. Quando essas pessoas são olhadas apenas como “dependentes químicos”, corre-se o risco de, mais uma vez, reduzir o sujeito a um “corpo-objeto”, desconsiderando outros saberes fundamentais que o sujeito tem de si mesmo, do seu corpo e dos contextos de uso.

Carreteiro (2005) propõe uma reflexão interessante sobre o corpo. Ao trazer uma metáfora da subjetividade, a autora observa quatro modos de viver o

corpo nas sociedades contemporâneas: o corpo-viril, o corpo-beleza, o corpo do excesso e o corpo-território.

O corpo-viril, pensado sob a modalidade da força física, é resultado do esforço de pessoas para se sentirem e se mostrarem fortes diante dos outros, dos outros que convivem e que consideram importantes. O olhar desse “outro” é fundamental, uma vez que é através da virilidade que seu corpo é capaz de expressar em público que o sujeito obterá o reconhecimento de sua ação. Nesse modo de viver o corpo, as pessoas se submetem a um trabalho desenfreado de escultura do próprio corpo, tornando-o uma espécie de “mercadoria” exposta aos olhares de admiração de todos que gostariam de ter um corpo igual (CARRETEIRO, 2005).

Esta noção de corpo-viril remete ao desejo de Maria de “engordar”. Ter um corpo dentro dos padrões “normais”, sem a aparência de “noieira”, não deixa de ser uma forma de escultura do corpo, uma vez que a autoimagem impõe o respeito necessário dos “outros”. Além disso, um corpo fraco, ainda que momentaneamente, está mais vulnerável aos ataques (violência) dos outros. Nessa perspectiva, a aparência física e a recuperação do corpo são fundamentais no processo de tratamento das PVHA e usam crack e também representam sinais de “melhora”, tantos para elas, quanto para os profissionais de saúde. No entanto, se os sinais corporais forem olhados isoladamente, o usuário continuará sendo considerado como um “corpo-objeto”.

Romanini e Roso (2013) consideram o corpo viril e o corpo beleza como interdependentes e relacionados às questões de gênero das sociedades modernas. E, apesar de serem tratados separadamente, constituem modos de viver mútuos com o corpo do excesso e, também, com o corpo território. Para Carreteiro (2005), o corpo-beleza é o reflexo da fascinação do mundo contemporâneo pela estética, levando os sujeitos a investirem em seus corpos em busca dos atuais ideais de beleza. Em função disto, a estética corporal tornou-se um dos maiores mercados da sociedade de consumo.

Maria e Davi não se consideram “belos e atraentes” aos olhos das pessoas. A aparência de um corpo feio, fraco e não atraente ainda é usada como critério de um corpo que não tem mais nada a perder e pode sofrer qualquer tipo de violência, pois nada mais o “surpreende”, como fica evidente na frase de

Maria: “eu não tava nem aí para mim porque eu não tenho mais nada para perder. Mas a 'pobi' é que ainda é gorda e bonita” (sic).

O corpo do excesso ou da compulsão se refere aos sujeitos que, consciente ou inconscientemente, usam seu corpo para praticar excessos. O excesso aqui não é somente o consumo massivo de alimentos, por exemplo, mas também a sua ausência (CARRETEIRO, 2005). Romanini e Roso (2013) afirmam que essa forma de viver o corpo apresenta estreita relação com os ideais modernos de mercado e consumo, bem como com as práticas que geram ou podem gerar dependência, como o uso de drogas.

Lins (2004), no entanto, alerta para o perigo de interpretar o “corpo-drogado” apenas em termos de falta ou de excesso, de procura da felicidade ou “reação à infelicidade”, de “dificuldade de comunicação” ou de “desencanto com a sociedade injusta”, de “falta de amor” etc. Este tipo de discurso, quando imbuído de uma “consciência infeliz” ou de um ressentimento cristão, elimina o “drogado” e rouba-lhe, assim, sua própria experiência. Referido autor ressalta que o corpo-drogado vive, sobretudo, um experimento marcado radicalmente pelo desejo: para o bem ou para o mal e para além do bem e do mal. É preciso atribuir ao desejo sua polissemia infinita, suas linhas de fuga, e a prudência necessária às experimentações desejantes. Assim, não se trata de um corpo apenas de excesso ou de falta, mas um corpo desejante, o qual se mostra em ato como um “corpo-território”.

Segundo Carretero (2005), no modo de pensar o corpo-território, ele é considerado, ao mesmo tempo, um lugar de expressão da subjetividade e das questões sociais como constituintes da subjetividade, e não separadas dela. Dessa forma, o corpo transmite uma mensagem, constitui-se como um ato. Romanini e Roso (2013) apontam que o corpo do “usuário de crack” é um corpo-território que é alvo constante de “invasões”. É um corpo invadido, marcado por uma identidade, estigmas, alvo de discriminação e preconceitos.

Goffman (1988) afirma que há dois grandes grupos na sociedade: os “normais” e os “estigmatizados”. Para os estigmatizados restam apenas duas situações possíveis: ou eles são “desacreditados” (não há mais o que fazer, eles se tornaram criminosos e o tratamento não funciona) ou eles são “desacreditáveis” (quando a característica principal do estigma ainda não é reconhecida socialmente no indivíduo). O autor considera três tipos de estigma, a saber: as abominações do

corpo ou deformidades físicas; as culpas de caráter individual (como a culpa pela infecção do HIV e o “vício” no *crack*, por exemplo); e os estigmas tribais de raça, nação, religião etc.

Tais características aparecem fortemente nos sujeitos deste estudo, consideram-se abomináveis fisicamente e se sentem culpados pela sua condição precária de vida. A identidade dos “usuários de crack” reafirmada diariamente na mídia (sensacionalista) os coloca como “desacreditados”, os quais carregam consigo um estigma cuja culpa é de caráter individual.

De acordo com Deschamps e Moliner (2009), todo indivíduo é caracterizado, simultaneamente, por traços de ordem pessoal, atributos mais específicos do indivíduo, e por traços de ordem social que indicam sua pertença a grupos ou categorias. Os primeiros traços definem a identidade pessoal que, construída nas trocas, é um sistema de representações que permite ao sujeito projetar-se num horizonte temporal no qual o indivíduo pode se tornar semelhante a si mesmo e diferente dos outros.

Quanto aos traços mais sociais, pode-se definir como uma identidade social ou identidade socialmente reconhecida. É compreendida como um processo resultante de duas formas de identificações sociais: na primeira, o indivíduo realiza uma autoatribuição das características do seu grupo, ou seja, torna-se semelhante aos outros da mesma pertença; na segunda, é realizada pelo meio ou por membros de outros grupos ou categorias, é uma atribuição de características feita pelos outros, em outras palavras, é a forma pela qual somos identificados, reconhecidos socialmente. Os autores asseveram que há uma tensão entre “o nós” – o grupo de pertença do indivíduo – e “o eles” – membros de outros grupos, entre semelhança e diferença.

Nesse contexto, os traços comuns do “grupo de usuários de *crack*” podem levar os indivíduos a fazer um julgamento negativo sobre uma pessoa, não em razão das especificidades desta pessoa ou de sua conduta, mas, simplesmente, em razão de sua pertença a um grupo que é caracterizado por um estereótipo negativo.

Deschamps e Moliner (2009) afirmam que os estereótipos não cumprem apenas uma função cognitiva, mas também avaliativa. O estereótipo desempenha o papel de um filtro que vem alterar a percepção dos outros, sendo o substrato cognitivo dos preconceitos, que designam o julgamento a priori e geralmente negativo de que são vítimas os membros de certos grupos.

É imprescindível ratificar o papel cruel que a mídia exerce na disseminação do estigma direcionado às pessoas que usam crack, desde as campanhas de prevenção ao uso da pedra, até o escrachamento do envolvimento dos “usuários” de drogas (ilícitas) com delitos. As informações são sempre passadas no sentido de culpabilizar as pessoas que usam drogas e colocam as substâncias (ilícitas), especialmente o crack, como as grandes vilãs, capazes de deixar todos os sujeitos que as usam “reféns”.

Lancetti (2015) ressalta que as campanhas de prevenção ao uso de *crack* têm sempre o mesmo estilo: imagens em preto e branco apresentando um usuário de *crack* como alguém maltrapilho, de roupas esfarrapadas, extremamente magro, olhos fundos e com o corpo coberto de feridas. As fotos se confundem com fotos de filmes de zumbi. É utilizado o mesmo tipo de maquiagem, figurino semelhante e o mesmo tipo de cenário.

A lógica brasileira para lidar com as drogas ilícitas é a seguinte: trata-se de uma guerra para evitar que as pessoas usem, então vale tudo, qualquer coisa, inclusive usar de mentiras, do tipo, “o *crack* vicia na primeira dose”. Esse é o tipo de discurso que é reproduzido no Brasil e é uma inverdade. Não existe nenhuma droga com potencial de viciar uma pessoa na primeira dose. A droga é sempre tida como aquilo que o outro usa aquilo que “a gente usa” não é droga. Esse é o ponto central: a todo custo tentam fazer com que as pessoas não usem o crack e, para isso, utilizam um tipo de discurso que aumenta o preconceito, o estigma e produzem a ideia de que essa pessoa não tem salvação, de que uma vez que se usou a droga, não tem mais saída. É nesse contexto que se cria uma separação abissal entre prevenção e cuidado, é como se as técnicas de prevenção não apenas não ajudassem como até atrapalhassem o trabalho de cuidar (LANCETTI, 2015).

O *modus operandi* brasileiro no trato da questão das drogas ilícitas separa as pessoas em “usuários” e “não-usuários” e cria uma espécie de “sadismo” por parte do restante da sociedade. Os sujeitos que usam crack são tidos como “mortos-vivos” e suas experiências são desconsideradas, em sua maioria. Ratifica-se, no entanto, que as experiências do uso de crack e da soropositividade não são iguais para nenhum indivíduo e podem fornecer pistas muito importantes para a condução de possíveis práticas terapêuticas.

#### 6.4 QUANDO O CUIDADO É CARIDADE E A CARIDADE É SOBREVIVÊNCIA: QUAIS VIDAS VALEM A PENA?

“Tu fez alguma promessa pra ir ali [na comunidade] olhar pra gente?” (Maria). A presença e o envolvimento da pesquisadora despertavam (e ainda despertam) certa curiosidade e inquietação entre as pessoas da comunidade. Indagações como a de Maria dizem muito sobre as representações que eles têm de si mesmos e das práticas que lhes são reservadas.

Na sala de espera do hospital, Davi deitou a cabeça no colo da pesquisadora, beijou sua mão e disse: "Obrigada, tia<sup>29</sup>" (sic.). Dito isto, orientou-se que o que estava sendo feito era a tentativa de garantir um direito dele. Com um olhar de quem não acreditava no que tinha escutado, em Davi reverbera o sentimento de que todo acesso viabilizado pela associação acontece por caridade, pois é isto que lhes é “reservado”.

As pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids parecem se enxergar como um “rebanho condenado”, fadado ao fim. Predomina um sentimento de que aqueles(as) que se aproximam deles(as) somente o fazem quando é uma obrigação (relações de trabalho e pesquisa, por exemplo) ou para praticar caridade. Sentem-se despersonalizadas, “não-sujeitos”, os quais não são “dignos” de serem “olhados”, “percebidos”, muito menos cuidados.

Essa condição de “não-sujeitos” é exacerbada pela pobreza vivenciada, barreira que parece intransponível, e pela condição de estar em situação de rua. Trata-se de pessoas que, comumente, estão “desligadas” da esfera formal de trabalho e, conseqüentemente, de fontes de renda estáveis. Assim, estão sujeitos à precarização da alimentação, da saúde, dos cuidados com o corpo e, além disso, também são sujeitos “inativos” por não serem considerados “consumidores”.

Segundo Castel (2010), existem diversos grupos que podem ser vistos pelo viés da “desfiliação social”. Dentre estes, destacam-se aqueles nomeados de “imprestáveis”, os denominados “vagabundos” que destoam da conjuntura social. Este autor ressalta que no século XVI a estigmatização desse grupo populacional infame caracterizava-o como ocioso por não trabalhar (sequer com a terra, para garantir seu sustento), sendo também visto como desprovido de fé e lei. De acordo

---

<sup>29</sup> Este trabalho foi produzido longe de qualquer “neutralidade” no ato de pesquisar, pelo contrário, sua construção foi possibilitada pelos encontros, pelo envolvimento.

com essa lógica, a ausência de emprego e recursos, assim como de vinculação a uma comunidade determinariam a condição de “vagabundagem”. Assim, lançados à sorte dos que “não têm raízes”, dos que perambulam fazendo de qualquer lugar sua morada, sua “inutilidade” aparecia vinculada à noção do parasita que depende de outros para existir.

De acordo com Silva, Lemos e Galindo (2016), a presença de pessoas em processo de “desfiliação social”, sobretudo em contextos urbanos, inquieta uma grande parcela da população e dos órgãos governamentais, uma vez que ela produz inúmeras situações adversas à esperada “ordem social”. Nas cidades, o número crescente de pessoas em situação de rua agrava essa problemática e expõe violações de direitos evidenciadas nas condições precárias de vida.

As práticas sociais de pessoas em situação de rua são marcadas por circulação constante, o que propicia, por exemplo, trabalhos peculiares a esses contextos, como os serviços temporários. Nas alternativas de sobrevivência utilizadas por essa população, encontram-se também a mendicância, a vigilância de carros, a prostituição, o roubo, “opções” (ou “imposições”) que, fora da esfera do prestígio social, contribuem ainda mais para os diferentes tipos de estigmatização da pobreza.

O “incômodo” que as pessoas em situação de rua causam, especialmente quando se trata de um “craqueiro”, faz com que o Estado priorize ações de higienização nos locais de concentração desses sujeitos. Força-se o deslocamento dessa população para outras localidades. Como exemplo recente, destacam-se as últimas ações realizadas na cracolândia de São Paulo. A comunidade deste estudo e as pessoas que lá habitam (principalmente as que vivem em situação de rua), estão prestes a sofrer ataques semelhantes de remoção.

Pouco antes da copa de 2014, foram iniciadas as obras para a construção de mais um empreendimento do ramo de hotelaria no entorno da comunidade. A previsão de inauguração ainda está para o ano de 2017 e já é possível prever as práticas que serão tomadas para higienizar o espaço, o qual “precisa ser revitalizado”.

Silva, Lemos e Galindo (2016) afirmam que os frequentes casos de extermínio de pessoas em situação de rua, remoção de famílias pobres que habitam espaços de especulação imobiliária, entre outros exemplos, apenas sublinham um cenário marcado por interesses que segregam grupos, principalmente em função de

aspectos econômicos. Na realidade contemporânea, as pessoas em situação de rua chamam bastante atenção em espaços públicos, por transformá-los em áreas de intensa utilização. Na maioria das vezes, seus corpos ficam camuflados nas calçadas, confundindo-se com a sujeira das ruas. Nesse sentido, tais corpos, marcados por aspectos da desigualdade social, acabam transformando-se em extensões do espaço, à medida que, para muitos, sequer são vistos como pessoas, porém, como empecilhos à manutenção da “boa ordem social”.

É inegável a importância do desenvolvimento econômico das cidades. Todavia, este é materializado com a perpetuação da exclusão social e a legitimação da violência, pautada na crescente expectativa de afastar as ditas “impurezas” sociais, tais como, a pobreza, que relacionada imediatamente à criminalidade, é tida como um obstáculo ao desenvolvimento dos centros urbanos.

As fotos<sup>30</sup> da projeção do empreendimento a ser inaugurado nas proximidades da comunidade deixa explícito que a inauguração do estabelecimento implicará no “afastamento” das pessoas que hoje compõem aquele território. Não há espaço para aqueles que podem “sujar” a imagem do espaço.

Com o pretexto do desenvolvimento econômico, o Estado realiza ações de repressão e nega as vidas que “não valem a pena”. Foucault (1987) alerta para a existência de uma “penalidade perpétua” que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares: compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela normaliza.

Sobre as “reparações” pensadas pelo Estado para os “desfiliaados socialmente”, com destaque para a população em situação de rua, Castel (1997) pontua que quando tudo é colocado em um mesmo patamar de “exclusão”, as estratégias de reparo, quer dizer, de “inserção social”, são privilegiadas ao invés daquelas que visam prevenir e atenuar os fatores que propiciam certo desequilíbrio social. Igualmente, as pessoas, antes de serem vistas como excluídas por intervenções especializadas, precisariam ser consideradas como “capazes de produzir”, implicando, então, ações de estímulo à sua vinculação às redes da sociedade. Por essa razão, as mudanças no que tange à “exclusão” não se dariam por meio de atividades reparadoras, mas sim por meio da adoção de novas medidas

---

<sup>30</sup> As fotos não serão expostas para preservar o anonimato da comunidade.

que possibilitassem o “tratamento” social do desemprego e até mesmo a inserção de indivíduos vistos como inválidos em decorrência das condições socioeconômicas.

Estar em situação de rua, convivendo com HIV/Aids e em uso de *crack* cria uma autorrepresentação negativa entre essas pessoas. São vistas como “improdutivas” e consideradas como figuras que destoam da ordem social e, ao mesmo tempo em que “incomodam”, contraditoriamente, são também “despercebidas”, “invisíveis”.

Para Butler (2015), a autorrepresentação das pessoas é produzida justamente pelos enquadramentos criados socialmente. Apenas quando esses enquadramentos se rompem é que surgem outras possibilidades de compreensão e apreensão dessas vidas. Os sujeitos são constituídos mediante normas que, uma vez repetidas, produzem os termos pelos quais estes sujeitos são reconhecidos. Desse modo, os esquemas normativos delimitam o que querem ou não reconhecer, existindo “sujeitos” que não são exatamente reconhecíveis como sujeitos e “vidas” que dificilmente ou, melhor dizendo, nunca, são reconhecidas como vidas. Esta autora pondera ainda que o grande problema não é apenas saber como incluir mais pessoas nas normas existentes, mas sim considerar como estas normas atribuem reconhecimento de forma diferenciada aos sujeitos e o que poderia ser feito para que estas condições de “ser reconhecido” produzissem resultados mais democráticos.

Essa normatividade referida por Butler é exatamente o que produz esse temor e repúdio aos “craqueiros” e às pessoas em situação de rua, por exemplo. Criou-se historicamente um discurso de dualidade que divide os sujeitos em pessoas “do bem” e “do mal”, concretizado pela atribuição de condições/características/ações que as posicionam em “lugares” diferenciados.

Neste sentido, algumas vidas são passíveis de luto e outras não, algumas pessoas têm mais “valor” do que outras. Essa distribuição da condição de ser passível de luto entre as populações têm implicações sobre porque e quando as pessoas sentem “disposições afetivas” politicamente significativas, tais como horror, culpa, sadismo “justificado”, perda e indiferença (*Ibid.*).

Atualmente, tem-se a sensação que se vive um Estado de Direito. Por meio de uma representação homogênea, as leis são criadas com o pretexto de que são para o bem da “maioria da população”, guiadas pelo conceito de maioria numérica, como se as pessoas fossem unidimensionais, como se existisse um

“sujeito universal”. O objetivo principal, entretanto, é “controlar” e as pessoas que “precisam de controle” são justamente aquelas que estão fora do enquadramento criado pela norma.

A norma cria o “transgressor” e este sofre as mais variadas formas de violências, pois a forma recorrente da ação estatal voltada para as “populações marginais” é o controle (se preciso a repressão). Nesse sentido, o cuidado, por vezes, também aparece como mais uma forma de domínio sobre as pessoas.

Segundo Foucault (2010), o modo de ação do Estado moderno cumpre uma função “assassina”, prevalecendo o poder de “fazer viver e deixar morrer<sup>31</sup>”. Compreende-se que a morte, nesse sentido, extrapola a ideia de assassinato direto, mas abarca também vias indiretas: a exposição à morte, multiplicação de riscos ou morte política, expulsão, exclusão.

Em nome da proteção da sociedade e da vida (as que têm “valor social”), exercita-se o poder de vida e de morte. Mas estes mecanismos são ocultos pelo discurso de busca do “bem comum da nação”. Foucault (2010) ressalta que a morte do “outro”, da raça ruim ou inferior (negros), ou do degenerado, ou do anormal, é o que vai deixar a vida em geral mais sadia e mais pura.

Partindo das considerações expostas, nota-se que a gestão das vidas é atravessada pelo “biopoder” (FOUCAULT, 2008), o qual busca se efetivar por meio da normalização. A sociedade contemporânea, permeada pela medicalização constante, está cada vez mais voltada para o enquadramento de pessoas como “anormais”. Por isso, diariamente, acompanham-se inúmeras estratégias “biopolíticas” que legitimam práticas higienistas e segregadoras.

Há uma complexidade no entrelaçamento de estar em situação de rua, viver com HIV/Aids e usar de crack, fazendo com que tais vidas não sejam consideradas, necessariamente, como vidas que “valham a pena”. Ressalta-se, por fim, que não se pode considerar que apenas um determinado “eixo de opressão” é a raiz de todos os outros. Uma interpretação um pouco mais “aprofundada” do mundo social somente é possível quando se consideram a interação de determinantes como geração, sexualidade, etnia, localização geográfica, aspectos subjetivos e culturais, fatores socioeconômicos, entre outros. Estes são indissociáveis na construção da “posição social” dos diferentes grupos de pessoas e contribuem para produzir as

---

<sup>31</sup> Tal lógica do Estado tem fundamento no racismo (FOUCAULT, 2010).

alternativas e obstáculos que se colocam para sua “participação/ inserção” em sociedade.

## **7 CONSIDERAÇÕES “NÔMADES” SOBRE AS VIDAS DAS PESSOAS QUE USAM CRACK E VIVEM COM HIV/AIDS**

O processo de composição desta pesquisa produziu outros olhares sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids e usam crack, olhares “nômades”, no sentido de mutabilidade, de não serem “verdades” definitivas por considerarem a singularidade de cada modo de ser e estar no mundo.

A aproximação e as afetações com o modo de viver das pessoas em situação de rua enaltecem vidas e histórias antes “despercebidas” pela pesquisadora. A cidade, os cenários da rua e as pessoas que os habitam jamais poderão ser vistas novamente da mesma forma.

Não há como finalizar este trabalho e olhar pra essas vidas sem articulá-las com o turbulento cenário de Estado mínimo (para o social) contemporâneo. O país “assiste” e vivencia um contexto de diminuição do acesso às políticas sociais, de acirramento da pobreza e, conseqüentemente, de aumento das doenças. Na tentativa de “silenciar” a sociedade, dissemina-se um discurso pessimista de que “não adianta fazer nada” e este acaba exercendo forte poder sobre as pessoas, de modo a fragilizar a organização de mobilizações sociais na luta pela garantia dos direitos.

As experiências dos protagonistas deste estudo trazem elementos importantes para se pensar a dimensão coletiva das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack. Maria e Davi, estes protagonistas, são pessoas pobres, com vínculos familiares fragilizados e/ou rompidos, com baixa escolaridade, com pouco acesso às necessidades básicas, como alimentação, em suma, com acesso mínimo aos direitos sociais. São vidas atravessadas por determinantes sociais que complexificam a convivência com a soropositividade, fragilizando a adesão à TARV e fazendo com que o uso de crack assumam centralidade em suas vidas. Identificou-se que quando o crack é a principal fonte de prazer dos sujeitos, o uso passa a ser problemático.

A experiência de Maria e Davi, bem como a proximidade com a comunidade evidenciou que o entorno sociocultural e a experiência dos efeitos das substâncias são indispensáveis para pensar a construção de novas formas de abordagem para essas pessoas, uma vez que é preciso compreender como os

sujeitos experimentam os efeitos das drogas e como ocorrem os rituais de consumo no contexto de cada grupo social.

As pessoas que usam crack e convivem com HIV/Aids, principalmente quando estão em situação de rua, têm muitas barreiras de acesso aos serviços de saúde formais. Na verdade, os serviços têm dificuldade para materializar princípios que acompanharam a Reforma Sanitária, como a subjetividade e o cuidado em território.

Por mais que os determinantes sociais sejam latentes entres estas pessoas, a dimensão de cuidado biológico, centrado na medicalização continua ganhando terreno nas práticas de saúde. O sucesso técnico, muitas vezes, é alcançado à custa da negação da subjetividade dos sujeitos envolvidos e do cuidado ético. Este estudo evidenciou a urgência de se produzir uma clínica “diferente”, uma clínica da dignidade, social, política e subjetiva.

O ritual de consumo de crack é permeado por muita violência, tanto com os ditos “traficantes”, quanto com os policiais. Muitas são as denúncias demonstradas nas falas dos interlocutores, de modo que se identificou o quanto a instituição polícia participa e lucra com as atividades do comércio ilegal de drogas, confirmando que a política de “guerra às drogas” não atinge o objetivo de acabar com as drogas. Na realidade, ela cria uma guerra contra as pessoas e esta guerra é seletiva, sendo os pobres e os jovens negros moradores das periferias das cidades, os mais afetados.

A midiatização das drogas ilícitas ora são sustentadas por estereótipos, estigmas e preconceitos relacionados às pessoas que as usam, ora são produtoras e/ou reforçadoras destes. Os sujeitos são reduzidos a um “corpo-objeto, alvo de intervenções que visam apenas o “bem” deles. Os meios de comunicação de massa também foram decisivos para a construção da Aids como estigma, ou seja, como fenômeno cultural de forte dimensão moral. Os profissionais de saúde, na contramão disso, devem olhar não somente para o “corpo”, mas escutar as histórias e compreender as “cicatrices”, que vão muito além do “problema do uso de crack” e do vírus do HIV. Caso contrário, correm o risco de contribuir com práticas higienistas, violentas e segregadoras.

Por mais que as cracolândias sejam vistas como locais abomináveis, lotados de “zumbis”, este trabalho pode mostrar que há vida sim nos locais de uso, principalmente quando o olhar é direcionado para as pessoas e não para a

substância que é usada. Tem-se como desafio assim lutar pela legitimidade de certas demandas de coletividades socialmente estigmatizadas e que sofrem desigualdades sociais. Neste contexto, questiona-se: Que possibilidades podem tornar esses sujeitos mais “reconhecidos” como pessoas?

Talvez o começo para outros modos de produzir saúde seja não começar pelo “setor saúde”, nem pelo “setor da assistência social”, mas sim por uma política de direitos humanos e, a partir daí, começar a trabalhar outras questões. É preciso abordar de forma bem mais complexa os processos de saúde/doença, indo muito além de modelos reforçadores do viés biomédico. As políticas de cuidado em saúde precisam deixar de ser um conjunto de procedimentos objetivos para se tornarem uma ética que ajude cada pessoa a se expressar e se transformar, de maneira singular.

A APTU, por mais que tenha poucos recursos e dificuldades para se manter, consegue ter muita ousadia no que tange à produção de técnicas de cuidado. A construção do vínculo com as pessoas da comunidade não é decisiva apenas na adesão ao tratamento para a tuberculose, mas faz com que os mobilizadores sociais sejam atores fundamentais na busca por cuidado para as pessoas da localidade.

Os resultados desta pesquisa alertam para a necessidade de reflexão sobre as práticas profissionais, pois, à medida que se quer “o bem” dos usuários, acabam sendo adotadas práticas que os concebem como um corpo-objeto afetado pelo uso da droga.

No trato da questão das drogas, as experiências têm mostrado que os programas que não tem como foco a “dependência química”, mas a inclusão social, a oferta de direitos básicos ou outras perspectivas relacionadas, conseguem ter muito mais sucesso em termos de produção de saúde do que projetos que focam exclusivamente em retirar a droga. Quaisquer iniciativas que venham a criminalizar as pessoas que usam drogas, a tratá-las como caso de polícia ou ainda se apoiar primordialmente na internação compulsória, devem ser repudiadas.

É indispensável refletir também sobre as concepções construídas sobre droga, dependência, ser humano e mundo. Quando a droga é tida como “algo mau” por si mesmo e o sujeito é visto exclusivamente a partir do diagnóstico da “dependência química”, reafirma-se um olhar “medicalizante” e limitado sobre a vida. É preciso realizar debates mais amplos e dialógicos que criem processos de

singularização na direção de uma construção de espaços coletivos de elaboração de políticas públicas, livres de estereótipos e preconceitos que estigmatizam corpos marcados pelo crack e, no caso deste estudo, pelo HIV.

A autorrepresentação negativa que esses sujeitos têm de si produzem sofrimentos, exacerbados por condições precárias de vida. São pessoas que sobrevivem por ações de caridade e do envolvimento com atividades ilícitas, vidas “sem valor” diante da sociedade.

Ressalta-se ainda que este estudo apresenta limites, especialmente, por não terem sido realizadas entrevistas com os profissionais dos serviços de saúde, impossibilitando o acesso às suas percepções sobre as pessoas que vivem com HIV/Aids e usam crack. Infelizmente, isto não foi possível devido à limitação de tempo para a efetivação desta pesquisa, o que foi aprofundado pela densidade do objeto de estudo.

À guisa de conclusão, ratifica-se a indispensabilidade da produção de uma ética do cuidado. Além disso, a política de Redução de Danos precisa ser radicalmente afirmada no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas e convivem com HIV/Aids, devendo estar em acordo com um conceito ampliado de saúde e com os princípios da Reforma Sanitária.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). Observatório Nacional de Políticas de AIDS. **O retorno do vírus ideológico**. Rio de Janeiro: Boletim ABIA, nº 60, 2015.
- ACIOLI NETO, M. L.; AMARANTE, P. D. C. O acompanhamento terapêutico como estratégia de cuidado na atenção psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, DF, v. 33, n. 4, p. 964-975, 2013.
- ACIOLI NETO, M. L. A.; SANTOS, M. F. S. As máscaras da pobreza: o crack como mecanismo de exclusão social. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 20, n. 4, p. 611-623, 2015.
- AGAMBEN, G. **O Estado de Exceção**. São Paulo: Boitempo, 2004.
- ALARCON, S. O uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas. In: JORGE, M.A.S.; CARVALHO, M.C.A.; SILVA, P.R.F. **Políticas e cuidado em saúde mental: contribuições para a prática profissional**. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 201-228.
- ALVES, P. C.; RABELO, M. C. Repensando os estudos sobre representações e práticas em saúde/ doença. In: ALVES, P. C.; RABELO, M. C. (Orgs.). **Antropologia da Saúde: traçando identidades e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Relume Dumará. p. 107-121.
- ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. *et al.* **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. p. 125-38.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4665-4674, dez. 2011.
- ARELLANO, O. L.; ESCUDERO, J. C.; CARMONA, L. D. Los determinantes sociales de la salud: una perspectiva desde el Taller Latinoamericano de Determinantes Sociales de la Salud, ALAMES. **Medicina Social**, New York, v. 3, n. 4, p. 323-335, 2008.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos em análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs). **Pesquisa, métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana, BA: UEFS, 2010. p. 139-159.
- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.
- \_\_\_\_\_. O Cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.** Botucatu, SP, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004b.

\_\_\_\_\_. *et al.* O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 117-140.

AZEVEDO, R. C. S.; MORAES, M. J. HIV/AIDS e doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de crack. IN: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 57-73.

BARBARÁ, A.; SACHETTI, V. A. R.; CREPALDI, M. A. Contribuições das representações sociais ao estudo da Aids. **Revista Interação em Psicologia**, Curitiba, v. 9, n. 2, p. 331-339, 2005.

BECKER, H. S. **Outsiders: sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: Aids e IST**. Brasília, 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Institui os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 12 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Tratamento diretamente observado (TDO) da tuberculose na atenção básica: protocolo de enfermagem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Drogas: cartilha sobre maconha, cocaína e inalantes**. Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. **Decreto de 13 de março de 2006**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 mar. 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Aspectos da epidemia entre as mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Indicadores e**

**dados básicos do HIV/AIDS dos municípios brasileiros.** Disponível em: <http://svs.Aids.gov.br/Aids/>. Acesso em: 30 ago. 2016.

BRIGNOL, S. M. S. *et al.* Social networks of men who have sex with men: a study of recruitment chains using Respondent Driven Sampling in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, p.170-181, 2015. Suplemento1.

BRITO, F. Governo do Estado do Ceará. **Projeto Corre Pra Vida é apresentado ao Conselho de Políticas sobre Drogas.** Ceará: Núcleo de Comunicação, 2016. Disponível em: <<http://www.ceara.gov.br/sala-de-imprensa/noticias/17591-projeto-corre-pra-vida-e-apresentado-ao-conselho-de-politicas-sobre-drogas>>. Acesso em: 10 jul. 2017.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI-FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

BUTLER, J. **Quadros de Guerra: quando a vida é passível de luto.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2015.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos.** São Paulo: Cultrix, 1996.

CAPRARA, A.; VERAS, S. Hermenêutica e Narrativa: a experiência de mães de crianças com Epidermólise Bolhosa Congênita. **Interface: Comum., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 9, n. 16, p. 131-146, 2005.

CARRETEIRO, T. C. Corpo e contemporaneidade. **Psicol. em Rev.** Belo Horizonte, v. 11, n. 17, p. 62-76, 2005.

CARVALHO, M.V.B.; MERIGHI, M.A.B. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. **Rev. Latino Am. Enferm.**, v. 13, n. 6, p. 951-959, 2005.

CASTEL, R. As armadilhas da exclusão. In: CASTEL, R.; WANDERLEY, L. E.; ELFIORE-WANDERLEY, M. (Orgs.). **Desigualdade e a questão social.** São Paulo: EDUC, 1997. p. 17-50.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário.** Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

CAVALCANTE, C. M. **Cuidado de crianças com diagnóstico de TDAH: articulações entre família, escola e profissional de saúde mental.** 2012. 179f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceara, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2012.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2016.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2015.

COUTO, A. B.; LEMOS, F. C.; COUTO, M. B. Biopoder e práticas reguladoras do uso de drogas no Brasil: algumas análises de projetos de lei. **Revista Polis e Psique**, Porto Alegre, v. 3, n. 2, p. 132-150, 2013.

CROSSETTI, M. G. O. **Processo de cuidar**: uma aproximação à questão existencial da enfermagem. 1997. 164f. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

CRUZ, M. S.; VARGENS, R. W.; RAMÔA, M. L. Crack: uma abordagem multidisciplinar. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção do uso de drogas**: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 5. ed. Brasília: SENAD, 2013. p. 194-213.

CRUZ, V. D. *et al.* Rede de apoio social dos usuários de crack em Pelotas-RS1. **J. Nurs Health.**, Pelotas, RS, v. 2, p.127-140, jun. 2012.

CUSTÓDIO, Z. A. O. **Redes sociais no contexto da prematuridade**: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. 2010. 282 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

DESCHAMPS, J. C.; MOLINER, P. **A identidade em Psicologia Social**: dos processos identitários às representações sociais. Petrópolis: Vozes, 2009.

FERREIRA, D. C.; SILVA, G. A. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.11, p. 3087-3098, nov. 2012.

Fundação Oswaldo Cruz. **Crack**: pesquisa identifica perfil, comportamento e vulnerabilidade de usuários. Pernambuco: Fiocruz, 2016.

\_\_\_\_\_. Oxi: uma droga não tão nova assim é objeto de pesquisa da Fiocruz. **Fiocruz online**, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.amazonia.fiocruz.br/br/component/content/article/861-oxi-uma-droganao-tao-nova-assim.html>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

FORTALEZA. Prefeitura de Fortaleza. Pesquisa e Banco de Dados da Coordenadoria de Políticas sobre Drogas (CPDrogas). **Centro de Referência sobre Drogas faz levantamento do perfil dos usuários atendidos**. Fortaleza: Prefeitura de Fortaleza, 2014. Disponível em:

<<http://www.fortaleza.ce.gov.br/cpdrogas/noticias/saude/centro-de-referencia-sobre-drogas-faz-levantamento-do-perfil-dos-usuarios>>. Acesso em: 16 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Catálogo de serviços**. Fortaleza: : Prefeitura de Fortaleza, 2015. Disponível em: <<http://catalogodeservicos.fortaleza.ce.gov.br/>>. Acesso em: 12 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde de Fortaleza: 2006-2009**/Secretaria da Saúde. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. São Paulo: Forense Universitária, 2011.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. 2. ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2010. (Coleção Obras de Michel Foucault).

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Os anormais**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2001. (Coleção Tópicos).

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

FREUD, S. **O mal-estar na civilização**. Rio de Janeiro: Imago, 1930/1974.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GALVÃO, J. **1980 – 2001**: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no mundo. Rio de Janeiro: ABIA, 2002.

GARBOIS, J. A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M. Determinantes sociais da saúde: o “social” em questão. **Revista Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.23, n.4, p.1173-1182, 2014.

GASPAR, Y. E.; MAHFOUD, M. Uma leitura histórica do conceito de experiência e uma proposta de compreensão do ser humano em seu caráter essencial: experiência elementar e suas implicações para a psicologia. In: **SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 3.; ENCONTRO DE FENOMENOLOGIA E ANÁLISE DO EXISTIR, 5., 2006**, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2006. s/p.

GEANELOS, R. Exploring Ricoueurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, Maryland, v. 7, n. 2, p. 112-119, jun. 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2449-2463, nov. 2006.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GÓIS, J. S. **HIV e crack**: determinações e demandas sociais apresentadas pelas pessoas internadas no Hospital São José de Doenças Infecciosas/CE. 2015. 129f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**: Ceará. Fortaleza: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza|infograficos:-informacoes-completas>>. Acesso em: 12 set. 2016.

INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. Secretaria de Planejamento de Gestão. **O Uso de Drogas Ilícitas entre Estudantes do Ensino Fundamental em Fortaleza e demais Capitais Brasileiras**. Fortaleza: IPECE, 2012.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **Prevention Gap Report**. Geneva, SWI: UNAIDS, 2016.

\_\_\_\_\_. **AIDS by the numbers**. Geneva, SWI: UNAIDS, 2015.

KARAM, M. L. Violência, militarização e 'guerra às drogas'. In: KUCINSKI, B. *et al.* (Orgs.). **Bala perdida**: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação. São Paulo: Boitempo, 2015.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica**. São Paulo: Hucitec, 2015.

LATOURETTE, B. **Reagregando o social**: uma introdução à teoria do ator-rede. Salvador: Edufba/Bauru: Edusc, 2012.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamento no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, 2006.

LINS, D. Crueldade do devir e corpo-drogado. **Verve**, São Paulo, v. 5, p. 186-207, 2004.

MALAGÓN-OVIEDO, R. A.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**. Botucatu, SP, v. 19, n. 53, p. 237-249, 2015.

MALISKAI, I. C. A.; PADILHAI, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, v. 9, n. 3, p. 687- 698, 2007.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup. da Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 176-182, set./dez. 2008.

MEDEIROS, R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.23, n.1, p.105-117, 2014.

MENA, F. Um modelo violento e ineficaz de polícia. In: KUCINSKI, B. *et al.* (Orgs.). **Bala perdida: a violência policial no Brasil e os desafios para sua superação**. São Paulo: Boitempo, 2015. p.15-24.

MERHY, E. E. *et al.* O pesquisador IN-MUNDO e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde (a título de fechamento, depois de tudo que escrevemos). In: GOMES, M. P. C.; MENRHY, E. E. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Editora Rede UNIDA, 2014. p. 155-170.

MERHY, E. E.; FEUERWECKER, L.; GOMES, M. P. C. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B. (Org.). **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 60-75.

MERHY, E. E.; GOMES, M. P. C.; SILVA, E.; SANTOS, M. F. L.; CRUZ, K. T.; FRANCO, T. B. Redes Vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 153-164, 2014.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunic., Saude, Educ., Botucatu, SP**, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000.

\_\_\_\_\_.; FEUERWERKER, L. C. M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C. S.; GOMBERG, E. (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão, SE: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MINAYO, M. C. S. (Org.); DESLANDES, S. F. GOMES, R. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 33. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

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

NOGUEIRA, R. P. Determinantes, determinação e determinismo sociais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 397-406, 2009.

OLIVEIRA, D. M. T. Introdução à pesquisa qualitativa. In: PERDIGÃO, D. M.; HERLINGER, M.; WHITE, O. M. (Orgs.). **Teoria e prática da pesquisa aplicada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

OLIVEIRA, I. B. N. Acesso universal? Obstáculos ao acesso, continuidade do uso e gênero em um serviço especializado em HIV/AIDS em Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, p. S259-S268, 2009. Suplemento 2.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, S. A. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v.35, n. 6. p. 212-218, 2008.

ORLANDI, R. **Participação da rede social significativa de mulheres que vivem e convivem com o HIV no enfrentamento da soropositividade**. 2011. 253 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

PAIVA, F. S. **Definição, identificação e fluxo de redes**: contribuições para o trabalho em políticas públicas. Material didático. Centro Regional de Referência sobre Drogas da Universidade Federal de Juiz de Fora (CRR/JF), Juiz de Fora, MG: UFJF, 2011.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS Related Stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Soc. Méd. Science**, Maryland, v. 57, n. 1, p. 13-24, jul. 2003.

PLATAFORMA BRASILEIRA DE POLÍTICA DE DROGAS (PBPD). **Nota da pbpd sobre o fim do Programa de Braços Abertos**. São Paulo, 6 de outubro de 2016. Disponível em: <<http://pbpd.org.br/nota-da-pbpd-sobre-o-fim-do-programa-de-bracos-abertos/>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

PEDROSA, N. L. *et al.* Série histórica da AIDS no Estado do Ceará, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 4, p. 1177-1184, abr. 2015.

PELLEGRINI FILHO, A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 135-140, 2011. Suplemento 2.

PERRENOUD, L. O.; RIBEIRO, M. História do consumo de crack no Brasil e no mundo. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012, p. 33-38.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface: Comunic., Saúde, Educ.**, Botucatu, SP, v. 16, n. 41, p. 435-47, abr./jun. 2012.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

QUINDERÉ, P. H. D. **A experiência do uso de crack e sua interlocução com a clínica**: dispositivos para o cuidado integral do usuário. 2013. 232 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva,

Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2013.

RIBEIRO, L. A.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. V. D. M. Aspectos socioculturais do consumo de crack. IN: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R (Orgs.). **O tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012. p. 33-38.

RICOEUR, P. **Hermenêutica e ideologias**. Organização, tradução e apresentação de Hilton Japiassu. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Do texto à ação: ensaios de hermenêutica II**. Portugal: Rés, 1991.

\_\_\_\_\_. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge, USA: Cambridge University Press, 1995.

\_\_\_\_\_. Narratividad, fenomenologia y hermenêutica. **Anàlisi: quaderns de comunicació i cultura**, Barcelona, ES, n. 25, p.189-207, 2000.

ROMANINI, M; ROSO, A. Midiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface**. Botucatu, SP, v. 18, n. 49, 2014.

SAFFIOTI, H. I. B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, B. S. **Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

\_\_\_\_\_. Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 46-71, 1988.

SEFFNER, F.; PARKER, R. A neoliberalização da prevenção do HIV e a resposta brasileira à Aids. In: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. **Mitos vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

SILVA, D. G.; LEMOS, F. C. S.; GALINDO, D. Corpos em situação de rua: entre práticas de normalização e resistência. **Contemporânea: Revista de Sociologia da UFSCar**, São Carlos, SP, v. 6, n. 2, jul.-dez. 2016, pp. 467-484.

SILVA, H. A. Abordagem fenomenológica-hermenêuticas. **ÁGORA Revista Eletrônica**, Cerro Grande, RS, p.54-58. 2010.

SILVA, L. A. V.; SANTOS, M.; DOURADO, I. Entre idas e vindas: histórias de homens sobre seus itinerários ao serviço de saúde para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids. **Physis**, Rio de Janeiro, v.25, n.3, p.951-973, 2015.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.3, p.637-644, 2010.

SODRÉ, O. Contribuição da fenomenologia hermenêutica para a psicologia social. **Revista Psicologia USP**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 55-80, 2004.

STREY, M. N. Encenando gênero: a mediação da cultura no dia-a-dia das mulheres. In: STREY, M. N.; LYRA, A.; XIMENES, L. (Orgs.). **Encenando gênero: cultura, arte e comunicação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2008. p. 7-22.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 7. ed. Petrópolis: Vozes; 2007.

TRAD, L. A. B. *et al.* Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

TRAD, S.N.S.; TRAD, L.A.B.; ROMANÍ, O. Contribuições das Ciências Sociais ao estudo sobre o uso de drogas e o diálogo com a produção nacional contemporânea. In: JORGE, M.S. B. *et al.* Olhares plurais sobre o fenômeno do crack. Fortaleza: EdUECE, 2013. p. 27-65.

VASCONCELOS, M. G. F. **Família e Atenção à Saúde Mental: sentidos, práticas e itinerários terapêuticos**. 2014. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Associação Ampla Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará, Universidade de Fortaleza, Fortaleza 2014.

\_\_\_\_\_; JORGE, M. S. B. **Projeto terapêutico como dispositivo de cuidado em saúde mental**. Ceará: EdUECE, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Geneva, SWI: World Health Organization 2014.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010.

ZEITOUNE, R. C. G. *et al.* O conhecimento de adolescentes sobre drogas lícitas e ilícitas: uma contribuição para a enfermagem comunitária. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 16, p.57-63, mar. 2012.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista para os usuários

### 1 Identificação:

- Nome:
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Bairro:
- Religião:
- Estado civil:
- Renda familiar:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:

### 2 Questão norteadora:

- Conte-me sobre sua experiência no processo de cuidado com a sua saúde (diagnóstico, promoção de saúde, recursos assistenciais formais e informais, itinerário terapêutico, rede de apoio social).

## APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa **“ENTRE “NOIEIROS”, “DROGUEIROS” E “ANORMAIS”: EXPERIÊNCIAS DE VIDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK”**, que tem como objetivo geral compreender as experiências de vida das pessoas que usam crack e vivem com HIV/Aids; e objetivos específicos: conhecer os itinerários terapêuticos dessas pessoas em busca de cuidado em saúde; identificar a rede de apoio social no processo de busca por cuidado; apreender as vulnerabilidades que atravessam as experiências das pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack.

Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a uma entrevista em profundidade. A pesquisa apresenta o RISCO social de constrangimento do entrevistado e como BENEFÍCIOS: encontrar elementos que possam contribuir para a produção do cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids e fazem uso de crack. Todas as informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, garantindo nenhum tipo de prejuízo, dano ou transtorno os participantes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr. (a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação.

Todos os participantes poderão receber quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para não participarem quando assim não acharem mais conveniente. Poderão também entrar em contato com a coordenadora da pesquisa Jhennifer de Souza Góis pelo telefone (85) 31019891 ou e-mail [jhennifergois@gmail.com](mailto:jhennifergois@gmail.com) e com o Comitê de Ética Pesquisa - UECE (CEP-UECE) na rua Dr. Silas Mingua, 1700, campus Itaperi ou por meio do telefone (85) 3101 9890 ou e-mail: [cep@uece.br](mailto:cep@uece.br).

Este termo foi elaborado em duas vias, sendo uma para você (Pesquisado) e a outra para o Arquivo do (a) Pesquisador (a).

Eu, \_\_\_\_\_ tendo sido esclarecido (a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

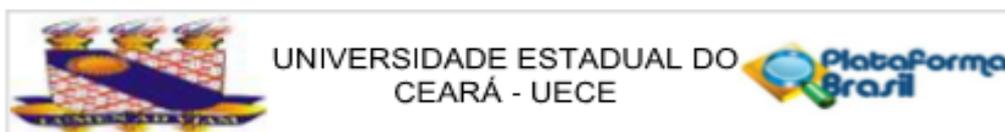
Assinatura do (a) participante

---

Assinatura do pesquisador

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** PRODUÇÃO DE VIDA E ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS: OLHARES E SABERES DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK

**Pesquisador:** JHENNIFER DE SOUZA GOIS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 62613416.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.921.925

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um projeto de pesquisa do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, intitulado "Produção de vida e itinerários terapêuticos: olhares e saberes das pessoas que vivem com HIV/AIDS e fazem uso de CRACK".

O Projeto traz em sua introdução a descrição do problema de conformidade com a literatura estudada, e a autora descreve sua aproximação com o tema e o objeto de pesquisa. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa fundamentada na hermenêutica, com a pretensão de compreender os itinerários terapêuticos das pessoas que vivem com HIV/aids e fazem uso de crack, a ser realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde Carlos Ribeiro, no município de Fortaleza, mais especificamente, no Serviço de Assistência Especializado em HIV/AIDS (SAE), da citada UAPS.

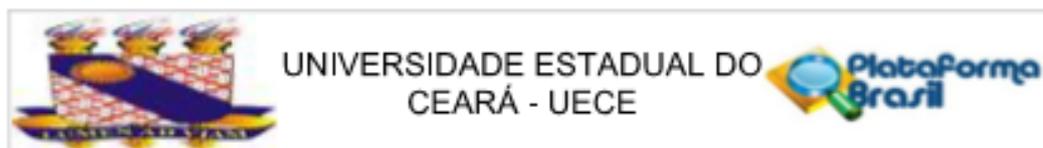
**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário**

Compreender a produção de vida das pessoas que vivem com HIV/aids e usam crack por meio dos itinerários terapêuticos.

**Objetivos Secundários:**

<b>Endereço:</b> Av. Sílas Munguba, 1700	<b>CEP:</b> 60.714-903
<b>Bairro:</b> Itaperi	
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA
<b>Telefone:</b> (85)3101-9890	<b>Fax:</b> (85)3101-9906
	<b>E-mail:</b> cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.921.925

- Mapear o itinerário terapêutico das pessoas que vivem com HIV/aids e fazem uso de crack;
- Descrever a rede de apoio social no processo de busca/produção de cuidado;
- Analisar como as pessoas que vivem com HIV/aids e fazem uso de crack se produzem nessa trajetória.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A pesquisadora afirma que o risco é causar constrangimento ao entrevistado

Benefícios:

Informa ainda que o benefício será identificar elementos que possam contribuir para a produção do cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/AIDS e fazem uso de crack.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está bem estruturado, é relevante pois busca descrever os aspectos micropolíticos que perpassam os itinerários terapêuticos das pessoas que vivem com HIV/AIDS e fazem uso de crack.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de Rosto devidamente assinada pela Diretora do CCS;
- TCLE escrito em linguagem acessível;
- O orçamento está presente no projeto e será de inteira responsabilidade do pesquisador;
- Providenciado os Termos de Anuência e de Fiel Depositário, devidamente assinados pelas instituições co-participes.

**Recomendações:**

Enviar relatório ao CEP por ocasião da finalização da pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

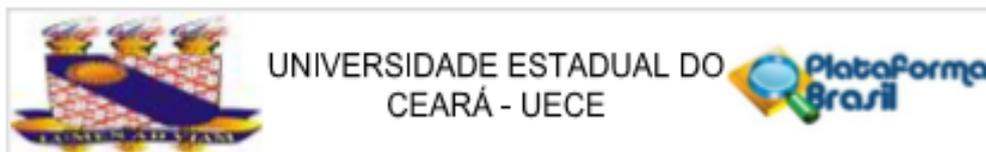
Diante do exposto, sou de parecer favorável à sua aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700		CEP: 60.714-903
Bairro: Itaperi	Município: FORTALEZA	
UF: CE		
Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906	E-mail: cep@uece.br

## ANEXO B – Adendo ao Comitê de Ética



Continuação do Parecer: 1.921.925

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_833386.pdf	24/01/2017 14:32:24		Aceito
Outros	FIEL_DEPOSITARIO_CEMJA.jpg	24/01/2017 14:30:22	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Outros	FIEL_DEPOSITARIO_CARLOS_RIBEIRO.jpg	24/01/2017 14:29:45	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Outros	ANUENCIA_CEMJA.jpg	24/01/2017 14:28:51	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Outros	ANUENCIA_CARLOS_RIBEIRO.jpg	24/01/2017 14:28:23	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Outros	PARECER_COGETS.jpg	24/01/2017 14:27:46	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	29/11/2016 15:40:06	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Outros	Cronograma.docx	29/11/2016 15:36:47	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	29/11/2016 15:34:46	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_comite_de_etica.pdf	29/11/2016 15:33:52	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	29/11/2016 15:25:05	JHENNIFER DE SOUZA GOIS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 15 de Fevereiro de 2017

Assinado por:  
ISAAC NETO GOES DA SILVA  
(Coordenador)

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700  
Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br

## ANEXO C – Declaração de revisão ortográfica e de português

**DECLARAÇÃO DE REVISÃO ORTOGRÁFICA E DE PORTUGUÊS**

Eu, Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo, brasileira, solteira, CPF nº 023.794.383-23, RG nº 2004030018122, órgão expedidor SSPDS/CE, graduada em Letras pela Universidade Federal do Ceará (UFC), com número do registro: 102019, residente e domiciliada na Rua 01, Cond. Jardins das Violetas, n. 171, Apto: 203, Bl: A, Pque. Tabapuá, Caucaia/CE, declaro para a Universidade Estadual do Ceará (UECE), que realizei a revisão de português e a correção ortográfica da dissertação de mestrado intitulada de: "ENTRE "NOIEIROS", "DROGUEIROS" E "ANORMAIS": EXPERIÊNCIAS DE VIDA DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E FAZEM USO DE CRACK", de autoria de JHENNI FER DE SOUZA GOIS.

Fortaleza/CE, 23 de janeiro de 2018.

*Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo*

Profª. Yashmin Michelle Ribeiro de Araujo