



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SILIER ANDRADE CARDOSO BORGES

Discurso jurídico-moral e produção de saúde em uma equipe de saúde da família: modos de apropriação dos enquadramentos da mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”

SALVADOR
2017

SILIER ANDRADE CARDOSO BORGES

Discurso jurídico-moral e produção de saúde em uma equipe de saúde da família: modos de apropriação dos enquadramentos da mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) como requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de Concentração: Ciências Sociais em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Ligia Rangel Santos

SALVADOR
2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

B732p Borges, Silier Andrade Cardoso.

Discurso jurídico-moral e produção de saúde em uma equipe de saúde da família: modos de apropriação dos enquadramentos da mídia sobre o programa "Crack, é possível vencer"/ Silier Andrade Cardoso Borges – Salvador: S.A.C. Borges, 2017.

129 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva.
Universidade Federal da Bahia.

1. Crack. 2. Miatização. 3. Política de Saúde. 4. Saúde da Família.
I. Título.

CDU 659.3:36



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SILIER ANDRADE CARDOSO BORGES

Discurso jurídico-moral e produção de saúde em uma equipe de saúde da família: modos de apropriação dos enquadramentos da mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”

A comissão organizadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva (PPGSC-ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Data de defesa: 16 de maio de 2017, às 10h30.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Maria Lígia Rangel Santos – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes – Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof. Dr. Antonio Marcos Pereira Brotas – Centro de Pesquisas Gonçalo Moniz/FIOCRUZ

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho aos meus pais, **Armando e Fatima**,
que me ensinaram, dentre outras coisas, que somos feitos
de luta e esperança, feijão e sonho.*

*Ao meu sobrinho **Bento**, inteiramente feito de sonho.*

*E à **Priscilla**, meu amor, pela inestimável companhia de
jornada.*

AGRADECIMENTOS

Ao Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pelo acesso à Pós-graduação.

À Profa. Ligia Rangel, pela confiança durante o percurso do mestrado, pelas orientações e pela compreensão das minhas dificuldades.

Ao meu pai Armando, por me ensinar sobre perseverança mesmo quando as dificuldades parecerem enormes.

À minha mãe Fatima, meu exemplo de bondade e de solidariedade.

A ambos, pelo amor e pelo suporte incondicional.

À Priscilla, companheira que me apoiou durante esse percurso, e me acompanhou com carinho, amor e muito cuidado a subida das pedras. Eu amo muito você!

Ao meu querido tio e amigo Tai, pelos conselhos, nem sempre ouvidos, mas sempre acolhidos.

Aos professores Wilson Sampaio, Paulo Gurgel e Rodrigo Guimarães, mentores que acreditaram e me incentivaram durante a graduação sobre a importância de continuar a formação pós-graduada. Levo sempre comigo os aprendizados.

Aos professores Marco José e Ana Pitta, por ensinar sobre a potência do fazer clínico e político nesse tempo difícil de desmonte de direitos. Também aos meus queridos e queridas colegas do curso de especialização em Saúde Mental, com quem muito aprendi.

Aos colegas da pós-graduação e aos amigos de profissão que tiveram a humildade e a coragem necessária para se permitir compartilhar não apenas suas experiências exitosas, mas também as iatrogenias da academia.

Aos funcionários do Instituto de Saúde Coletiva, pela presteza no atendimento das necessidades discentes.

Aos professores do Instituto de Saúde Coletiva, pelo cuidado com a formação científica.

A todas e todos os profissionais da Unidade de Saúde da Família do Phoc pela acolhida e pela participação na pesquisa. Em especial, agradeço às agentes comunitárias, mulheres que têm suas vivências pessoais entrelaçadas de maneira viva e afetiva com as suas experiências profissionais.

RESUMO

A mídia ocupa uma posição de centralidade nas sociedades, permeando os diferentes processos da vida, em especial a esfera política. Dentre as políticas que versam sobre o uso de drogas no Brasil, ressalta-se o programa “Crack, é Possível Vencer”, que surge como iniciativa interministerial, propondo ações nos eixos Prevenção, Cuidado e Autoridade. A Equipe de Saúde da Família, porta de entrada do Sistema Único de Saúde, é responsável pelo cuidado aos usuários de substâncias psicoativas, mas suas ações podem não corresponder às estratégias delineadas pelo discurso oficial, contribuindo para processos de exclusão e estigmatização dos usuários de crack. É objetivo geral da pesquisa analisar a mediação na interpretação dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”. São objetivos específicos: analisar o enquadramento dos discursos da mídia em notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”; analisar os modos de apropriação dos quadros discursivos da mídia pelos profissionais de saúde; discutir a influência da mídia nos discursos e práticas dos profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Foram selecionadas treze notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” veiculadas entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014 pelos dois jornais de maior circulação do Estado da Bahia, analisadas segundo o modelo da Análise do Enquadramento. Foram realizadas entrevistas de profundidade com treze profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família do município de Camaçari. A análise dos dados da entrevista foi realizada através da Análise de Discurso. As normas da Resolução 466/12 foram atendidas em todas as etapas da pesquisa. A análise das notícias identificou os quadros Jurídico-Moral, Político-Econômico, Política de Saúde e Biomédico, predominando o quadro Jurídico-Moral, que define o crack como problema de justiça e segurança, expresso através da culpabilização dos usuários pelos males sociais, que se contrapõe ao quadro Política de Saúde, evidenciando tensões que conformam o campo. A análise dos discursos dos profissionais identificou a Formação Discursiva Jurídico-Moral Humanizadora, que aponta para um sistema complexo etiológico e terapêutico compartilhado pela equipe e que se pretende humanizadora, embora permaneça como subtipo do enquadre Jurídico-Moral. Trata-se de um discurso que produz efeitos de sentido que reproduzem a dialética inclusão e exclusão nas práticas assistenciais, rejeitando em sua superfície a intervenção policial e carcerária, mas substituindo-a pela violência sanitária, que sustenta a internação compulsória diante da falência do convencimento. Os resultados contribuem para a visibilidade da relação entre a apropriação das formas simbólicas dos meios de comunicação e a produção do cuidado, atravessada por diferentes sentidos, que perpassam da produção de saúde à condenação jurídico-moral dos usuários de crack.

Palavras-chave: crack; mediação; política de saúde; saúde da família.

ABSTRACT

The media has a centralized position in our societies, permeating the different processes of life, especially in the political spheres. Among the policies dealing with the use of drugs in Brazil, emphasis is given to the program “Crack, it is possible to overcome”, arises as a ministerial initiative, proposing actions on the axis Prevention, Care and Authority. The Family Health Team, gateway to the Unified Public Health System (SUS), is responsible for the care of the users of psychoactive substances, but its actions may not correspond to the strategies outlined by the official discourse, contributing towards processes of exclusion and stigmatization of crack users. The general objective of the research is to analyze the media coverage in the interpretation of health professionals in relation to the program “Crack, it is possible to overcome”. The specific objectives were: investigating the news frames on the program “Crack, it is possible to overcome”; analyze the means of appropriation of the discursive frames of the media by health professionals; discuss the influence of the media on the discourses and practices of health professionals. A qualitative and explorative research. Thirteen news items were selected about the program “Crack, it is possible to overcome”, conveyed between December 2011 and December 2014 through two newspapers of widest circulation in the state of Bahia and analyzed in accordance with the Framework Analysis model. In-depth interviews were performed with thirteen professionals working in Family Health Units of the municipality of Camaçari. Discourse analysis was used for analyzing the data from the interviews. The standards of Resolution 466/12 were complied with in all the phases of the research. The analysis of the news items identified that the legal-moral, political-economic, health policy and biomedical frames, with predominance for the legal-moral one, defining crack as a legal and safety issue, expressed through blaming the users for the social ills, which goes against the health policy context, evidencing tensions that shape this area. The discourse analysis of the professionals identified the Humanizing Legal-Moral Discursive Formation, which point to a complex etiological and therapeutic system shared by the team and which intends to be humanizing, despite remaining as a subtype under Legal-Moral frame. A discourse that produces effects in the sense that it reproduces the inclusion and exclusion dialectics in the healthcare practices, rejecting on its surface police and correctional interventions, and then substituting these with healthcare violence, that sustains compulsory committal in view of the failure of persuasion. The results contribute towards the exposure of the relationship between the appropriation of the symbolic forms by the means of communication and the production of healthcare, pervaded by different senses, that run through health production to legal-moral condemnation of crack users.

Key-words: crack; media coverage; health policy; family health.

LISTA DE TABELA

Tabela 1. Distribuição do número de entrevistas na Unidade de Saúde da Família, segundo a categoria profissional

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Modelos de atenção à saúde na abordagem dos problemas relacionados com o consumo de SPAS

Artigo 1 - Discurso jurídico-moral e produção de saúde nas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” na mídia impressa: uma análise de enquadramento

Quadro 1 – Enquadramento das notícias sobre o programa Crack, é Possível Vencer

4.2 Artigo 2 - Modos de apropriação dos enquadramentos da mídia em uma equipe de saúde da família: os efeitos do Discurso Jurídico-Moral Humanizador na produção da violência sanitária

Quadro 1 – Discurso Jurídico-Moral Humanizador

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ACS	Agente Comunitária de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAIC	Centro de Atendimento Integral à Criança
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETAD	Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRR	Centro Regional de Referência
CT	Comunidade Terapêutica
DS	Distrito Sanitário
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FD	Formação Discursiva
FEBRACT	Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas
FETEB	Federação Evangélica do Brasil
ISC	Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
OBID	Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RPB	Reforma Psiquiátrica Brasileira
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SESAU	Secretaria de Saúde do município de Camaçari
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SPAS	Substâncias Psicoativas
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	20
2.1 Percurso das políticas sobre saúde mental e drogas no Brasil	20
2.2 Mídia e midiatização do crack	27
3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	32
3.1 Categorias analíticas	32
3.1.1 A sociedade midiatizada: produção dos bens simbólicos e os modos de apropriação	32
3.1.2 Mídia, estigma e exclusão: a construção simbólica das drogas	35
3.1.3 Discurso como materialidade e a produção de sentido como relação de poder	38
3.2 Análise do Enquadramento	42
3.3 Procedimentos metodológicos	44
3.3.1 Tipo de pesquisa	44
3.3.2 Cenário de pesquisa	44
3.3.3 Participantes da pesquisa	46
3.3.4 Técnica de produção dos dados	46
3.3.5 Técnica de análise de dados	48
3.3.6 Questões éticas	49
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
4.1 Artigo 1 - Discurso jurídico-moral e produção de saúde nas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” na mídia impressa: uma análise de enquadramento	50
4.2 4.2 Artigo 2 - Modos de apropriação dos enquadramentos da mídia em uma equipe de saúde da família: os efeitos do Discurso Jurídico-Moral Humanizador na produção da violência sanitária	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	106
APÊNDICES	114
Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	114
Apêndice B – Roteiro da entrevista individual	115
ANEXOS	117
Anexo A – Notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicadas no jornal A Tarde entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014	117

1 INTRODUÇÃO

O programa “Crack, é Possível Vencer” surge como iniciativa do Ministério da Justiça em articulação com diferentes ministérios. Formulado no contexto do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o programa propõe ações nos eixos Prevenção, Cuidado e Autoridade. O eixo Prevenção consiste em fortalecer vínculos familiares e comunitários e reduzir fatores de risco associados ao uso de drogas, através dos Centros Regionais de Referência (CRR) e da capacitação de profissionais de justiça, saúde, assistência social e sociedade civil para a atenção adequada aos usuários. O eixo Cuidado, busca estruturar a rede de atenção à saúde e de assistência social para o atendimento aos usuários de drogas e seus familiares, ampliando a oferta de tratamentos. O eixo Autoridade é destinado à repressão policial ao crime organizado e à comercialização das drogas (BRASIL, 2013a).

O problema do uso do crack no Brasil tem sido estudado desde 2001. O I Levantamento Domiciliar de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontou que a prevalência de consumo desta droga entre os entrevistados foi de 0,4% (BRASIL, 2002a).

De acordo com o II Levantamento Domiciliar de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a prevalência de uso na vida do crack nas 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes totaliza, em 2005, 0,7% (BRASIL, 2006). De 2001 para 2005, houve aumento nas estimativas de uso na vida das substâncias psicoativas em geral.

O V Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública nas 27 Capitais Brasileiras, realizado em 2004, apresentou prevalência de uso de crack na vida de 0,7% (CEBRID, 2005). Seis anos depois, o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública nas 27 Capitais Brasileiras apresentou prevalência de 0,6% do uso de crack na vida entre os estudantes (BRASIL, 2010).

Contrariando o senso comum, o crack não figura entre as drogas que apresentou maior prevalência de síndrome de dependência entre os entrevistados do II Levantamento Domiciliar de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Nesse mesmo estudo, as substâncias que figuram entre as drogas para as quais foram detectadas dependência são: o álcool (12,3%), o tabaco (10,1%), a maconha (1,2%), e os benzodiazepínicos (0,5%), enquanto que os estimulantes aparecem em último lugar (0,2%), junto aos solventes (0,2%). (BRASIL, 2006).

Pesquisas mais recentes, como o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), organizado pela Universidade Federal de São Paulo, apontam que em 2012, 0,8% dos adolescentes e 1,3% dos adultos utilizaram crack alguma vez na vida (UNIFESP, 2014). A

Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, produzida pela FIOCRUZ, estima que apenas 0,54% dos indivíduos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal fazem uso regular de crack (FIOCRUZ, 2014).

Nota-se que os dados epidemiológicos disponíveis sobre a prevalência do uso na vida e de dependência do crack apontam que são as drogas lícitas, sobretudo álcool e tabaco, que constituem em grave problema de saúde no Brasil. Contudo, a despeito dos dados, houve uma passagem de uma preocupação que circulava no entorno da atenção integral aos usuários de álcool para o delineamento de estratégias de combate ao crack nas políticas públicas sobre drogas no Brasil. Para além do panorama epidemiológico brasileiro, percebe-se que diferentes atores e interesses sustentaram a formulação e implementação de tais políticas (COSTA et al., 2015).

No entanto, cabe problematizar a noção de “usuários de drogas” como categoria homogênea e unívoca. Gey Espinheira (2004) aponta que, embora os usuários de drogas mantenham algo em comum (evidentemente, o uso das drogas), a composição química, as formas de uso, as cenas da droga e os seus significados diferem entre indivíduos, grupos, classes e culturas. Assim, os usuários não devem ser vistos a partir de uma mesma categoria conceitual. Para Espinheira, é por esta razão, da diferença entre agentes, droga, tempo e espaço, que as drogas não apresentam o mesmo efeito para as pessoas, não sendo as consequências do uso as mesmas entre os usuários que se distinguem por renda e classe social.

Nesse sentido, em consonância com as observações antropológicas de Gey Espinheira, a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack aponta que ampla maioria das pessoas que fazem uso abusivo do crack encontram-se em situação de vulnerabilidade social. São em sua maioria homens e mulheres marginalizados, adultos jovens, em sua maioria pardos e pretos, com baixa escolaridade e em desvantagem nas disputas por trabalho, marcados em suas trajetórias por processos como marginalização, racismo e estigmatização¹. Trata-se de um ciclo do qual as consequências do padrão de consumo abusivo do crack ampliam a condição de exclusão e vulnerabilidade, fomentando situações de desemprego, condições precárias de moradia e subsistência e conflito com a lei. Dentre os participantes, 78% apontaram o desejo de se tratar

¹ A Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack aponta que no Brasil os usuários de crack se concentram na faixa etária de 18 a 24 anos, sendo 80% dos usuários “não-brancos” (pretos e pardos), solteiros (55,3%), pouco escolarizados (apenas 16,40% concluíram o Ensino Médio), com expressiva proporção de usuários em situação de rua (40%) e sem acesso ao mercado de trabalho formal (65% relata obtenção de dinheiro por meio do trabalho esporádico ou autônomo). Mais de 70% compartilha os instrumentos necessários para o uso da droga, comportamento associado à transmissão de infecções como as hepatites virais. Os achados apontam para a sobrerrepresentação de pessoas negras, com afrouxamento dos laços sociais, sem vínculo empregatício e em condições inadequadas de moradia, em contextos de vulnerabilidade social nas cenas abertas de uso.

e, quando perguntados sobre qual tratamento desejam, indicaram cuidados básicos de saúde e de caráter social, como hospedagem, alimentação e qualificação profissional (FIOCRUZ, 2014), indicando a necessidade da implementação de políticas públicas que articulem assistência médica à garantia de acesso aos direitos sociais.

Como consequência da inadequada participação do Estado e dos vazios assistenciais na implementação das políticas de drogas, ocorreu o crescimento do número de homicídios vinculados à guerra às drogas² e o aumento dos serviços não governamentais, resultando em uma rede pública fragilizada atuando de maneira complementar à rede privada. Nesse sentido, as comunidades terapêuticas (CT), instituições de caráter privado vinculadas às instituições religiosas, exerceram pressão política, de modo que se estabeleceram reproduzindo práticas excludentes e asilares de tratamento aos usuários de crack no Brasil. Tais instituições subverteram a lógica de cuidado preconizado pelo SUS e pela Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), que tem como princípio o tratamento prioritário em serviços comunitários de base territorial, e individualizaram a discussão de questões sociais através de serviços assistenciais que coadunam com uma agenda neoliberal (COSTA et al., 2015).

Há, no entanto, práticas exitosas e amparadas na perspectiva da redução de riscos e danos como o programa De Braços Abertos, implementado no primeiro semestre de 2014 no município de São Paulo, integrando ações de garantia de direitos através da oferta de moradia, higiene, alimentação, trabalho, formação, suporte social e acompanhamento integral da saúde. O programa resultou no desmonte dos barracos ocupados em via pública pelos próprios moradores, que se mudaram para hotéis da região, oferecidos pela prefeitura. Assegurada a moradia, bem como a alimentação em restaurante popular, criou-se oportunidades de trabalho com pagamento semanal, sem a exigência da abstinência às drogas, mas possibilitando o acesso ao tratamento integral da saúde e da dependência quando assim desejado. Para além da garantia de um pacote de direitos básicos, o programa De Braços Abertos aponta para um inédito viável, onde é possível constituir sujeitos coletivos, incluídos na economia local, capazes de poupar, planejar e projetar, capazes de estabelecer poder de contratualidade e com isso superar situações de marginalização. A suspensão do foco na abstinência às drogas para o sujeito dotado de cidadania e poder contratual estimulou a redução ou mesmo a interrupção do consumo de

² São mais de 56.000 mortes violentas por ano, o que coloca o Brasil no primeiro lugar em números absolutos de homicídios por ano. Estima-se que 50% dessas mortes são relacionadas à guerra às drogas. O Brasil é também o terceiro país com o maior número de encarceramento de pessoas no mundo, sendo pelo menos 30% destas prisões relacionadas às drogas. Os dados apontam para a necessidade de mudanças das políticas de drogas no país, através de uma política nacional que rompa com a proibição (no lugar do cuidado à saúde) como estratégia prioritária (INSTITUTO IGARAPÉ, 2015).

drogas por muitos dos participantes do programa (FIOCRUZ, 2014).

O programa paulista De Braços Abertos não é a única experiência que se contrapõe às estratégias desatualizadas implementadas em âmbito nacional. Mais de vinte experiências políticas inovadoras implementadas no Brasil foram identificadas pelo Instituto IGARAPÉ (2015), políticas estas que lidam com prevenção, redução de danos, acolhimento, reinserção social e articulação política no entorno do debate da mudança da legislação nacional sobre drogas, em oposição às políticas repressivas afeitas ao velho paradigma proibicionista.

Dentre estas experiências contemporâneas, ressaltam-se: o projeto Atitude, desenvolvido no Estado de Pernambuco iniciada em 2011, que acolhe usuários de drogas expostos à violência e exclusão através da articulação de centros de acolhimento e apoio e às práticas orientadas pela redução de danos; o Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas da Bahia (CETAD), vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFBA) e inaugurado desde 1985, mantendo desde então estratégias pioneiras como o Ponto de Cidadania, o Projeto Pontos Móveis, o Coletivo Balance e Consultório de Rua, este último criado em 1999 e em 2010 influenciando a construção da política pública nacional Consultórios na Rua; o Centro de Convivência “é de Lei”, prática pioneira da sociedade civil no âmbito da redução de danos, desenvolvida em São Paulo; o projeto Segunda Chance, desenvolvido na cidade do Rio de Janeiro e São Paulo pela ONG AfroReggae, que objetiva ampliar a inserção no trabalho de egressos do sistema penitenciário; a Rede Pense Livre, coordenada pelo Instituto Igarapé, formada por líderes e pesquisadores que buscam fomentar o debate público sobre a política nacional de drogas; dentre outras experiências (INSTITUTO IGARAPÉ, 2015).

As práticas profissionais de cuidado à saúde são atravessadas por uma diversidade de políticas públicas que versam sobre a assistência em saúde mental e sobre o uso e a circulação de drogas no Brasil. Ressaltam-se a Lei nº 10.216/2001, que institui a política de saúde mental, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas em 2003, a Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 2005 e a Lei nº 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas. Cabe destacar o Decreto nº 7.179/2010, que implementa o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, e o programa “Crack, é Possível Vencer”, formulado no contexto do Plano Integrado.

Deve-se salientar as críticas de Volcov e Vasconcellos (2013) ao programa “Crack, é Possível Vencer” e à abordagem da problemática do uso em suas peças publicitárias. Se por um lado a imprensa brasileira ressalta o usuário como dependente que requer um controle exterior e normativo, como doente mental, ou sem força de caráter e moralmente condenável, o programa entende que a problemática do uso pode ser solucionada com a adesão de hábitos

saudáveis, como exercício da força de vontade por uma vivência tranquila e limpa. A “limpeza do outro”, no entanto, se apresenta como a limpeza do estranho, do diferente e perigoso, que coloca em risco o ordenamento social.

No cenário contemporâneo, nota-se um aumento na produção de discursos sobre as drogas. São discursos de diferentes instituições como a medicina, a polícia, a justiça e a imprensa, que atendem à produção de verdade sobre o usuário de crack, tecendo novas realidades. Essas realidades não atendem apenas os anseios de exclusão e contenção de desvios, mas se caracterizam por um efeito produtor: a associação entre droga, criminalidade e doença funcionam como álibi para o recrudescimento do controle na sociedade, através da gestão do controle de populações pauperizadas pelo sistema carcerário ou pelo sistema de saúde (CHEIBUB, 2006).

Esses discursos que associam a droga à criminalidade e à doença são reproduzidos pelos meios de comunicação, resultando no fenômeno conhecido como midiaticização do crack. É através da mídia que se tem colocado em pauta o uso das drogas como problema de segurança ou de saúde pública (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013; ROMANINI; ROSO, 2014). Alguns autores mencionam que a mídia brasileira veicula informações contraditórias sobre as drogas, amparadas na cisão “drogas lícitas” e “drogas ilícitas”. Enquanto o crack é abordado em relação ao tráfico e à manutenção do perigo e da violência, o álcool é alvo de sofisticadas propagandas de estímulo, incorporadas no imaginário social, influenciando na formação de atitudes e crenças positivas sobre o assunto (RONZANI et al., 2009; NOTO et al., 2003). Os discursos sobre o tema na mídia expressam relações que entrelaçam a loucura e o uso de crack, reproduzindo e legitimando as práticas de internação involuntária e de estigma ao usuário (WURDIG; MOTTA, 2014).

Nesse panorama, a Atenção Básica se apresenta como importante contexto para que se possa avançar na desinstitucionalização de pessoas em situação de sofrimento psíquico, através do combate ao estigma e do cuidado em liberdade. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b), a saúde mental não se dissocia da saúde geral, de modo que cabe às Equipes de Saúde da Família prover cuidados em saúde mental no território, considerando as dimensões da subjetividade e das singularidades presentes nas queixas daqueles que chegam aos serviços de saúde, por meio do trabalho articulado da equipe multiprofissional. Nesse sentido, a reestruturação da assistência à saúde mental exige articulação de forma hierarquizada e regionalizada com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), estratégia ordenadora da atenção primária à saúde no SUS (CORREIA et al., 2011).

No entanto, profissionais da atenção básica e usuários dos serviços de saúde se deparam

cotidianamente com o risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental, através do intenso recurso à medicalização e dos encaminhamentos desimplicados. Além disso, observa-se a ausência de uniformidade das ações de saúde mental desenvolvidas na atenção básica, concepções culpabilizantes do usuário e seu grupo familiar e ações centradas no enquadre clínico tradicional. Assim, aponta-se para a necessidade de formação continuada em saúde mental, favorecendo a resolutividade da Atenção Básica nos contextos de atuação, pautados em acolhimento e vínculo (VECCHIA; MARTINS, 2009). Contudo, cabe acrescentar que a atenção aos usuários de crack e outras drogas exige que os profissionais de saúde da família se posicionem criticamente frente ao campanhismo anticrack e que proponham estratégias de cuidado que considerem as múltiplas determinações do uso prejudicial de substâncias psicoativas.

O campanhismo anticrack é subsidiado nas conceituações psicológicas de desestrutura familiar e perda das referências parentais, e se ampara nas neurociências, que reivindicam a fatalidade da alteração cerebral, à iminência da morte, às heranças genéticas e ao déficit cognitivo (CUNDA; SILVA, 2014)³. No entanto, o perfil da atenção dos profissionais de saúde mental e da atenção básica podem não corresponder apenas ao discurso oficial, uma vez que se apropriam também de outros discursos, através das experiências individuais, das trajetórias profissionais e dos discursos das notícias que a mídia noticia sobre o crack, associando o terror à droga e cristalizando “a pedra como causadora dos descaminhos sociais e a afirmação da dependência química como pilar fundamental da vida marginal” (CUNDA; SILVA, 2014, p. 248).

Vivemos em uma sociedade midiaticizada, onde a experiência humana é ressignificada por tecnologias e processos comunicacionais. Assim como a vida, as políticas são mediadas pelas interações realizadas no campo da mídia, que regula a produção de bens simbólicos. As notícias produzidas e veiculadas pelos meios de comunicação não apenas levam a informação de um ponto a outro, mas constroem a realidade social e modificam a percepção de mundo. As mídias afetam as práticas sociais, mediam discursos e afetam as interações; se espalha capilarizado no tecido social e constitui uma cultura midiaticizada que constrói subjetividades (FAUSTO NETO, 2008; BARROS, 2012).

Portanto, considerando-se a importância da midiaticização da cultura, coloca-se como

³ A discussão no entorno da fatalidade do uso é um bom exemplo do campanhismo anticrack. A Pesquisa Nacional Sobre o Uso do Crack aponta que o tempo médio de uso de crack e/ou similares nas capitais foi de 91,32 meses, o que corresponde a aproximadamente 8 anos de uso. Os pesquisadores concluem que “este achado [...] contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack e/ou similares teriam sobrevida inferior a 3 anos de consumo” (FIOCRUZ, 2014, p. 59).

desafio o estudo da influência da mídia nos discursos e práticas das Equipes de Saúde da Família ao se apropriarem dos bens simbólicos sobre as políticas de drogas produzidos e divulgados pelos meios de comunicação.

Este problema parte da premissa de que a Equipe de Saúde da Família, responsável pelo cuidado ao usuário de crack, não deve ser reduzida à noção de receptora das mensagens veiculadas pelos veículos de comunicação, porque tal categoria não representa a complexidade dos fenômenos comunicativos. A compreensão de um enunciado envolve uma atitude responsiva ativa, fornecendo significação aos discursos recebidos, seja concordando, discordando parcialmente, adaptando, completando, etc. (BAKHTIN, 2006). Logo, as intervenções em saúde mental são ações humanas permeadas e construídas por atos comunicativos (CORRÊA; RIBEIRO, 2012). Desta forma, não se deve considerar apenas a maneira com que as mensagens são produzidas e transmitidas, mas também e principalmente como as formas simbólicas são apropriadas e mobilizadas, tornando-se parte da vida cotidiana das pessoas (THOMPSON, 2009).

As políticas públicas não são apartadas do contexto sócio-histórico de sua produção e de sua apropriação. Nesse sentido, as transformações ocorridas nas políticas de drogas foram em parte pautadas pela mediação do crack enquanto problema de segurança ou de saúde pública.

Igualmente, a pesquisa parte do pressuposto de que os discursos e as ações de cuidado aos usuários de crack e outras drogas ofertados pelos profissionais que integram as Equipes da Saúde da Família são atravessados pela mediação do crack, posto que esses profissionais têm acesso aos bens simbólicos produzidos e circulados não apenas pelos documentos oficiais do Ministério da Saúde, mas também pelos símbolos veiculados pela indústria da mídia, que comumente aborda o usuário crack em sua relação com o tráfico, a violência, a loucura e a degenerescência moral, legitimando discursos reprodutores de estigma e reiterando práticas de internação involuntária.

Acredita-se que a maneira com que ocorre a apropriação dos produtos da comunicação sobre o crack podem ou não resultar em interpretações acríticas das construções simbólicas veiculadas, contribuindo para práticas assistenciais verticais, descontextualizadas do universo social, político e histórico das pessoas que fazem uso de crack. Alicerçadas no paradigma proibicionista de “guerra às drogas”, esse fazer reduziria o cuidado ao viés moral, individual e culpabilizador da condição de usuário, dissociando-se da diversidade das trajetórias de vida e de seu potencial de reconstrução de vida e sentido.

Observa-se a existência de produção científica que se dedica ao estudo de como os

usuários de crack se apropriam dos símbolos produzidos pela mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” (ROMANINI; ROSO, 2014). Igualmente, encontram-se pesquisas que tomam por objeto as condições de produção das notícias da mídia impressa brasileira sobre o crack e as políticas de drogas (CHAGAS; SEEGER, 2013; NOTO, 2003; RONZANI, 2009; ROSO, 2013; SANTOS; NETO; SOUSA, 2012). Entretanto, permanece como lacuna do conhecimento o estudo da apropriação das formas simbólicas sobre as políticas de drogas entre os profissionais da Atenção Básica, responsáveis pela atenção integral à saúde e delineamento de modos de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas.

Deste modo, espera-se que a presente pesquisa contribua para elucidar quais os significados que os profissionais que se responsabilizam pelo cuidado aos usuários de crack conferem às notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” veiculadas pela mídia impressa nacional, bem como os sentidos dos profissionais de saúde sobre os modos de lidar com as pessoas que fazem uso de crack. As mídias não se afetam apenas entre si, mas afetam também outras práticas sociais. As mídias consistem em processos de mediação de outros discursos, afetando outros campos e influenciando as interações (FAUSTO NETO, 2008). Discursos que associam a droga à morte, à violência e à periculosidade distanciam-se da realidade concreta dos usuários e podem coadunar com práticas assistenciais que reiteram o modelo manicomial de atenção à saúde às pessoas que possuem problemas relacionados com o consumo de SPAS.

Assim, acredita-se contribuir para a visibilidade da relação entre a apropriação das formas simbólicas, a mídia e a políticas de drogas na produção do cuidado aos usuários de crack pelos profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família.

Diante destas considerações, a pesquisa apresenta como problema: qual a influência da midiatização na interpretação dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”?

Tendo-se em vista as ponderações acima realizadas, o estudo teve por objetivo geral: analisar a midiatização na interpretação dos profissionais de saúde de uma Unidade de Saúde da Família sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”.

Como objetivos específicos, buscamos: analisar o enquadramento dos discursos da mídia em notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”; analisar os modos de apropriação dos quadros discursivos da mídia pelos profissionais de saúde; discutir a influência da mídia nos discursos e práticas dos profissionais de saúde.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Percurso das políticas sobre saúde mental e drogas no Brasil

É possível afirmar que o uso de drogas é uma prática que apresenta diferentes significados, como o de cura, crime, lazer, doença etc. Embora haja evidências do uso das drogas desde os primórdios das civilizações humanas, a preocupação política com as drogas e sua correlata normatização jurídica é relativamente recente no Brasil. O controle empreendido pelo Estado brasileiro se traduziu em políticas antidrogas e, na Era Vargas e se estabeleceu em uma legislação que punia o usuário de drogas, sob influência da política proibicionista estadunidense, centrada na ilegalidade do uso, repressão do comércio e estímulo à abstinência (TRAD, 2009; ROMANINI; ROSO, 2012).

A assistência aos loucos e aos usuários de drogas no Brasil se iniciou com a fundação do primeiro hospital psiquiátrico do país, o Hospício de Pedro II, em 1852. O modelo de atenção manicomial, desde sua origem, surge pautado no discurso da periculosidade e a política de saúde mental brasileira, durante mais de um século, esteve centrada na implementação de instituições psiquiátricas, dispositivo central deste modelo de atenção (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Sabe-se que o movimento da contracultura alterou a percepção predominante sobre as substâncias psicoativas (SPAS). Tal movimento, marcado pela crítica aos estilos de vida hegemônicos e à organização social provida pela sociedade industrial, no entanto, acompanhou diferentes formas de perceber o fenômeno das drogas: entre os jovens, o enaltecimento do prazer e entre a sociedade civil, a associação entre o comportamento rebelde juvenil e o consumo de drogas. No Brasil, a redemocratização e as discussões no entorno da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) contribuíram para a emergência de novos discursos que se contrapunham ao paradigma proibicionista. Por outro lado, crescia a intervenção do Estado quanto ao uso, guarda, transporte e distribuição, associando-os à delinquência e à dependência e produzindo campanhas publicitárias amparadas em discursos moralistas (LINS, 2009; TRAD, 2009).

A experiência antimanicomial de Franco Basaglia no Hospital Psiquiátrico de Gorizia e em Trieste (BASAGLIA, 1985), bem como no ideário da Psiquiatria Democrática Italiana, o protagonismo do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), a experiência da Intervenção na Casa de Saúde Anchieta e o NAPS em Santos e o surgimento do CAPS Luiz Cerqueira, primeiro CAPS no Brasil em 1987, o Movimento da Luta Antimanicomial na década

de 1990 (PITTA, 2011; LANCETTI, 2008), aliados à repercussão nacional através das notícias jornalísticas sobre os efeitos iatrogênicos das práticas manicomiais (ARBEX, 2013), somaram-se ao Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que só após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional conseguiu a aprovação de um projeto substitutivo (BRASIL, 2005). A Lei nº 10.216/2001, marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), preconiza os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária (BRASIL, 2001). No entanto, a lei ainda possibilita diferentes modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória), mantendo essas práticas quando “os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”.

Outros marcos teóricos e políticos importantes do cenário nacional para a RPB foram a 8ª Conferência Nacional em Saúde, em 1987, a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 e a 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001. No cenário internacional, em 1990, houve a Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, realizada em Caracas. Na Declaração de Caracas, documento do qual o Brasil foi também signatário, o país comprometeu-se em revisar a centralidade conferida ao hospital psiquiátrico, respeitar os direitos civis e a dignidade da pessoa humana, garantidas através da permanência do usuário no seio comunitário (HIRDES, 2009).

Os acontecimentos que marcaram a trajetória da RPB, para além da proposição da extinção progressiva do modelo psiquiátrico clássico e de sua substituição por outras modalidades assistenciais e de cuidado, estabeleceu a crítica à indústria da loucura e do confinamento, enfrentando a resistência do empresariado através da lógica da desinstitucionalização. Deste modo, essa noção já não significa a administração de serviços extra-hospitalares, o que seria reduzi-la à desospitalização (dimensão técnica). Trata-se de desconstrução (dimensão ética), superação do modelo de doença como falta ou erro, buscando ocupar-se do sujeito em sua experiência-sofrimento e em relação às suas condições concretas de sua existência, de modo a produzir possibilidades reais de socialização e exercício da cidadania (AMARANTE, 1995; PITTA, 2011).

Nesse sentido, cabe aqui resgatar que o conceito de desinstitucionalização não se reduz à desospitalização, porque este último está marcado pela mera definição de medidas administrativas que resultam em alternativas comunitárias de tratamento às pessoas em sofrimento. Desinstitucionalização também não significa desassistência, que não propõe a concreta substituição do modelo asilar por modalidades territoriais de atenção e cuidado. A desinstitucionalização entendida como desconstrução envolve a crítica epistemológica da cultura médica hospitalocêntrica, medicalizante, exclusivamente técnico-científica e, enfim,

põe em questão a própria construção do saber e das práticas psiquiátricas manicomiais (AMARANTE, 1996).

Enquanto principal estratégia que se insere no contexto da RPB, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), regulamentados pela Portaria nº 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002b), consistem em instituições destinadas ao acolhimento dos pacientes com sofrimento psíquico, objetivando estimular sua integração social e familiar. Por sua vez, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPSad) visam oferecer atendimento a pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPAS. Os CAPSad buscam ofertar atendimento precoce, de modo a reduzir o estigma associado ao tratamento (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, os CAPS se inserem no sistema de saúde como dispositivos para efetivação da Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a substituição do hospital por uma rede de serviços assistenciais. A RPB envolveu as dimensões política, clínica e jurídica (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006), possibilitando o desenvolvimento da política de saúde mental, da assistência e da promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais e às pessoas que fazem uso prejudicial de SPAS, amparada na Lei nº 10.216/2001 (BRASIL, 2001). Tais acontecimentos ofertariam ao contexto nacional as condições para a oposição ao tradicional aparato de gestão da miséria social (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005; AMARAL, 1997; BARROSO; SILVA, 2011).

Em 2002, coube à SENAD, até então chamada de Secretaria Nacional Antidrogas, a missão de coordenar a Política Nacional Antidrogas, formulando diretrizes e estratégias para redução da demanda e oferta de drogas através da integração de políticas públicas e descentralização das ações em nível municipal. Contudo, desde 1998, sob influência da política proibicionista estabelecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) no plano internacional, o Presidente Fernando Henrique Cardoso já havia subordinado a SENAD ao Gabinete Militar da presidência da república, apontando para a compreensão política do fenômeno das drogas como problema de segurança nacional (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Em 2003, o Ministério da Saúde constatou que a ausência de cuidados àqueles que possuem acesso desigual aos serviços de saúde exigiriam prosseguir com as reformas do modelo assistencial. Nesse sentido, situando o uso de SPAS como problema de saúde pública, o Ministério da Saúde apresenta sua Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Esta política apresentou como marco teórico-político a transversalização entre os campos da clínica e da Saúde Coletiva, ressaltando-se a contribuição de ambas para a compreensão das drogas e seus contextos; a defesa da vida enquanto compromisso ético; e a

abordagem da redução de danos⁴, de modo a amparar o tratamento na perspectiva da co-responsabilidade e do vínculo (BRASIL, 2003).

Cabe mencionar que as práticas profissionais desenvolvidas no contexto da política de saúde mental não são necessariamente guiadas pelos princípios presentes na Lei nº 10.216/2001 ou norteadas pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Tais práticas são fundamentalmente guiadas pela política do medo desencadeada pela midiaticização do crack, legitimando investimentos em leitos psiquiátricos, comunidades terapêuticas e campanhas publicitárias (CUNDA; SILVA, 2014).

Houve o realinhamento de uma nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) em 23 de maio de 2005, além da promulgação da Lei nº 11.343/2006, conhecida como Lei de Drogas. Esta lei institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), prescreve medidas para o “uso indevido” e estabelece normas para repressão à produção e ao tráfico (BRASIL, 2006). Sem dúvida, houve avanços com a prescrição de projeto terapêutico individualizado com acompanhamento via equipe multidisciplinar, com vistas à reinserção social do usuário e seus familiares, baseando-se no respeito aos direitos fundamentais. Porém, deve-se considerar que esse usuário também será submetido à pena, seja de advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa.

Ademais, a distinção legal entre usuário e dependente na Lei nº 11.343/2006 instaura uma querela onde o dependente passa a ser compreendido pela ótica do descontrole sobre o uso, alguém incapaz de exercer poder sobre si mesmo ante a “sedução da droga”. Assim, realocou-se a problemática em um ordenamento moral que reiterou as práticas de internação, reproduzindo a ordem social através do estigma produzido por aquilo que Goffman (2015) definiu como “carreira de doente mental”.

Em 2010, frente ao avanço do tráfico de drogas e as relações complexas mantidas entre consumo de crack e situações de risco, foi lançado em 20 de maio de 2010 o Decreto nº 7.179, que implementa o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, de modo a estimular ações para abarcar o problema de forma intersetorial. O Decreto nº 7.179/2010 formaliza a passagem da preocupação política do consumo do álcool para o crack na esfera dos governos, secundarizando a primeira droga em detrimento da segunda (BRASIL, 2010).

⁴ Redução de danos (RD) consiste em um conjunto de estratégias desenvolvidas por e para pessoas que não conseguem ou não querem parar de consumir drogas, buscando assim reduzir as consequências prejudiciais decorrentes ao uso. O conceito mais abrangente de RD implica compreendê-la como políticas de saúde pública que objetivam prevenir danos antes de sua ocorrência, objetivando o resgate da cidadania e reinserção social de sujeitos historicamente marginalizados através de estratégias diversas que implicam em vínculo, respeito à alteridade e valorização da subjetividade dos usuários (CONTE et al., 2004).

Diante da permanência das lacunas assistenciais às pessoas que fazem uso prejudicial de SPAS, em 30 de junho de 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publica uma Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 29/2011, que estabelece requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de SPAS, em regime de residência (ANVISA, 2011). Assim, como produto da pressão política exercida pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), Federação Evangélica do Brasil (FETEB), dentre outras instituições junto ao Governo Federal, a ANVISA passa a regular as comunidades terapêuticas, instituições não governamentais de caráter residencial transitório, por até nove meses, para adultos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2013c).

Em tese, as Comunidades Terapêuticas atuariam de forma articulada junto aos demais pontos de atenção da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na operacionalização das condutas terapêuticas, intituladas Projetos Terapêuticos Singulares (PTS). No entanto, as CT, além de não se enquadrarem nas diretrizes institucionais do SUS (MOREIRA et al., 2015), reproduzem a lógica do enclausuramento, sendo consideradas pelo movimento da RPB como instituições asilares e manicomiais a serem progressivamente substituídas. Na prática, consistem em “fazendas de tratamento” da dependência do álcool e outras drogas, geralmente de caráter religioso que, com o intuito de adquirir legitimidade social, se apropriou do conceito original de Comunidade Terapêutica tal qual proposto pela experiência do Maxwell Jones. Jones propôs a horizontalidade das relações como princípio, a livre expressão de sentimentos e a ruptura com a hierarquização estabelecida entre técnicos, familiares e pacientes nas atividades terapêuticas desenvolvidas (AMARANTE, 2007; PITTA, 2011; COSTA, 2015). O Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID) aponta que hoje existem mais de 1.800 CT em funcionamento no Brasil, embora apenas 370 sejam reconhecidas pelo Governo Federal, através do programa “Crack, é Possível Vencer”.

Para a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), as tentativas de regulamentação das CT no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) visa aprofundar a presença destes dispositivos na rede SUS através da ampliação e fortalecimento destes por meio de maiores financiamentos públicos, o que contraria as resoluções da 14ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) e 4ª Conferência Nacional de Saúde Mental, que se posicionaram contrárias ao financiamento público dessas instituições privadas.

A RAPS foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Portaria MS nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011, com vistas a ampliar e promover o acesso dos usuários

de crack, álcool e outras drogas aos serviços de saúde através da articulação e integração dos pontos de atenção da rede no território. Deste modo, compreendem-se como componentes e pontos de atenção da RAPS a Atenção Primária, a Atenção Psicossocial Especializada, a Atenção de Urgência e Emergência, a Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização a exemplo dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e o programa De Volta para Casa, a Atenção Residencial de Caráter Transitório e, por fim, as iniciativas de Reabilitação Psicossocial da RAPS, a exemplo das iniciativas de geração de trabalho e renda (BRASIL, 2011). No entanto, essa rede vem sendo construída no Brasil de modo não linear, assimétrico e ainda enfrentando muitas resistências (PITTA, 2011).

Com o objetivo de fortalecimento do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, em dezembro de 2011 é lançado, durante o governo Dilma, o programa “Crack, é Possível Vencer”, propondo ações nos eixos prevenção, cuidado e autoridade. Esse programa objetiva ampliar as atividades preventivas por meio de informação e capacitação dos segmentos sociais que de algum modo desenvolvem ações relacionadas ao tema (líderes comunitários e religiosos, profissionais de saúde, segurança e assistência social); aumento da oferta dos tratamentos de saúde aos usuários de SPAS e seus familiares; enfrentamento do crack e do tráfico de drogas. Trata-se de um programa intersetorial que reúne os Ministérios da Justiça, Saúde, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e Educação (BRASIL, 2013a) e que destinou o montante de treze milhões de reais para campanhas publicitárias (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013).

As políticas de drogas no Brasil refletiram discursos higienistas que, no caso do crack, refletiu-se em 2012 na institucionalização de práticas de sequestro através da retirada forçada dos usuários das ruas dos centros urbanos. Trataram-se de iniciativas veiculadas pela mídia que ganharam a adesão de parcelas da população, como resultado da associação entre os saberes médico e jurídico (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014).

Muito embora as iniciativas legais tenham impulsionado em grande parte os avanços da RPB (tendo a Lei nº 10.216 como exemplo emblemático), deve-se salientar a permanência de antigos e o surgimento de novos impasses para a gestão da rede de atenção à saúde mental: aumento da demanda em saúde mental, especialmente casos de uso prejudicial de álcool e outras drogas, insuficiência de recursos para os serviços substitutivos, diminuição insuficiente de gastos com internação psiquiátrica e fragilidade com a qualificação do cuidado e com a formação dos profissionais de saúde mental (HIRDES, 2009; PITTA, 2011).

A despeito da reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil, para alguns, o movimento da RPB venha apresentando sinais de exaustão (PITTA, 2011). Para

Hirdes (2009), a RPB intercala períodos de intensificação da discussão e de surgimento de novos programas com períodos marcados pela lentificação da reforma. Observa-se que dispositivos como os CAPS enfrentam o risco de perder a dimensão de “lugar de passagem”, efetuando práticas institucionalizantes. Igualmente, os projetos de reforma não são homogêneos, as práticas são executadas conforme as concepções teóricas dos trabalhadores de saúde mental (HIRDES, 2009) e os serviços contam com atuações híbridas, ao mesmo tempo reformistas e manicomiais (CUNDA; SILVA, 2014). Ademais, apresenta-se o desafio de lidar com os “desejos de manicômio” que atravessam o tecido social e que podem se alojar nos serviços substitutivos, através de concepções e práticas que expressam desejos de dominar, classificar e hierarquizar, aprisionando a experiência da loucura (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006).

O percurso histórico das políticas de drogas evidencia a existência de dois modelos ou paradigmas na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no Brasil: o modelo manicomial e o psicossocial (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). O modelo manicomial surge no século XVII com chamada “Grande Internação”, encarregado de exercer a correção e a segregação de segmentos pauperizados e marginalizados. Neste modelo, o louco é tido como doente e potencialmente perigoso e sua terapêutica requer o isolamento do convívio social. O médico, considerado o principal agente e o hospital, instrumento terapêutico e de cura (TORRE; AMARANTE, 2001). Em oposição, o modelo psicossocial tem como mote a defesa da vida, o respeito à diferença e o direito à dignidade. Assim, não se trata de categorizar os sujeitos em uma nosografia, mas em tomar como objeto a existência-sofrimento do sujeito em sua relação com o entorno social (BASAGLIA, 1985). A desinstitucionalização não se reduz a destruição dos muros dos manicômios, mas a negação das instituições: práticas de exclusão dos que não obedecem à lógica do ordenamento social (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). As diferenças entre o modelo de atenção psicossocial e o modelo manicomial encontram-se esquematizadas no Quadro 1.

As contradições entre as diferentes políticas apontam para embates ideológicos entre as propostas e seus respectivos projetos de sociedade que, simultaneamente preconizam o proibicionismo (busca incessante pela utopia da “sociedade livre de drogas”) e que reconhecem as práticas de redução de danos e de defesa da vida como estratégias e princípios relevantes para a promoção da saúde (MEDINA; NERY FILHO; FLACH, 2014). Assim, observa-se que o percurso histórico das políticas de saúde mental e de drogas no Brasil denota o atravessamento de diferentes atores sociais e interesses políticos, jogos de força que conduzem a impasses, resistências e entraves no desenvolvimento de estratégias e tecnologias de cuidado às pessoas

que fazem uso prejudicial de SPAS, salientando a natureza heterogênea e contraditória da implementação da RPB.

Quadro 1 - Modelos de atenção à saúde na abordagem dos problemas relacionados com o consumo de SPAS

Características	Modelo manicomial	Modelo de atenção psicossocial
Discursos	Periculosidade; doença; abstinência (reconhecimento da “fraqueza” diante da droga).	Respeito à diferença; defesa da vida e da dignidade; redução de danos; crítica ao duplo da doença mental (estigmas, juízos e valores produzidos pela noção da loucura como doença).
Princípios	Institucionalização; isolamento; tutela	Desinstitucionalização; liberdade; autonomia; cidadania; trabalho afetivo; trabalho vivo; contratualidade; <i>recovery</i> ; interdisciplinaridade; intersetorialidade.
Objeto	Doença.	Sujeito; família; comunidade; território; doença mental entre parênteses (questionamento da função ideológica da loucura enquanto doença mental).
Representação do indivíduo	Conjunto de sinais e sintomas; destituído de razão e vontade pelas afecções orgânicas ou psíquicas; sujeito entre parênteses (separação da doença da existência concreta dos sujeitos e do corpo social).	Ser social, dotado de biografia e projeto de vida; sujeito de direitos; protagonista; existência-sofrimento de um corpo em relação ao entorno social.
Objetivo	Remissão dos sintomas	Reabilitação psicossocial; construção de um novo lugar social para as pessoas em sofrimento mental.
Agentes	Médicos/psiquiatras	Usuários; familiares; profissionais que integram a RAPS; atores sociais, políticos e comunitários; dispositivos da rede intersetorial.
Práticas	Clínica médica; Isolamento e medicalização como terapêuticas; “humanização” do hospital; referência e contra-referência; práticas discursivas de normatização do ordenamento social.	Clínica ampliada; peripatética; técnico de referência; atenção domiciliar; acompanhamento terapêutico no território; apoio matricial; assembleias; grupos de familiares; oficinas terapêuticas; estratégias culturais, sociais e políticas diversas de residencialidade e desinstitucionalização.
Modo de funcionamento	Sem base territorial, ênfase no espaço interno dos serviços; função normativa.	Serviços substitutivos de base territorial; articulação de estratégias inventivas de sociabilidade.
Dispositivos	Hospital psiquiátrico	Rede de atenção psicossocial

Fonte: adaptado de MEDINA; NERY FILHO; FLACH (2014); AMARANTE (1996); AMARANTE (2007); LANCETTI (2008).

2.2 Mídia e midiatização do crack

Buscando-se identificar a produção científica sobre o fenômeno da midiatização do crack, foi realizada uma revisão sistemática das publicações presentes em revistas e periódicos brasileiros indexados nas bases de dados vinculadas à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). A BVS indexa as principais bases de dados nacionais e internacionais em saúde, incluindo bases

como LILACS, MEDLINE e SciELO, de modo a viabilizar a sistematização da produção.

Procedeu-se em 28 de maio de 2015 a uma busca na base online de artigos da BVS utilizando-se os descritores “crack” *and* “mídia”, “crack” *and* “mídia”, “crack” *and* “mídia”, “crack” *and* “imprensa”. Foi estabelecido como critério de inclusão: texto completo disponível e publicações brasileiras, de modo a privilegiar artigos que abordem o fenômeno da midiatização do crack no contexto do país considerando suas especificidades socioculturais. No entanto, a busca não se restringiu aos periódicos nacionais, de modo a identificar artigos resultantes de pesquisas brasileiras publicadas em periódicos estrangeiros e/ou indexados em bases de dados internacionais. Foram encontradas quatorze referências na busca pelos descritores “crack” *and* “mídia”, cinco referências buscando-se por “crack” *and* “imprensa” e apenas três referências buscando-se pelos descritores “crack” *and* “mídia”. Subtraindo-se os artigos repetidos na busca devido à indexação destes em diferentes bases de dados, restaram apenas dez artigos. Realizou-se uma leitura preliminar dos resumos, de modo a constatar a pertinência destes à temática proposta. Em seguida, empreendeu-se a leitura dos artigos e a síntese dos mesmos, apresentada abaixo.

Santos, Neto e Sousa (2012) analisaram as representações sociais sobre o crack veiculadas em 283 matérias em dois jornais pernambucanos. Os dados, analisados por meio do software Alceste e pela análise de conteúdo, evidenciaram que os discursos jornalísticos associam o uso da droga ao narcotráfico, representam os usuários pela sua fragilidade e descontrole, naturalizam o usuário como violento e legitimam intervenções penais e/ou terapêuticas compulsórias.

Nappo, Sanchez e Ribeiro (2012) relatam que a produção bibliográfica sobre o crack no Brasil se concentrou em enfatizá-la enquanto problema de saúde pública, mencionando os aspectos relacionados aos danos sociais, envolvimento com atividades ilícitas e homicídios, prostituição e sexo desprotegido com múltiplos parceiros, resultando em infecções por HIV. Essa produção corrobora com os discursos veiculados pela mídia e pelo governo federal sobre uma “epidemia de crack” no Brasil. Com o objetivo de contribuir para a desconstrução dessa formação discursiva, os autores realizaram um estudo epidemiológico de corte transversal, realizado em 2010, com uma amostra probabilística com estudantes brasileiros do ensino médio e fundamental das 27 capitais, recolhendo 50.890 questionários, comparados ao levantamento nacional realizado em 2004. Os achados não corroboraram com a “epidemia de crack”: apenas 0,6% (n=286) dos estudantes fizeram uso de crack na vida. Não foi constatada nenhuma mudança no consumo desta droga entre 2004 e 2010.

Através da análise categorial temática, Romanini e Roso (2012) examinaram a ideologia

subjacente a uma série de notícias intituladas “A Epidemia do Crack” em um jornal do Rio Grande do Sul. As notícias são uníssonas em identificar como raiz do problema a Reforma Psiquiátrica e a falta de leitos como consequência. Os autores notaram a adoção de diferentes estratégias ideológicas nas notícias: naturalização do crack como avassalador, violento e viciante (“craving”), a dissimulação do papel da rede substitutiva, eufemização dos hospitais psiquiátricos, o expurgo do outro (usuário) e a substância como inimigo público, favorecendo a política da repressão em detrimento das políticas de prevenção e promoção da saúde.

Roso et al. (2013) empreenderam a análise quantitativa das formas simbólicas sobre o crack veiculadas em dois jornais de grande circulação no estado do Rio Grande do Sul. Entre julho de 2008 e novembro de 2009, foram publicados 138 textos sobre crack. Dentre os resultados encontrados, cabe ressaltar que quase metade das notícias contém imagens no corpo do texto (41,3%), sobretudo imagens de usuários adultos, crianças ou adolescentes (17,3%) ou imagens da droga (8,0%). Outras imagens frequentes se referem aos profissionais, especialistas e autoridades (5,0%) e ações policiais (2,9%), denotando discursos que circulam no entorno dos paradigmas médico e/ou jurídico. Observa-se nos textos constante assimetria entre o aparato repressivo e os usuários de drogas. O estudo identifica importantes elementos no discurso midiático, como a ênfase na repressão, associação entre crack e violência, bem como parcialidade e pessoalidade nas notícias veiculadas.

Chagas e Seeger (2013) investigaram a produção discursiva sobre o crack na mídia impressa, utilizando o referencial teórico-metodológico da Hermenêutica de Profundidade, análise do discurso e semiótica. Deste modo, buscou-se compreender os efeitos de sentido do crack no material jornalístico (editoriais) apoiados na campanha “crack, nem pensar”, lançada em 2009. Busca identificar as formas de organização da narrativa em três níveis: nível fundamental, mais simples e abstrato; narrativo, onde se organizam os valores da narrativa; e discursivo, onde a organização da narrativa se transforma em discurso e a narração é assumida por um sujeito da enunciação. No primeiro nível, observa-se que os sentidos construídos se fundam na oposição vida *versus* morte, onde a aproximação do sujeito à droga é tida como valor negativo e seu distanciamento como positivo: “(...) droga do crack, que é um dos nomes para sofrimento, degradação e morte” (editorial 1). No nível narrativo, o destinador (grupo jornalístico) confere ao sujeito da narrativa um dever: não deve se envolver com, experimentar ou pensar no crack. A “saída” é restrita ao não envolvimento. No nível discursivo, observa-se que há um narrador que narra na terceira pessoa: “a tarefa de deter a epidemia...”, “o encontro de especialistas...”, “essa corrente assassina...”, “o usuário perde tudo...”, “começam roubando da própria família...” caracterizam um relação eu / tu, onde os verbos imperativos apresentam

pretensões hegemônicas com status de verdade (“essa droga que se expande no país de maneira assustadora...”), utilizados pelo enunciador para persuadir o enunciatário sobre valores morais, ideológicos, informativos etc.

Romanini e Roso (2013a) se propuseram analisar como os usuários de crack, inseridos em um CAPSad, percebem as formas simbólicas veiculadas por uma campanha televisiva intitulada “crack, nem pensar”. A pesquisa encontrou legitimidade na valorização dos saberes dos usuários e, através da proposta de encontros dialógicos, buscou identificar como tais saberes são destituídos quando confrontados com o discurso midiático sobre o usuário de crack. Os autores utilizaram as categorias analíticas provenientes da Psicologia Social Crítica e da Hermenêutica da Profundidade para propor a discussão sobre mercado e consumo alienante e, em seguida, discutem a família enquanto aparelho ideológico do Estado. Na primeira discussão, propuseram a compreensão do capitalismo não apenas como sistema econômico, mas cultural: os consumidores falhos, impossibilitados de inserção no ideal de modernidade, são tidos como desnecessários, dejetos ou refugos humanos. Na segunda, é debatida a transformação da família contemporânea como responsável pela crise da instituição burguesa, sobretudo refletindo na educação dos jovens. Assim, são legitimados discursos sobre as “famílias desestruturadas”, “codependentes”, gerando sentimento de culpa em usuários e familiares. Nota-se que os usuários que se posicionam criticamente em relação à campanha midiática são os mesmos que naturalizam os discursos em relação à família.

Romanini e Roso (2013b) também investigaram as políticas direcionadas ao uso e ao usuário de drogas no Brasil, enfatizando o proibicionismo inerente à campanha de “guerras às drogas” surgida no governo Nixon e, no cenário nacional, através de políticas e discursos que apresentam os ideários jurídico-institucional (o uso como problema penal) e referente à saúde (o uso como doença). Para além do discurso oficial representado pela Política Nacional de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas, nota-se que ambos os ideários, reforçados pela abordagem midiática, disputam o sujeito como objeto de conhecimento e de luta ideológica, porém marginalizado do debate e definido pela animalidade e degenerescência, justificando sua reclusão em hospitais e prisões.

Em outro artigo publicado por Romanini e Roso (2014), oriundo da mesma pesquisa, são analisadas as experiências dos usuários de crack sobre seu próprio corpo, suas sensações, suas marcas e histórias relacionadas ao uso da droga. Foram realizados grupos focais e observação participante em um CAPSad do Rio Grande do Sul. Os resultados da pesquisa apontam que o corpo é alvo de categorizações e estigmas intensificados pela mídia através das mensagens de culpa e responsabilidade individual; que os discursos dos usuários reproduzem

relações de dominação entre homem e mulher; e que os usuários assumem um posicionamento crítico ante os discursos hegemônicos veiculados cotidianamente na mídia.

Semelhante ao estudo de Romanini e Roso (2014), Neto e Santos (2014) analisaram a construção da imagem do usuário de crack através de entrevistas semiestruturadas com quatorze usuários de crack na região metropolitana de Recife, Pernambuco. No entanto, os resultados diferem dos achados de Romanini e Roso (2014). Neto e Santos (2014) observam que, ao mesmo tempo em que se definem como vítimas pelos efeitos negativos causados pelas representações do uso e pelo estigma socialmente conferidos, os usuários tendem a descrever a si mesmos pelo descontrole do uso, como pessoas doentes e em condição contagiosa. Os indivíduos são vistos e se veem desempoderados pela droga, responsável pelo controle quase absoluto de suas ações. Nesta pesquisa, a mídia se apresenta como responsável por construir e disseminar a criminalização e a patologização de populações socioeconomicamente marginalizadas.

Cunda e Silva (2014) problematizam as articulações entre os discursos jurídico, médico e midiático no entorno do surgimento do crack nas metrópoles brasileiras. A aliança entre os saberes do juiz e do médico produz um enlace onde o código infracional e o diagnóstico médico recuperam a história da loucura no tema da dependência química e sustentam o grande internamento para os usuários de crack. Nesse cenário participam os meios de comunicação, alarmando a violência do uso e a defesa de terapêuticas compulsórias, ditas “em defesa da vida”. Enquanto donos de hospitais criticavam o fechamento de leitos psiquiátricos preconizado pela Lei da Reforma Psiquiátrica, caía em descrédito os serviços de tecnologia leve e média como os ambulatorios e os CAPS. O discurso psiquiátrico alia-se ao discurso filantropo-religioso, que exige a internação dos usuários em comunidades terapêuticas para o tratamento de uma “doença” que, paradoxalmente, é compreendida como neurologicamente irreversível e incurável. Por outro lado, a mídia produziu sentidos sobre o uso e o usuário através de programações sensacionalistas, compreendidos como “epidemia do mal”, sobretudo em páginas policiais, onde o usuário de crack é apresentado como transgressor definitivo. Sustentada na noção neuromédica de irreversibilidade, a mídia veiculou mensagens de terror e desesperança frente ao destino das famílias, dos jovens e das crianças da classe média, a serem cooptados a qualquer instante pela droga.

Através da revisão sistemática, observa-se que a produção acadêmica sobre a interface crack e mídia restringe-se a um pequeno número de artigos e de pesquisadores que se dedicam à temática no Brasil. Em sua maioria, trata-se de artigos resultantes de dissertações de mestrado ou teses de doutorado publicadas em revistas dos campos da Psicologia ou da Saúde Coletiva.

As pesquisas sobre o papel da mídia na produção de sentidos sobre o uso e/ou usuário de crack é em grande parte limitada à mídia impressa do Rio Grande do Sul. Não foram encontrados artigos que analisem os sentidos sobre o crack na mídia online.

Nota-se que os artigos identificados pela busca foram publicados a partir de 2012, apontando que a preocupação da academia com o fenômeno é recente, acompanhando o crescimento de discursos médicos, jurídicos e políticos que circulam no entorno do fenômeno. Houve unanimidade sobre os sentidos produzidos pela mídia acerca do crack, sobressaindo a ancoragem nas ideias de loucura e descontrole, violência e uso, narcotráfico e repressão, problema de saúde e de polícia. Os estudos também apresentam consonância quanto aos aspectos metodológicos, ressaltando-se a Hermenêutica de Profundidade como método para interpretação dos dados e a análise do discurso e a semiótica como estratégias de produção dos dados mais frequentemente adotadas. Poucos estudos se detiveram sobre a recepção/interpretação dos sentidos produzidos pela mídia, ressaltando-se dentre estes a investigação de Romanini e Roso (2014) sobre as experiências dos usuários no Rio Grande do Sul sobre o próprio corpo e sua relação com a produção de sentidos na mídia de massa e o estudo de Neto e Santos (2014) sobre a construção da identidade dos usuários de crack em Pernambuco no contexto das representações hegemônicas que enunciam verdades sobre a experiência de uso. Apesar das publicações do Ministério da Saúde referentes ao papel da Atenção Básica no cuidado à saúde mental, sobretudo na atenção aos usuários de SPAS, não foi possível localizar nenhum artigo que abordasse tal temática, articulada à discussão dos sentidos produzidos e circulados pela mídia sobre o consumo de crack.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 Categorias analíticas

3.1.1 A sociedade midiaticizada: produção dos bens simbólicos e os modos de apropriação

Santaella (2001) define a Comunicação como campo transdisciplinar, pois mesmo antes de sua emergência como área do conhecimento na década de 40 nos Estados Unidos, a preocupação com o seu objeto atravessava as mais diversas áreas do conhecimento das Ciências Sociais. Constituído pelo diverso, a Comunicação, enquanto saber, se fez multiplicar em diferentes arcabouços teóricos e práticas de pesquisa, que reconhecem a impossibilidade de

unificação das teorias ou de uma metodologia privilegiada para a Comunicação. Como grande área composta por territórios delimitados pelos elementos do processo comunicativo, sendo estes o território da mensagem e dos códigos, o território dos meios e modos de produção da mensagem, o território do contexto comunicacional das mensagens e o território da recepção da mensagem.

O desenvolvimento da indústria da mídia consistiu em um processo histórico que acompanhou o desenvolvimento das sociedades modernas. O surgimento e desenvolvimento da imprensa coincide com o desenvolvimento da produção capitalista e do comércio, com a luta contra o controle estatal da imprensa e o avanço do pensamento liberal. Os aperfeiçoamentos nos métodos de produção e distribuição resultou no desenvolvimento da indústria jornalística, acompanhando o crescimento da alfabetização, consolidando o mercado de anúncios comerciais e modificando a natureza e o conteúdo dos materiais veiculados pela imprensa (THOMPSON, 2009).

Segundo Thompson (2009), a comunicação de massa é compreendida como a produção e a distribuição de bens simbólicos através da transmissão e armazenamento da informação/comunicação. Dentre as características dessa modalidade de comunicação, ressaltam-se a natureza institucionalizada da produção de bens simbólicos; uma ruptura entre condições de produção e recepção dos bens simbólicos, considerando-se que esses bens são produzidos para pessoas que não se encontram fisicamente presentes no local de produção desses bens; aumento da acessibilidade das formas simbólicas no tempo/espaço; produção de bens para uma pluralidade de receptores. Com isso Thompson não afirma que os “receptores” são indivíduos que absorve passivamente os bens simbólicos e ideológicos produzidos pela indústria da mídia. Para o autor, deve-se considerar não apenas as maneiras como as mensagens são aceitas, mas também como os bens simbólicos são interpretados, compreendidos, negados ou reelaborados pelos sujeitos que compõem o campo social e integrados em suas vidas cotidianas (apropriação cotidiana dos produtos da comunicação), não se devendo reduzir o objeto de análise exclusivamente às condições de produção e circulação das mensagens.

A mediação da cultura, enquanto fenômeno eminentemente moderno, consiste em um processo do qual a transmissão das formas simbólicas se tornou mais mediada pelos aparatos técnicos e institucionais da indústria da mídia, modificando a forma com que as pessoas se relacionam. Deste modo, o conhecimento do mundo para além do contexto social imediato tornou-se mediado cada vez mais por formas simbólicas veiculadas pelos meios de comunicação (THOMPSON, 2009).

Hjarvard (2012) compreende que a mídiatização, conceito teórico que nasce da interface

entre Sociologia e os Estudos dos Meios de Comunicação, não é apenas uma característica global da sociedade moderna, mas o processo crescente da qual a sociedade torna-se dependente da mídia e de sua lógica de funcionamento, de modo que os meios de comunicação ao mesmo tempo que se institucionalizam, passaram a ser integrados às operações das outras instituições. A lógica da mídia, que são os modos pelas quais os recursos materiais e simbólicos são circulados, influencia as relações sociais e instituições como família, religião e política, ainda que haja variação no grau de dependência dos meios de comunicação entre as instituições. Ao mesmo tempo, os meios de comunicação ofertam espaço público para a sociedade, por meio de espaços de interação. Trata-se de um conceito não-normativo, o que quer dizer que a midiaticização não é a priori negativa, sinônimo de declínio ou desintegração da sociedade civil, como se pressupõe quando se aborda a influência da mídia sobre a política. As consequências positivas ou negativas da midiaticização só podem ser localizadas a partir do estudo de contextos específicos, onde pode-se avaliar a influência de certos meios de comunicação sobre determinadas instituições.

A recepção não se reduz ao processo de decodificação da mensagem, mas é também processo de produção das formas simbólicas. As mensagens da mídia se transformam quando os receptores se apropriam delas, tanto por conta do ato interpretativo quanto devido a circulação e das interações sociais sobre a mídia. Assim, a interpretação não se reduz ao texto, mas é marcada pelo contexto sociocultural (relações entre texto e contexto). Os sentidos produzidos midiaticamente circulam na sociedade entre pessoas, grupos e instituições, influenciando a cultura. Midiaticizados, porque produzem uma nova forma de sociabilidade decorrente da lógica midiática. Mediados, porque as interações sociais são essencialmente intermediadas pela mídia. Assim, a produção de sentidos não é localizada no indivíduo e não se limita aos processos de produção e recepção, mas se prolonga no tecido social (MOTTA; COSTA; LIMA, 2012).

Vivemos em uma sociedade midiaticizada, resultante de processos midiáticos das sociedades industriais. A experiência humana é ressignificada por tecnologias e processos comunicacionais. A vida é mediada, atravessada, pelas interações realizadas no campo da mídia, que exerce um papel regulatório das interações e da produção simbólica. De todo modo, a mídia não deve ser vista meramente como instrumento de poder, aparelhos ou empresas, mas como processos midiáticos, isto é, processos de afetações não lineares que resultam em complexas interações entre mídias, instituições e indivíduos. As mídias não se afetam apenas entre si, mas afetam também outras práticas sociais; as mídias como lugar de mediação de outros discursos, afetando as interações. A midiaticização está para além da mídia, posto que se

espalha capilarizado no tecido social, constitui uma cultura midiaticizada construtora de subjetividades (FAUSTO NETO, 2008; BARROS, 2012).

Os processos midiáticos são produtores de realidade: as notícias produzidas e veiculadas pelos meios de comunicação não apenas levam a informação de um ponto a outro, mas constroem a realidade social, renovam a percepção de mundo. Constroem realidades quando produz formas simbólicas sobre acontecimentos que se transformam em experiências compartilhadas pelas pessoas.

Os sentidos são estabelecidos sócio culturalmente, pois a interpretação da realidade social ocorre sob um pano de fundo que permite que os fatos sejam interpretados e onde as lacunas da leitura sejam preenchidas pelo imaginário alimentado pelo universo cultural. Assim são as notícias: não se resumem a narrar fatos historicamente situados, mas constroem a realidade social, onde as tragédias, as personagens, os cenários e as vicissitudes da vida humana, objetivadas nas páginas dos jornais, são impregnadas do imaginário que se mistura à realidade objetiva. O jornalismo, prática social que busca apresentar a notícia com “máxima objetividade”, em verdade dialoga com seus interlocutores através de um contrato de veracidade que produz efeitos de real, o que não significa dizer que produz textos ficcionais, mas que constrói e ressignifica o real através de processos midiáticos. Talvez seja desnecessário mencionar que aqui o jornalista não é definido como o comunicador social sujeito do processo, responsável pelo ato comunicativo e o receptor, público alvo de sua ação, que sofre impacto da mídia. As notícias mediam a realidade através de formas simbólicas que interpelam os sujeitos em seus esforços de compreensão da realidade contraditória, preenchidas as lacunas deixadas pela notícia através do imaginário e do universo simbólico do leitor (MOTTA; COSTA; LIMA, 2012).

3.1.2 Mídia, estigma e exclusão: a construção simbólica das drogas

Segundo Romanini e Roso (2013b), o desenvolvimento dos meios de comunicação na sociedade moderna favoreceu a veiculação de fenômenos ideológicos, sustentando relações de poder assimétricas e injustas, contribuindo para a emergência de situações de adoecimento psíquico. Assim, os discursos sobre os usuários do crack, sobre a substância e os contextos de uso podem se relacionar com os discursos públicos, midiáticos e das políticas, sobre a criminalização e a patologização do uso, refletindo o fenômeno histórico de “guerra às drogas”.

Nesse sentido, a mediação da cultura sobre as drogas veicula formas simbólicas sobre o crack, produzindo o ideário onde os usuários tornam-se “viciados na primeira vez de uso”, todo

“crackeiro” se torna um criminoso, onde as mulheres precisam se prostituir e onde os usuários são “doentes desprovidos de vontade própria” (ROMANINI; ROSO, 2012; 2013b).

O fenômeno das drogas não é redutível à discussão sobre a dependência química, situando-se como problema de ordem social que envolvem mídia, profissionais de saúde e políticas públicas. As políticas de drogas amparam-se na concepção do usuário enquanto criminoso ou como doente, situando-se na fronteira entre o modelo médico e o discurso jurídico-penal. A lógica da punição se situa nos discursos e práticas proibicionistas e delinea a internação involuntária e a medicalização como estratégias centrais das terapêuticas adotadas (ROMANINI; ROSO, 2013b).

O estigma, compreendido enquanto naturalização do preconceito na cultura, faz recair sobre o usuário de serviços de saúde mental a atribuição de periculosidade e infantilidade, reduzindo-o a situação de doente. O estigma se manifesta sob diferentes formas de violência: interpessoal, institucional, simbólica e estrutural. Dessa forma, socialmente destituído de sua racionalidade, o usuário é segregado e isolado, vivenciando situações de autoritarismo, constrangimento, humilhações, cárcere privado, falta de aceitação, discriminação na unidade de saúde etc. Como contraponto, o usuário pode desenvolver processos de contra-ação ao estigma, seja através do engajamento na militância política, através da socialização ou pela resignificação da experiência. Deve-se ressaltar que usuários, familiares e profissionais de saúde mental atribuem diferentes sentidos a estigmatização sofrida por portadores de transtornos mentais (NUNES; TORRENTÉ, 2009).

Yang et al. (2007), ao revisar a teoria do estigma com base na noção de experiência moral, contribui com uma nova perspectiva para o fenômeno: distingue-se das perspectivas sociológicas, que estuda unicamente o estigma como marca social, e das perspectivas psicológicas, que se dedica aos modos nos quais os indivíduos respondem cognitivamente aos estímulos estressores. A experiência moral consiste em registro da vida cotidiana, da experiência vivida em um mundo local (bairro, local de trabalho, comunidade etc.) que define o que é mais importante para as pessoas (dinheiro, saúde, sorte, emprego, relações, status etc.). Nesse sentido, o estigma é uma experiência moral porque ameaça o que realmente importa para os doentes.

O estudo do estigma enquanto experiência moral envolve considerar os seguintes aspectos: o estigma envolve os domínios emocional, cultural, social e físico, onde os valores sociais atravessam a experiência corporal e subjetiva das pessoas; o estigma é sociosomático, isto é, as normas sociais, através de formas simbólicas veiculadas pela linguagem, ligam-se aos estados fisiológicos, resultando, por exemplo, em tonturas, dores de cabeça, fadiga e exaustão;

o estigma é intersubjetivo, no sentido de que não é apenas individual ou social, mas relacional, e se faz nas ações interpessoais e comunicativas (através de palavras, gestos, significados, sentimentos etc.); o estigma ameaça as coisas consideradas mais importantes por aqueles que são estigmatizados (YANG et al., 2007).

Cabe mencionar que a problemática das drogas é também uma construção simbólica, tendo-se em vista que, diferentemente do crack, substâncias como álcool e tabaco são aceitas pela normalidade jurídica e social. Ainda é disseminada a representação do hospital psiquiátrico como locus privilegiado de tratamento do uso de drogas, contribuindo para a manutenção de relações de dominação e reprodução social da exclusão, do estigma e das desigualdades, quando os usuários de crack são culpabilizados como responsáveis pelo aumento da criminalidade, pela prostituição, pauperização dos espaços públicos, pela degenerescência moral e pela destruição de suas famílias. Deste modo, a droga é investida, através da produção e circulação de formas simbólicas, do poder de arrebatador vontades, dissipar a moralidade, objetificar sujeitos e perverter pessoas (ROMANINI; ROSO, 2014; 2012; 2013b).

Tal como o estigma, a exclusão é um conceito diverso e a sua ambiguidade aponta não para sua imprecisão, mas para a complexidade do fenômeno da exclusão social. Para Sawaia (2001a), a exclusão deve ser analisada sob a ótica social, subjetiva, física e mental, apresentando a subjetividade à discussão sociológica das desigualdades. “Trata-se de um tema presente na mídia, no discurso político e nos planos e programas governamentais, tornando se familiar” [...] (WANDERLEY, 2001, p. 16). Não sendo subjetivo ou objetivo, individual ou coletivo, racional ou irracional, trata-se de um processo sócio-histórico e dialético: se constitui no tempo histórico que objetiva a desigualdade social, perpassando a dimensão ética e subjetiva da injustiça e do sofrimento.

Aqui, compreende-se sofrimento como ético-político, ou seja, a exclusão é pensada a partir da dimensão da afetividade, sofrimento de diferentes dimensões ou qualidades que resgata o indivíduo, oculto pelas análises políticas ou econômicas. Segundo Sawaia (2001b), conhecer o sofrimento ético-político envolve entender as formas sutis de expropriação que subjaz à aparente integração social, denotando inclusão e exclusão como duas faces de um mesmo processo.

A dialética exclusão/inclusão produz subjetividades como sentir-se incluído e excluído. Manifestando-se no cotidiano, tais subjetividades não podem unicamente serem explicadas unicamente pela determinação econômica. Enquanto processo dialético, a exclusão é parte constitutiva da inclusão. Não sendo falha do sistema capitalista, é produto do seu funcionamento. A exclusão transmuta-se em inclusão, travestida de inclusão social: afirma

Sawaia que “todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através das insuficiências e das privações” (SAWAIA, 2001a, p. 8).

Assim, o excluído não está à margem da sociedade, mas incluído nela quando sustenta a ordem social, reprodutora de adoecimento. Enquanto processo, a dialética exclusão/inclusão produz sujeitos com necessidades e sofrimentos, simultaneamente materiais e afetivos: portanto, não cabe afirmar que a exclusão se reduz meramente ao processo de pauperização de indivíduos e famílias, não sendo necessariamente sinônimo de pobreza, ainda que recorrentemente a ela conduza.

A análise da exclusão implica considerar o espaço de referência produtora da rejeição, isto é, a categoria fundamental ou quadro de referência. Desse modo, Wanderley (2001) localiza como espaço de referência a crise do Estado-providência (*Welfare State*) originado nos anos oitenta nos países desenvolvidos, onde as transformações no mundo do trabalho, aí incluídos o desemprego, a precarização das relações trabalhistas e a perda do poder de compra do trabalhador, possibilitaram a emergência de uma nova precariedade e uma nova pobreza, que envolve os trabalhadores que não se inserem no mercado de trabalho pela condição de jovens desprovidos de experiência profissional, ou os desempregados de longa permanência expulsos do mercado. Trata-se do fim das ilusões sobre o caráter temporário das desigualdades sociais, simultânea à impotência do Estado e à acumulação dos problemas sociais, conjugado aos reflexos escravistas na história brasileira.

Alimentando o processo de exclusão, a estigmatização opera transmutando direito em favor, por meio da cultura da tutela e do apadrinhamento, em serviços que se apresentam aos excluídos como benesse concedida pelas elites, e pela subalternização dos beneficiários das políticas públicas. Deste modo, no Brasil são forjados os personagens incômodos, ameaçadores e perigosos, acrescentando à representação simbólica do pobre como “drogado” e “bandido em potencial” (WANDERLEY, 2001).

3.1.3 Discurso como materialidade e a produção de sentido como relação de poder

Para Thompson (2009), o discurso consiste em instâncias da comunicação correntemente presentes, circunstâncias concretas e cotidianas da comunicação. A ordenação das expressões da comunicação cotidiana não se dá pelas regras gramaticais, mas por uma sintaxe prática resultante do intercâmbio das expressões cotidianas. Deste modo, o discurso

simultaneamente apresenta características formais e estruturais e as circunstâncias sócio-históricas nas quais estão situadas. No entanto, circunstâncias específicas podem mobilizar formas simbólicas que sustentem relações de dominação e poder.

Foucault (1999) ressalta que os discursos são definidos em sua materialidade: produzidos no interior de uma sociedade responsável por controlá-los, selecioná-los e distribuí-los através de certos procedimentos, seja de interdição, como ocorre os temas considerados “tabus”, como no caso das drogas ou da sexualidade, seja de exclusão, como ocorre com o discurso do louco, onde sua palavra não podia ser acolhida como imbuída de verdade e não podendo circular como o dos outros. No entanto, existem outras formas de exercício da separação do discurso: quando sobre o discurso do louco incide um aparato de saber, como as disciplinas biomédicas e psicológicas que, conjugadas a uma rede de instituições, passa a entendê-lo como imbuído de uma verdade a ser examinada e decifrada.

Para Foucault (2011) o discurso deve ser compreendido como exercício do poder através de práticas reais e efetivas, produzindo efeitos. O poder não deve ser tomado como posse daqueles que o detém em oposição àqueles que lhes são submetidos. O poder é capilar, circulante e se exerce em rede através de técnicas, disciplinas e instituições. Deste modo, não sendo propriedade de alguns, nota-se que os indivíduos não apenas estão sempre em posição de exercer o poder ou de sofrer sua ação: os indivíduos são atravessados pelo poder.

Orlandi (2005) ressalta que a linguagem não é transparente, nem absolutamente livre, desprovido de determinantes históricos ou linguísticos, e nem totalmente fechado em si mesmo. A autora distingue inteligibilidade, interpretação e compreensão. Enquanto a inteligibilidade se refere ao sentido da língua, a interpretação é o sentido pensando-se o co-texto, as outras frases do texto, e o contexto do discurso. Por sua vez, a compreensão busca saber como um objeto simbólico, o texto, produz sentido, possibilitando escutar outros sentidos e como eles se constituem. O pesquisador que interpreta, assim o faz a partir dos instrumentais teóricos que dispõe e do qual parte sua investigação.

Diferentemente do conceito de mensagem nas teorias clássicas da comunicação, que se dedicam ao estudo elementar do emissor, receptor, código, referente e mensagem, aí definidos de forma estanque, a noção de discurso não restringe seu entendimento à transmissão de informação, onde há um emissor que fala e um receptor que capta a mensagem sobre um dado referente, decodificando-a. Sujeitos e sentidos são afetados pela história. Dessa forma, não há sequenciamento ou linearidade entre quem fala e quem ouve/decodifica, mas simultaneidade na construção da realidade, onde os efeitos podem ser variados. É nesse sentido que se define o discurso, conceituado como efeito de sentidos entre locutores (ORLANDI, 2005).

O discurso não é apenas uma mensagem que aguarda para ser decodificado. Os efeitos de sentido do discurso são produzidos em condições materiais determinadas (condições de produção, interdiscurso, exterioridade ou “margens do dizer”) pelo contexto sócio-histórico e ideológico. Cabe à prática da leitura discursiva compreender o que é dito, os modos em que é dito e escutar o não-dito, pois nem tudo o que um sujeito diz é acessível ao sujeito. Orlandi (2005) aponta que a possibilidade de todo o dizer demonstra a existência de um já dito (memória), fundamental para compreender como funciona o discurso. Há toda uma faixa de dizeres inscritos na memória e dotados de compromissos políticos e ideológicos. A ideologia não deve ser aqui entendida como representação ou ocultação da realidade, porque não há realidade sem ideologia. Para a autora, ideologia produz a evidência de sentido através do apagamento da inscrição da língua na história, isto é, a ilusão da transparência da linguagem. Em outras palavras, quando interpretamos algo, o sentido nos aparece como já dado. O mecanismo ideológico joga com o apagamento da interpretação, produzindo a evidência na relação do humano com suas condições de existência. Desse modo, não há sentido sem ideologia.

Orlandi (2005) conclui que, assim como não há discurso sem sujeito, não há sujeito sem ideologia. Isso ocorre porque o discurso implica que a língua, como sistema sintático, se inscreva na história, produzindo sentidos. O sujeito só tem acesso a parte do que diz e é sujeito à história e à língua, posto que só assim se torna quando é afetado por elas e passa a produzir sentidos. O discurso se dá como ato interpretativo através da relação entre sujeito, história, língua e sentido.

Nas Ciências Sociais, a “interpretação” põe em primeiro plano o universo das significações das experiências: a interpretação como ato compreensivo, busca de significações que se referem às experiências e vivências individuais, que se tornam inteligíveis porque partilhadas culturalmente pelo grupo social. Desse modo, busca-se se aproximar da interpretação das experiências sem com isso se afastar dos macroprocessos sociais e culturais. Diferentemente da postura “interpretativa”, a postura epistemológica “explicativa” busca subjacente às vivências individuais uma regularidade que reduziria os atores sociais a modelos classificatórios pré-determinados, produzindo uma “geometria do vivido”, sem levar em consideração os contextos singulares em que os indivíduos desempenham as suas ações. Por essa razão, as construções teóricas elaboradas pelos pesquisadores, também ato interpretativo, não são substitutos das experiências e as interpretações dos próprios atores (ALVES; SOUZA, 1999).

Segundo Thompson (2009), as formas simbólicas são definidas como ações, textos e

discursos inseridos em contextos sociais e históricos definidos que, por tratarem-se de construções significativas, se interpõem enquanto problema de compreensão e interpretação.

No âmbito da investigação social, considera-se que as formas simbólicas se situam em um território pré-interpretado. Deste modo, este território não é apenas campo-objeto, porque não se reduz a objeto passivo de inquirição do pesquisador. Considerando-se que as pessoas frequentemente buscam compreender a si mesmo e os outros, o território sob investigação define-se enquanto campo-sujeito, onde os problemas de compreensão e interpretação são construídos no percurso da vida cotidiana, significando as ações, as falas, os textos e os acontecimentos (THOMPSON, 2009).

Os sujeitos que constituem o mundo social estão inseridos em tradições históricas e contextuais, isto é, são autores da história e não meros expectadores dos acontecimentos e receptores de significados. A compreensão é uma produção criativa da significação. No entanto, a compreensão não é um ato humano individual. O mundo sócio-histórico é elaborado por indivíduos cujo discursos e ações são compartilhados pelos demais. Afirmar a historicidade da experiência humana é considerar que os seres que significam são parte de tradições históricas, onde as experiências humanas são sempre significadas a partir das experiências anteriores (THOMPSON, 2009).

No entanto, o mundo sócio-histórico é um campo de força constituído pelo poder e pelo significado. Assim, as ideologias são produzidas a partir das inter-relações entre significado e poder, isto é, as formas simbólicas podem ser utilizadas para sustentar relações de dominação (THOMPSON, 2009; ROMANINI; ROSO, 2013b).

Deve-se considerar que os sujeitos que atuam no campo-sujeito são também analistas sociais, dotados de capacidade de compreensão, reflexão e ação sobre o mundo. As bases das quais os pesquisadores sociais trabalham se situam no âmbito da compreensão cotidiana, o que significa dizer que o pesquisador está em busca de um objeto que é, em si mesmo, uma interpretação, posto que já interpretado pelos sujeitos que constituem o campo sob investigação. Logo, os analistas sociais constroem significados interpretando um campo pré-interpretado, isto é, ofertando uma interpretação de uma interpretação (THOMPSON, 2009).

Thompson (2009) afirma que as teorias e os achados da pesquisa, resultados da compreensão que os pesquisadores conferem às interpretações próprias do campo-sujeito-objeto, estabelecem uma relação de retroalimentação com este campo. Isto significa que os resultados da pesquisa social podem ser apropriados pelos sujeitos que constituem o campo-sujeito-objeto, transformando o universo de significados do campo pré-interpretado.

3.2 Análise do Enquadramento

A Análise do Enquadramento consiste em um enfoque teórico largamente utilizado nos estudos que se dedicam aos entrelaçamentos estabelecidos entre a mídia e a política. Segundo Porto (2004), quando são exploradas as relações entre mídia e política, tende-se a reproduzir discursos sobre um suposto papel da mídia em relatar os fatos com objetividade, afastando-se de valores e ideologias, ou que seu papel se definiria em melhor informar os cidadãos. Ora, entende-se que os estudos da mídia devem afastar-se dessas limitações, inerentes ao chamado “paradigma da objetividade” (PORTO, 2004; BROTAS, 2011).

Segundo Hackett (apud Porto, 2004), a comunicação imparcial, independente do mundo exterior, já não é mais concebível. Em uma nova perspectiva, compreende-se a importância do papel político e ideológico que a mídia exerce. Assim, haveria uma matriz ideológica composta por regras e preceitos ativados pelos jornalistas, nem sempre consciente e sem o propósito evidente de ludibriar o público. Nesse sentido, o conceito de enquadramento surge como uma alternativa aos paradigmas em declínio nos estudos no campo da Comunicação.

Os autores costumam apontar a ausência de consenso em definir os enquadramentos da mídia. É possível rastrear, no entanto, suas diferentes conceituações e suas principais influências teóricas, estas últimas situadas nos campos da Psicologia Cognitiva, em estudos de tradição fenomenológica e na Sociologia de Erving Goffman (BROTAS, 2011).

Os enquadramentos são instrumentos de poder, pois apontam que as preferências do público podem ser alteradas não pela manipulação da informação, mas por meio do seu enquadramento, isto é, não apenas distorção da mensagem, mas através da forma com que as situações são enquadradas, participando da construção da realidade (PORTO, 2004).

Na perspectiva de Gitlin (apud Porto, 2004), enquadramentos da mídia organizam o mundo tanto para os jornalistas quanto para a audiência que recorre às suas notícias. Considerados padrões persistentes de apresentação, seleção, ênfase e exclusão, os símbolos são organizados e é realizada uma determinada interpretação dos fatos, dentro do universo de inúmeras outras possíveis interpretações. Tratam-se de pacotes interpretativos orientados por uma ideia central organizadora, que atribui significados específicos aos eventos através de imagens, slogans e metáforas. Para Entman, por sua vez, enquadramento envolve basicamente seleção e saliência. Isso quer dizer que, para o pesquisador, enquadrar significa selecionar alguns aspectos da realidade e torna-los mais salientes em um texto comunicativo, produzindo uma definição particular do problema, uma interpretação, uma avaliação moral e uma recomendação para resolução da questão (PORTO, 2004; BROTAS, 2011).

Os estudos que se dedicam à análise do enquadramento não se reduzem à investigação das condições de produção e circulação das mensagens, mas também sobre os efeitos do enquadramento sobre a audiência. Existem estudos, como o de Gamson (1995, apud Porto, 2004) que se dedicam analisar a participação da mídia sobre os modos com que os cidadãos entendem assuntos políticos e como conversam sobre eles. Gamson conclui que, embora os meios de comunicação sejam importantes recursos que produzem enquadramentos organizadores das discussões sobre assuntos políticos, as pessoas entrevistadas também fazem uso de suas experiências pessoais. Logo, os entendimentos possíveis sobre os assuntos políticos elaborados pelas pessoas são mediados por processos de midiaticização, mas também negociados com sentidos produzidos pelas diferentes vivências dos sujeitos. Por essa razão, é possível afirmar que os enquadramentos não são necessariamente processos de manipulação da opinião pública, mas fazem parte do processo comunicativo e, como tal, influencia os modos de atribuir sentido às experiências.

Iyengar (apud Porto, 2004) é considerado um dos autores que mais adequadamente sistematiza sobre os processos de enquadramento. Para o mesmo, há o enquadramento episódico, focado em eventos, e o enquadramento temático, que realiza análise contextual para além da descrição dos fatos. Os achados das pesquisas de Iyengar apontam que o enquadramento episódico faz com que as pessoas atribuam aos indivíduos problemas que são de natureza política e social, negligenciando macrodeterminantes. No Brasil, há uma produção crescente sobre a relação entre enquadramentos da mídia, cobertura dos telejornais e o processo eleitoral, bem como a relação entre mídia e movimentos sociais (PORTO, 2004).

Para Porto (2004), há dois tipos fundamentais de enquadramento: enquadramentos noticiosos e enquadramentos interpretativos. Os enquadramentos noticiosos consistem em padrões de ênfase e seleção que organizam as notícias utilizados pelos jornalistas, ou seja, o ponto de vista da notícia que ressalta certos elementos da realidade enquanto que oculta ou negligencia outros elementos, podendo haver nesta categoria enquadramentos de interesse humano (que focaliza a atenção no indivíduo) ou enquadramento episódico (que dedica atenção aos eventos). Em síntese, os enquadramentos noticiosos são criados pelos jornalistas. Os enquadramentos interpretativos, por sua vez, promovem uma interpretação particular de eventos políticos específicos, e são realizados por atores diversos, como sindicatos, associações profissionais, governos, políticos, movimentos sociais etc. Diferentemente dos enquadramentos noticiosos, os enquadramentos interpretativos são elaborados por atores sociais, oriundos do contexto político mais amplo e que se expressam, geralmente, em colunas de opinião.

Os passos para a pesquisa orientada pela Análise do Enquadramento são os seguintes: 1.

Definir os níveis de análise do conceito, definindo-se o(s) tipo(s) de enquadramento investigados pela pesquisa (se enquadramento noticioso ou interpretativo); 2. Identificar as principais controvérsias e os respectivos enquadramentos relacionados, entendendo-se que os temas políticos são sempre objetos de controvérsias e disputas e ressaltando-se o potencial que os diferentes atores têm na capacidade de influenciar os processos de enquadramento da mídia, assim como os enquadramentos dominantes de grupos influentes e os enquadramentos de grupos excluídos pela mídia; 3. Desenvolver uma análise sistemática de conteúdo, de modo que o pesquisador não encontre entre seus achados apenas os enquadramentos que procura ou que corrobora com a sua hipótese. Este último tópico é especialmente importante, porque a classificação dos segmentos de conteúdo da mídia costuma apresentar uma variedade de enquadramentos, sem com isso necessariamente deixar de privilegiar interpretações hegemônicas dos acontecimentos políticos. Seria, no caso, o exemplo de segmentos “plurais fechados”, em que mais de um enquadramento é apresentado e, no entanto, apenas um é privilegiado pela notícia (PORTO, 2004).

3.3 Procedimentos metodológicos

3.3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Foram analisadas as interpretações dos profissionais de saúde sobre a temática de investigação através das notícias selecionadas.

A pesquisa qualitativa é utilizada para se responder questões muito particulares, que não podem ser quantificadas. Trabalha-se com o universo dos significados, motivos, valores, crenças e atitudes (MINAYO, 2008). As pesquisas descritivas objetivam descrever as características de determinado fenômeno. Incluem-se nesta categoria as pesquisas que tem por objetivo levantar crenças, opiniões e atitudes de determinada população. As técnicas utilizadas para a obtenção de informações são diversas, destacando-se os questionários, as entrevistas, as observações e os grupos focais. As pesquisas exploratórias buscam estabelecer maior familiaridade com o problema, possibilitando a consideração dos diferentes aspectos relacionados ao fenômeno sob estudo (GIL, 2002).

3.3.2 Cenário de pesquisa

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde da Família do Phoc (Programa

Habitacional Organizado de Camaçari), localizado na Avenida Luiz Gonzaga, s/n, bairro Phoc 1. O serviço está vinculado à Secretaria da Saúde do município de Camaçari/BA (SESAU), e está inserida no espaço físico do complexo do Centro de Atendimento Integral à Criança (CAIC).

O município de Camaçari possui 759,8 quilômetros quadrados, população estimada pelo IBGE de 242.970 habitantes, de característica predominantemente urbana (231.973 habitantes da zona urbana). Camaçari possui influência indígena, portuguesa e negra em suas manifestações culturais. É o município que possui o maior PIB (Produto Interno Bruto) Industrial do Nordeste e o mais industrializado do Estado. O Polo Petroquímico de Camaçari, maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul, é responsável por 30% do PIB baiano, com faturamento anual de US\$ 15 bilhões. Contudo, o município é marcado por elevado desemprego e concentração de renda, bem como vazios assistenciais, que se relacionam ao crescimento do comércio ilegal de drogas em diversos bairros em Camaçari, como Bomba, Camaçari de Dentro, Phoc I, II e III, Parque Satélite, Vila de Abrantes e Nova Vitória, bairros periféricos com expressiva presença de moradias em condições precárias de habitação e escassez de serviços públicos executores de políticas públicas de combate à pobreza e de garantia de direitos (NEVES, 2010).

A USF do bairro Phoc é uma das cinco Unidades de Saúde da Família lócus do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Programa de Residência em Medicina Geral em Família e Comunidade, promovidas pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) em articulação com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Prefeitura Municipal de Camaçari (PMC). A USF foi inaugurada em junho de 2015 e possui como área de cobertura os bairros Phoc 1 e Phoc 2, acompanhando cerca de 12.400 pessoas no território adscrito.

A unidade possui três equipes de Saúde da Família, sendo a equipe 1 composta por 1 Médico, 1 Enfermeira, 2 Odontólogas e 4 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A equipe 2 é composta por 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 Enfermeira e 4 ACS. A equipe 3 é composta por 1 Médica, 1 Enfermeira, 1 Odontóloga e 1 ACS. Além das profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, integram o serviço 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 2 Técnicas de Enfermagem, 1 recepcionista, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 1 Gerente. Além destes profissionais, atua na Unidade um profissional Médico servidor do município e preceptor do Programa de Residência Médica e uma Enfermeira vinculada à FESF-SUS, preceptora em Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional. As equipes desenvolvem atendimento individual e coletivo (crianças, idosos, mulheres, gestantes, planejamento familiar etc.), acolhimento, grupos de

gestantes, grupo de usuários que apresentam diagnóstico de hipertensão e diabetes, visitas domiciliares, vacinação, curativos, dispensação de medicação e materiais, dentre outras atividades.

3.3.3 Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram os profissionais vinculados a uma Unidade de Saúde da Família. Foram convidados os sujeitos que cumprem o seguinte critério de inclusão: ser profissional vinculado ao serviço de saúde da USF Phoc da Prefeitura Municipal de Camaçari – SESAU/PMC. Nesta Unidade, foram entrevistados treze profissionais da equipe de Saúde da Família existente. Na tabela 1, observa-se a distribuição do número de entrevista de acordo com o profissional:

Tabela 1. Distribuição do número de entrevistas na Unidade de Saúde da Família, segundo a categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	TOTAL
Profissionais de Ensino Superior	06
Enfermeira	01
Médico	01
Odontóloga	03
Gerente	01
Profissionais de Ensino Fundamental, Médio e Técnico	07
Agente Comunitária de Saúde	04
Técnica de Enfermagem	01
Auxiliar de Saúde Bucal	01
Recepcionista	01
Total de entrevistadas	13

Fonte: elaboração própria.

3.3.4 Técnicas de produção dos dados

A primeira etapa consistiu na seleção de notícias veiculadas na mídia impressa pelos dois jornais de maior circulação no Estado da Bahia, entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014. Na fase posterior, as notícias foram utilizadas durante as entrevistas individuais.

O período de coleta foi escolhido tendo como parâmetro a data de lançamento do referido Programa. O levantamento das notícias impressas publicadas no Jornal A Tarde se deu

através da busca pela palavra-chave “crack, é possível” através de software disponibilizado na sede da referida empresa em 13 de outubro de 2015. O levantamento das notícias impressas publicadas pelo jornal Correio ocorreu na sede da Rede Bahia em 23 de outubro de 2015. Com base na palavra-chave, foram retornadas na busca 14 notícias veiculadas pelo A Tarde e 9 notícias publicadas pelo Jornal Correio, totalizando 23 notícias. Destas, foram selecionadas apenas 9 notícias do Jornal A Tarde e 4 notícias do Jornal Correio, totalizando 13 notícias. 10 notícias foram excluídas de acordo com os seguintes critérios: 1) apenas citam o programa, sem discuti-lo ou abordá-lo diretamente; 2) Notícias publicadas nos campos de opinião; 3) Notícias publicadas no espaço do leitor. Tais notícias foram excluídas porque as notícias publicadas nos campos de opinião e espaço do leitor são geralmente acompanhadas de avisos de que tais publicações não traduzem a opinião do jornal, mas somente dos autores dos textos.

Identificados o ano, o mês e a página de publicação, procedeu-se à cópia das notícias, disponibilizadas pela Biblioteca Pública do Estado da Bahia, localizada no bairro dos Barris, rua General Labatut, Salvador-BA.

A segunda etapa consistiu na Análise do Enquadramento das notícias selecionadas durante a primeira etapa.

A terceira etapa consistiu na realização de entrevistas individuais, em dia e horário combinados com os colaboradores, em uma sala reservada na Unidade de Saúde da Família.

A entrevista individual objetiva explorar em profundidade o mundo da vida dos sujeitos, possibilitando a investigação das experiências individuais, decisões, cosmovisões e biografias pessoais, possibilitando alcançar riqueza de detalhes através de perguntas que envolve partilha e negociação de realidades. Enquanto empreendimento cooperativo, não é processo de via única, mas exige troca de significados, ideias e percepções, a serem exploradas e discutidas pelos seus atores. No entanto, ressalta-se que a entrevista é uma interação diáde onde o entrevistador define os tópicos da entrevista e onde o entrevistado pode ou não ter pensado sobre o assunto anteriormente (GASKELL, 2003).

Sabe-se que a entrevista em profundidade pode suscitar desconforto e uma postura defensiva do entrevistado. Para evitar tal situação, cabe ao entrevistador exercer o manejo do *rapport*, através de encorajamentos verbais e não verbais que favorecerá o estabelecimento de uma relação de confiança, segurança e tranquilidade (GASKELL, 2003).

As entrevistas individuais tiveram como finalidade obter dados referentes à identificação pessoal, formação, tempo de atuação, trajetória profissional, experiência no atendimento de usuários de crack e outras drogas, conhecimento do programa “Crack, é Possível Vencer”, proximidade com o tema, conhecimento anterior e visão sobre o programa,

bem como o interesse e a disponibilidade em participar da pesquisa. Igualmente, foram apresentadas as matérias selecionadas sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”, tendo sido solicitado aos participantes que realizassem a leitura das matérias. As entrevistas seguiram o roteiro previsto no Apêndice B.

As entrevistas em profundidade foram finalizadas com o agradecimento ao participante, reiterando-se a disponibilidade de contato para esclarecimentos e posterior devolutiva, conforme estabelecido no TCLE.

3.3.5 Técnicas de análise de dados

A análise das entrevistas foi será realizada por meio da Análise de Discurso. A Análise de Discurso não trata da língua ou da gramática, compreendidos como sistemas de signos e sistemas de regras formais, mas, sem desconsiderá-las, toma como objeto o Discurso, definido como movimento e prática de linguagem. Assim, busca-se a língua fazendo sentido, isto é, a mediação entre o homem e a realidade. Para a Análise de Discurso, o estudo da produção de sentidos exige do analista articular linguagem à sua exterioridade, isto é, às condições de produção do discurso (ORLANDI, 2005; GILL, 2003).

Para Orlandi (2005), a Análise de Discurso atua na confluência de diferentes campos do conhecimento: Linguística, Psicanálise e Teoria Marxista. Como contribuição da Linguística, entende que a linguagem não é transparente, e que não há correspondência termo a termo entre linguagem, pensamento e mundo. Da Psicanálise, a noção de descentramento do sujeito, de inconsciente e de que o real é afetado pelo simbólico. Do materialismo histórico, a Análise de Discurso compreende que a produção de sentidos se dá pela conjugação entre língua e história, isto é, o sentido produzido é a forma encarnada na história.

Dentre seus princípios, a Análise de Discurso considera que a língua em curso é acontecimento, não apenas forma e conteúdo. Embora reconheça que a linguagem tem ordem própria, considera relativa a autonomia da língua. Os dizeres não são meras mensagens aguardando serem decodificadas, mas efeitos de sentidos que são produzidos em condições determinadas, cabendo ao analista buscar os vestígios, as pistas que se relacionam não apenas com o que foi dito, mas onde foi dito, o que é dito em outros lugares, o que não é dito e foi omitido. A história é afetada pelo simbólico, pois os fatos reclamam sentido. O sujeito de linguagem é descentrado pelo inconsciente e pela ideologia, afetado pela língua e pela história, não tendo controle sobre como elas o afeta (ORLANDI, 2005).

3.3.6 Questões éticas

Conforme Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, o projeto de pesquisa foi encaminhado para apreciação e autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), localizado na Rua Basílio da Gama, s/n, 2º andar, Salvador/BA, por meio do registro na secretaria do CEP-ISC e da Plataforma Brasil. Somente após obtido o parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC UFBA) pelo parecer n. 1.778.709, se deu o início da coleta dos dados da pesquisa. Os participantes que atenderem aos critérios de inclusão na pesquisa foram convidados pessoalmente a participarem desta. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi lido e assinado por todos aqueles que decidiram participar (Apêndice A).

Conforme previsto no TCLE, as entrevistas somente ocorreram mediante explicação de todas as etapas da pesquisa para os profissionais participantes que integram a equipe de saúde da família, explicitados em linguagem clara e acessível os objetivos da pesquisa, os procedimentos realizados, a relevância social da pesquisa, a inexistência de ônus e o respeito à dignidade humana, garantindo-se aos participantes uma via do TCLE.

Como forma de manter o anonimato, foram atribuídos nomes fictícios a todos os participantes. Foi informado que os dados coletados/produzidos serão utilizados apenas para fins acadêmicos e científicos, com divulgação em congressos, seminários e atividades afins e publicação em periódicos da área, utilizando-se o material da pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas no TCLE. Todos os dados e informações são mantidos em segurança pelo pesquisador, sendo destruídos após cinco anos da produção dos dados.

Igualmente, após a conclusão do trabalho, será realizada uma devolutiva aos participantes da pesquisa sobre os resultados sob o formato de apresentação dialógico-expositiva dos resultados, seguida de roda de conversa com os profissionais da Unidade de Saúde da Família. Espera-se, com a devolutiva, promover reflexão pela equipe sobre os achados, bem como sobre as temáticas afeitas às políticas de drogas e suas interfaces com a mídia e com o campo da assistência em saúde mental, de forma a traduzir-se em benefício aos participantes por meio da oferta de espaços de qualificação da assistência à saúde.

4 RESULTADOS

4.1 Artigo 1 - Discurso jurídico-moral e produção de saúde nas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” na mídia impressa: uma análise de enquadramento

Legal-moral condemnation and health production in news items on the program “Crack. It is possible to overcome” in the printed press

Resumo

O estudo objetiva investigar os enquadramentos noticiosos sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicados nos principais veículos de comunicação da mídia impressa baiana entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014. Busca-se analisar as disputas entre os diferentes projetos na política de drogas no Brasil, entendendo que tais disputas de poder são atravessadas pela mediação. Considerando-se que os enquadramentos da mídia são modos de interpretação socialmente compartilhados, a análise das notícias identificou os quadros Jurídico-Moral, Político-Econômico, Política de Saúde e Biomédico. Observou-se a predominância do quadro Jurídico-Moral, que define o crack como problema de justiça e segurança, expresso através da culpabilização dos usuários pelos males sociais. Embora minoritário, o quadro Política de Saúde desponta como importante contraponto, evidenciando tensões que conformam o campo. Espera-se com a pesquisa subsidiar investigações que se dediquem a analisar os modos de apropriação dos discursos da mídia sobre o crack pelos profissionais responsáveis pelo cuidado.

Palavras-chave: política de saúde; crack; mídia; análise de enquadramento.

Abstract

The study has the objective of investigating the news frames on the program “Crack, it is possible to overcome” published in the main printed communication means in Bahia between December 2011 and December 2014. The aim is to analyze the disputes between the different projects in the drug policies in Brazil, understanding that such power disputes are crossed by the media coverage. Considering the fact that the media frames are means of socially shared interpretation, the analyses of the news identified Legal-Moral, Political-Economic, Health Policy and Biomedical frames, that define crack as a legal and safety issue, expressed by blaming the users for the social ills. Despite being a minority, the Health Policy frame emerges as an important counterpoint evidencing the tensions that shape the area. The expectations of the research are to support investigations dedicated to the analysis of the means of appropriation of discourses of the media on crack by professionals responsible for healthcare.

Key-words: Health policy; crack; media; frame analysis.

Introdução

O programa “Crack, é Possível Vencer” é uma iniciativa do Governo Federal, através do Ministério da Justiça, em articulação com o Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Educação. Parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, o programa propõe ações nos eixos Prevenção, Cuidado e Autoridade. O eixo Prevenção busca ampliar os fatores de proteção, por meio do fortalecimento dos vínculos familiares e sociocomunitários, assim como reduzir os fatores de risco associados ao uso de drogas, através da qualificação de profissionais que integram a rede intrasetorial e intersetorial para a atenção aos usuários de crack. O eixo Cuidado busca consolidar a rede de atenção à saúde e de assistência social para o atendimento integral às necessidades dos usuários de drogas e seus familiares, ampliando as estratégias de enfrentamento e de reabilitação psicossocial. O eixo Autoridade destina-se à repressão policial da comercialização do crack e das demais drogas ilícitas (BRASIL, 2013).

Segundo Worm (2016), trata-se de um programa concebido como estratégia que visa ofertar resposta imediata contra um novo inimigo, produzido a partir da publicização constante nos veículos de comunicação das cenas de uso em espaços públicos (os “fluxos”) chamados de *cracolândias*. Embora tenha havido precariedade na transparência em sua execução, dificultando o controle social do programa, aventou-se que este contaria com investimentos na esfera de R\$ 4 bilhões até 2014. Apesar do montante investido, importantes limitações foram identificadas, a exemplo da ausência de um diagnóstico prévio para delimitação do público e escopo das ações; restrição aos municípios com mais de 200.000 habitantes; construção sem a participação da sociedade civil; desarticulação entre os três eixos do programa; precariedade nas fases de monitoramento e avaliação de resultados, bem como fragilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na implementação das ações que envolvem usuários de drogas (WORM, 2016).

O crack não figura entre as drogas que apresentou maior prevalência de síndrome de dependência entre os entrevistados do II Levantamento Domiciliar de Drogas Psicotrópicas no Brasil. Nesse mesmo estudo, as substâncias que figuram entre as drogas para as quais foram detectadas dependência são o álcool (12,3%) e o tabaco (10,1%). Dentre todas as drogas investigadas, a dependência para com os estimulantes aparece apenas em último lugar (0,2%) (BRASIL, 2006). Por sua vez, a Pesquisa Nacional sobre o Uso do Crack, produzida pela

Fiocruz, estima que apenas 0,54% dos indivíduos residentes nas capitais brasileiras e no Distrito Federal fazem uso regular de crack (FIOCRUZ, 2014).

Os dados disponíveis sobre o uso e dependência de SPAS apontam que as drogas lícitas constituem em grave problema de saúde no Brasil⁵. Houve, contudo, no processo de implementação das políticas de drogas no Brasil, a passagem de uma preocupação que circulava no entorno do cuidado integral aos usuários de álcool para o combate à produção, circulação e consumo crack. A passagem do cuidado à repressão evidenciou as disputas de poder e interesses entre movimentos políticos, projetos populares e instituições privadas no entorno da formulação e implementação das políticas de drogas (COSTA et al., 2015).

Volcov e Vasconcellos (2013) problematizam o uso das peças publicitárias produzidas para o programa “Crack, é Possível Vencer”. Por um lado, a imprensa brasileira apresenta o usuário como dependente que requer um controle heteronormativo, pois se trataria de doente mental desprovido de força de vontade e moralmente condenável. Como modo de enfrentamento, o programa entende que o uso pode ser solucionado com práticas a nível individual, como a adesão de hábitos saudáveis e por um estilo de vida tranquilo, adaptado e sem turbulências, atravessado pelo expurgo aos estranhos e daqueles que oferecem supostos perigosos à ordem social.

Segundo Cheibub (2006), instituições como medicina, polícia, justiça e mídia produzem verdades sobre os usuários de crack, realidades essas expressam o imaginário cultural sobre as drogas, seus cenários e usos. A midiaticização do crack atende anseios de exclusão dos desviantes e associa entre droga, crime e doença, buscando legitimar o recrudescimento do controle dos desviantes por meio dos sistemas de saúde e penitenciário.

Cabe aqui compreender midiaticização da sociedade, nos termos de Hjarvard (2012), como o processo pela qual a sociedade torna-se cada vez mais submetida à lógica da mídia. Trata-se de um processo marcado pela dualidade: ao mesmo tempo que os meios de comunicação passaram a estar cada vez mais integrados às outras instituições, passaram também a adquirir status de instituição social, de modo que as interações passaram a ocorrer mediadas pelos meios de comunicação. O que o autor chama de lógica da mídia consiste no *modus operandi* institucional e tecnológico dos meios, no qual recursos materiais e simbólicos

⁵ A afirmativa deve ser relativizada, a partir da consideração de que o que não é problema para uns, é no entanto problema para outros. Na perspectiva do Gey Espinheira (2004), as formas e as cenas de uso são distintas e apresentam diferentes significados, assim como são distintos até mesmo os modos de ação da composição química da substância sobre os diferentes corpos. Diferenças nos marcadores sociais de renda, raça e classe são atravessamentos importantes, inclusive, no que tange às consequências (culturais, jurídicas e morais) de uso de uma mesma droga. Não é por acaso que 80% dos usuários de crack são não brancos (negros ou pardos), sem ensino médio, sem emprego ou renda fixa (FIOCRUZ, 2014).

são circulados por meio de regras formais e informais. Não se trataria de um processo universal das sociedades, mas sim de resultado da intensificação do processo de globalização no século XX em sociedades ocidentais industrializadas. Para Hjarvard (2012), a midiáticação pode ser direta, quando uma situação antes não mediada se converte em uma forma mediada (como nos casos da conversão de serviços bancários em *internet banking*) ou indireta, quando uma determinada atividade é cada vez mais influenciada, no que se refere à forma, conteúdo ou organização, pelos símbolos ou mecanismos midiáticos. Na discussão deste artigo, a midiáticação do crack é entendida como os mecanismos dos quais o modo como se organizam as políticas de drogas, as representações sobre os modos de uso e os usuários do crack, bem como os meios e os responsáveis pela sua assistência, cuidado ou repressão são, em parte, influenciados pela produção e circulação midiática destes bens simbólicos, por meio de peças publicitárias, notícias, etc.

As notícias produzidas e circuladas não apenas transmitem informação, mas participam da construção da realidade social e afetam as práticas, mediam discursos e as interações, produzindo efeitos de sentido e subjetividades (FAUSTO NETO, 2008; BARROS, 2012).

Considerando-se que as drogas só podem ser consideradas como fenômenos resultantes das diferentes construções de sentido (MARINHO, 2005), torna-se necessário se pensar como os sentidos sobre as drogas são produzidos e reproduzidos pelos meios de comunicação e, no caso do crack, como se produz a sua midiáticação, observando-se como esses olhares justificam, legitimam e se aproximam de dadas práticas assistenciais e modos de atenção à saúde e como se distanciam de outras (VOLCOV; VASCONCELLOS, 2013; ROMANINI; ROSO, 2014).

Partindo da premissa de que os enquadramentos da mídia são modos de interpretação da realidade socialmente compartilhados, o estudo objetiva investigar os enquadramentos noticiosos sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicados nos principais veículos de comunicação da mídia impressa baiana entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014. Busca-se analisar as disputas entre os diferentes projetos na política de drogas no Brasil, entendendo-se que tais disputas de poder são atravessadas pela midiáticação.

Notícia, fato coletivo e enquadramento na Saúde Coletiva

O campo fronteiro da Comunicação e Saúde, caracterizado pela disputa de saberes no âmbito da sociedade, se constitui como espaço promissor que configura diferentes objetos de pesquisa, múltiplas abordagens teórico-metodológicas e novos desafios para a produção de conhecimento em Saúde Coletiva. Neste novo campo, a comunicação não é compreendida de

maneira verticalizada e unidirecional, estabelecida pela premissa onde há um emissor que transmite informação a um receptor passivo. Tratar-se-ia, portanto, de problematizar como ocorre a circulação e a produção de sentidos entre diferentes emissores e receptores, considerando-se que os sujeitos são simultaneamente receptores e emissores, isto é, que possuem caráter ativo na produção e apropriação de sentidos socialmente produzidos e compartilhados (RANGEL-S; GUIMARÃES; BELENS, 2014).

Xavier (2006) aponta para as limitações da Comunicação em Saúde, que se distingue da Comunicação e Saúde, bem como daquilo que chama de “saúde na mídia”, campos distintos em suas práticas, pesquisas e processos próprios. A Comunicação em Saúde tem escopo institucional, comumente restringe-se aos ambientes de sua própria produção (institutos, universidades, secretarias) e diz respeito às diretrizes da comunicação pública das políticas e instrumentos do Estado. Devido ao escopo limitado em termos de repercussão e abrangência da Comunicação em Saúde, o conceito ampliado de saúde, caro ao Movimento de Reforma Sanitária brasileira, não foi apropriado pelo imaginário social. De todo modo, cabe definir “saúde na mídia” como os modos pelos quais a saúde é veiculada, circulada e apropriada por meio dos sistemas de mídia no país.

Se o campo da Saúde Coletiva compreende as dimensões legais, econômicas, administrativas, epidemiológicas, filosófica e sócio-históricas, não há como negligenciar o plano factual e informativo, que define o modo como as informações sobre a saúde e a doença são coletivamente disponibilizados. Assim, Saúde Coletiva é também a saúde que aparece na mídia. Cabe, no entanto, considerar que a mídia não apenas seleciona fatos em detrimento de outros, mas produz fatos coletivos, que são as notícias (LEFÈVRE, 1999).

Entende-se a notícia como todo enunciado jornalístico que representa certos aspectos da realidade, resultado de um processo onde participam fatores pessoais, sociais, ideológicos, históricos e tecnológicos, e que comporta a informação com sentido compreensível em um dado momento histórico, ainda que a atribuição de sentido, em última instância, dependa do consumidor da notícia. Portanto, devido ao seu caráter “indiciático”, não espelham necessariamente a realidade, mas realizam representações de aspectos desta dentre uma infinidade de possíveis representações. Porém, as notícias não estão apenas indiciadas aos fatos dos quais as notícias descrevem, mas também às circunstâncias da sua produção (SOUSA, 2000).

Segundo Lefèvre (1999), o que se define como fato coletivo não significa a deformação da informação por uma instância meramente reprodutora de uma ideologia dominante, posto que a vida em sociedade exige o fato coletivo, compreendido enquanto conjunto de informações

coletivas que contribuem para orientar a vida em sociedade. O fato coletivo é um bem simbólico, simultaneamente entidade coletiva e bem de consumo, produzido por uma instância supra individual e seu respectivo suporte, mas apropriada de modos diversos e polissêmicos. Enquanto bem de consumo, o fato coletivo é atravessado pela dimensão econômica que, em sua relação com a saúde e a doença, define o adoecimento como sofrimento privado que desemboca no corpo individual, objeto de intervenção médica e lócus do consumo medicamentoso e de investimento pessoal no melhoramento da performance física.

A noção de enquadramento (*framing*) se apresenta como conceito promissor para a compreensão das relações tecidas entre jornalismo e os atores sociais da saúde. Dentre as investigações que utilizam o referencial teórico-metodológico da análise de enquadramento nos estudos em saúde, cabe mencionar a pesquisa que se dedicou ao estudo dos enquadramentos do tema do aborto durante a campanha eleitoral (FONTES, 2012); a análise do enquadramento sobre o tratamento ao usuário de crack publicada nos jornais brasileiros, a partir da Ação Integrada Centro Legal desenvolvida em São Paulo (LOPES, 2013); o estudo sobre a participação dos pacientes na cobertura de revistas brasileiras sobre o uso de embriões humanos nas pesquisas com células-tronco (BROTAS; BORTOLIERO, 2012); assim como o estudo sobre os enquadramentos presentes em um programa televisivo brasileiro sobre saúde (COSTA, 2015). Na perspectiva destas investigações, não seria o jornalismo que determinaria os enquadramentos de mundo, ou mero reflexo das políticas editoriais dos veículos de comunicação, ou da liberalidade dos jornalistas (CARVALHO, 2010). Os frames seriam produzidos a partir das relações estabelecidas entre a mídia e o campo da saúde, compreendido como campos indissociáveis do universo social e simbólico, em constante disputas de poder e de sentido sobre o processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Goffman (apud CARVALHO, 2010), os sujeitos organizam suas experiências e tornam o mundo compreensível a partir de quadros de referência organizadores, que atuam como molduras sobre as formas de perceber o mundo, porém passíveis de modificação pela ação social dos próprios sujeitos. Os sistemas de mídia funcionam também como atores sociais que não apenas espelham a realidade, mas que também participam da sua construção operando narrativas sobre o mundo.

Contudo, resta reconhecer que não há unanimidade sobre a definição de enquadramento. Há amplo percurso histórico na construção desde conceito, perpassando Tuchmann e a análise das influências estruturais sobre a produção das notícias; Gitlin, que enfatizou o enquadramento a partir dos princípios de seleção, ênfase, apresentação e exclusão, por meio do qual os símbolos organizam os discursos, inclusive imagéticos; e o entendimento de Entman, que define *framing*

pelos critérios de seleção e saliência, onde aspectos da realidade são selecionados e tornados mais salientes no corpo de um texto comunicativo (GONÇALVES, 2011; CARVALHO, 2010).

No entanto, é possível afirmar que, subjacente às diferentes definições, a noção de enquadramento jornalístico ou noticioso se refere aos quadros de referência de caráter simbólico e interpretativo que participam e orientam a construção das notícias em um espaço de disputa de sentidos, o que aponta para a notícia como influenciadora da construção social, sendo ela mesma socialmente construída, o que disso não derivaria que os sujeitos interpretem as notícias de maneira universal e homogênea (GONÇALVES, 2011).

Método

A primeira etapa do estudo consistiu na seleção de notícias veiculadas na mídia impressa pelos dois jornais de maior circulação no Estado da Bahia, entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014.

O período de coleta foi escolhido tendo como parâmetro a data de lançamento do referido programa. O levantamento das notícias impressas publicadas no Jornal A Tarde se deu através da busca pela palavra-chave “crack, é possível” através de software disponibilizado na sede da referida empresa em 13 de outubro de 2015. O levantamento das notícias impressas publicadas pelo jornal Correio da Bahia ocorreu na sede da Rede Bahia em 23 de outubro de 2015. Buscou-se atender aos critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência na seleção das notícias. Com base na palavra-chave, foram retornadas na busca 14 notícias veiculadas pelo A Tarde e 9 notícias publicadas pelo Jornal Correio, totalizando 23 notícias. Destas, foram selecionadas apenas 9 notícias do Jornal A Tarde e 4 notícias do Jornal Correio, totalizando 13 notícias. 10 notícias foram excluídas de acordo com os seguintes critérios: apenas citam o programa, sem discuti-lo ou abordá-lo diretamente; notícias publicadas nos campos de opinião; notícias publicadas no espaço do leitor. Tais exclusões ocorreram porque as notícias dos campos de opinião e espaço do leitor são geralmente acompanhadas de avisos de que tais publicações não traduzem a opinião do jornal, mas somente dos autores dos textos.

Identificados o ano, o mês e a página de publicação, procedeu-se à cópia das notícias, disponibilizadas pela Biblioteca Pública do Estado da Bahia.

A segunda etapa envolveu a Análise do Enquadramento das notícias selecionadas. O método de produção dos dados envolveu a identificação de palavras e expressões recorrentes, bem como padrões persistentes e estereotípias nos textos e nos recursos gráficos levantados,

sem apartar esta etapa da análise da interlocução dos bens simbólicos produzidos pelos sistemas de mídia e os elementos políticos, jurídicos e culturais que circulam no entorno da discussão sobre o crack. Adotou-se a abordagem dedutiva, que possibilita a emergência dos quadros através da categorização das notícias após análise exaustiva do material, subsidiada na revisão de literatura sobre mediatização do crack e o percurso das políticas de drogas no Brasil.

Resultados e discussão

Foram identificados os quadros: Jurídico-Moral, Política de Saúde, Político-Econômico e Biomédico, sintetizados no Quadro 1. Os dados levantados indicam a ocorrência de 35 declarações ou registros do quadro Jurídico-Moral, hegemônico nas notícias que abordam o programa “Crack, é Possível Vencer” nos veículos de comunicação investigados. Por sua vez, o quadro Política de Saúde apresentou 29 ocorrências, indicando importante tensão entre estes, devido ao antagonismo presente nos diferentes projetos políticos e nas diferentes formas de compreender a droga e os usuários, subjacentes aos quadros. O quadro Político-Econômico apresentou 25 ocorrências, enquanto que o Biomédico apresentou apenas 8.

Quadro 1 – Enquadramento das notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”

QUADROS	DESCRIÇÃO	DISPOSITIVO DE ENQUADRAMENTO	DISPOSITIVO DE RACIOCÍNIO
Jurídico-Moral	O crack como problema de justiça e de segurança pública, expresso por meio de perspectiva culpabilizadora e repressiva.	Palavras, expressões como “combate ao crack”, “combate ao uso de droga”, “combate ao tráfico”, “ação contra o crack”, “na mira do programa”, “resgatado por agentes da Igreja Católica”, “cracolândia”, “monitoramento por câmeras”, “fumar à luz do dia”, “repressão sem complacência”, “é possível vencer o problema”. Imagens que retratam o aprisionamento de usuários, cenas de uso do crack que associam a droga à “sedução” e ao “mal”.	Compreende o crack como problema em si; utiliza-se de argumentos de caráter jurídico e repressor; o consumo do crack como problema de segurança pública; associa criminalidade e violência ao consumo, responsabilizando o indivíduo pelos males sociais; usuário como objeto de intervenção policial e religiosa; centralidade do uso de armas; a internação compulsória é apresentada como medida resolutiva e prioritária do Estado.
Política de Saúde	Referência ao uso abusivo do crack como fenômeno de determinações	Palavras e expressões como “consultórios de rua”, “ambulatórios móveis”, “psicólogos”, “lideranças	Aponta para o uso do crack como objeto de enfoque na rede de serviços de saúde e dos dispositivos que integram a rede

	sociais, econômicas e psicológicas, definindo-se as estratégias de acompanhamento em rede de serviços substitutivos de base territorial.	loais”, “equipe multiprofissional”, “redução de danos”, “humanizado”, “sofrimento psíquico”, “vínculo de confiança”, “atendimento psicossocial”, “rede de atendimento”, “ação nas escolas”, “unidades de acolhimento”, “proteger a vida”, “espaço social”, “projeto de vida”.	intersetorial; destaca a promoção da saúde, de vida e de cidadania como princípios basilares da intervenção de caráter psicossocial, realizado em serviços territoriais por equipe multiprofissional.
Político-Econômico	O crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos.	Palavras e expressões como “termo de adesão”, “investimento no programa”, “R\$ 4 bilhões da União”, “convênio com o Ministério da Justiça”, “convênio com a União”, “recurso será investido”. Imagem que retrata Dilma apresentando o programa Crack, é Possível Vencer.	Adesão dos Estados e Municípios ao programa Crack, é Possível Vencer; são apresentadas as estratégias de implementação do programa, considerando seus eixos norteadores (prevenção, cuidado e autoridade); ênfase na discussão sobre os custos do programa e na elevada disponibilização de recursos públicos destinados ao enfrentamento do crack.
Biomédico	O uso do crack como doença e o usuário como indivíduo avolitivo, objeto do saber e poder médico.	Palavras e expressões como “tratamento de viciados”, “dependente químico”, “epidemia de crack”, “comunidade médica”, “risco à própria vida”, “sinais de intoxicação”, “diagnosticado”.	Perspectiva que aponta para o problema do crack como decorrente de desordens neuromédicas, legitimando a internação involuntária; Perspectiva médico-centrada, onde o crack é considerado problema de saúde, de caráter epidêmico, comparado à Aids.

Fonte: elaboração própria.

O quadro Jurídico-Moral: a política proibicionista e a culpabilização dos usuários

A análise do enquadramento das notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” aponta para a presença persistente do quadro Jurídico-Moral e reflete sentidos partilhados socialmente, em que o crack consiste em um problema em si mesmo, entidade autônoma e deslocada da história, cabendo como estratégia de sua resolução a implementação de ações de “combate ao crack” por meio da força repressora do Estado.

A hegemonia do quadro Jurídico-Moral aponta para a persistência da definição do crack como problema de polícia e não como doença. A partir de uma perspectiva moralizante do crack, vê-se o consumo como fomentador do tráfico e reprodutor da violência e, sendo o principal responsável pelas mazelas coletivamente compartilhadas decorrentes do seu consumo,

caberia ao Poder Judiciário, sob a égide do Código Penal, intervir sobre sua liberdade, de modo a assegurar o ordenamento social.

O quadro Jurídico-Moral indica como as notícias atendem os anseios culturais por exclusão e segregação dos usuários de crack, tidos por sujeitos desviantes, por meio de discursos que associam a droga à criminalidade, ao perigo e à violência que, produzidos e circulados como bens simbólicos pelos veículos de comunicação, resultam no fenômeno da mediatização do crack. Para Volcov e Vasconcellos (2013), é através da mídia que se tem colocado em pauta o uso das drogas como problema de segurança ou de saúde pública.

Os dispositivos de enquadramento mais presentes indicavam palavras e expressões que remetem aos mecanismos sociais de controle, como “monitoramento por câmeras”, “repressão sem complacência”, “ação contra o crack”, “combate ao tráfico” e “é possível vencer o problema”. Tratam-se de expressões que remetem ao paradigma proibicionista de guerra às drogas, que reduz a assistência ao viés moral, dissociada das diferentes trajetórias de vida e das experiências de sofrimento das pessoas que realizam uso de drogas. Embora o quadro Jurídico-Moral seja hegemônico na notícia “Arma de choque será usada contra viciados”, por meio do uso reiterado de certas expressões, jargões e imagens, se faz presente outras vozes, que apontam para a repressão do consumo como objeto de controvérsia entre os quadros Jurídico-Moral e Política de Saúde:

CRACK: As polícias do Brasil terão armas de choque e spray de pimenta para conter dependentes de crack. A distribuição desses dispositivos é uma das ações previstas no programa “Crack, é Possível Vencer”, do Ministério da Justiça. **A utilização de força policial, incluindo armas não letais, para o controle de dependentes é controversa.** Em São Paulo, operação iniciada em janeiro por estado e prefeitura foi **criticada por especialistas**, que defendiam **foco maior em saúde.** (“Arma de choque será usada contra viciados”, publicada em 15 de novembro de 2012, grifo nosso.)

As imagens, quase que em sua totalidade, também reforçam o quadro Jurídico-Moral. Consistem em imagens fotográficas ou charges que utilizam de maneira recorrente a função emotiva, com o retrato de jovens negros e negras, vestidos com trapos, em cenas de consumo em via pública. Há, também, imagens em que jovens são carregados e enviados para internação compulsória por agentes da Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro. A charge veiculada reitera o título da notícia “internação involuntária para enfrentar o crack”, apresentando o desenho de um jovem negro e magro, acuado e hipnotizado por um objeto misto de cachimbo e de serpente.

Os achados coadunam com o estudo de Souza e Oliveira (2008), que se dedicaram a análise de reportagens divulgados em um jornal impresso de Salvador sobre o fenômeno das drogas. De maneira semelhante, as autoras confirmaram o enfoque reducionista das drogas pela

mídia impressa, vinculação das drogas à violência e divulgação de representações estereotipadas do usuário, centrado no sexo masculino, de etnia negra e residente em bairros periféricos. Cabe ressaltar que o fenômeno das drogas engloba a produção, a circulação e o consumo de substâncias psicoativas e é complexo, envolvendo múltiplos fatores de caráter histórico e permeados por questões que não se restringem à dimensão jurídica do consumo e do narcotráfico, mas envolvem também as esferas cultural, política, social, simbólica e econômica nos diferentes modos que as pessoas encontram de se relacionar com as substâncias psicoativas.

Embora houvessem diferentes atores entrevistados, não houve assimetria entre os falantes, de modo que as notícias privilegiaram a fala dominante das fontes oficiais, sendo estes representantes da Secretarias nacional e municipal de Segurança Pública, Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Ministério da Justiça, Ministério da Saúde, bem como demais representantes do poder Executivo e Judiciário. Em apenas uma notícia, os jornalistas optaram por entrevistar transeuntes e moradores do bairro da Barra, região nobre de Salvador, apresentando suas opiniões sobre a contribuição do programa. Os relatos apontam para a necessidade de garantia do ordenamento e da paz pública por meio da internação involuntária dos usuários, responsabilizados pelo aumento da criminalidade e, secundariamente, avaliam os benefícios do programa com o tratamento da dependência, aqui compreendida enquanto “vício”.

Quem mora na Barra ou apenas frequenta o local, a exemplo da consultora de vendas [...], 34 anos, vê a iniciativa como necessária. Ela observa que **“tudo que vier para garantir uma maior segurança da população e, por consequência, tratar o vício das drogas, sempre será bem-vindo.** Por sua vez, o vendedor de água de coco [...] de 48 anos, avalia a adesão ao programa “Crack, é Possível Vencer” como “importante” porque, segundo espera, deve **trazer mais tranquilidade a moradores e frequentadores da barra.** **“O crack está acabando com as pessoas, que acabam cometendo pequenos furtos para sustentar o vício,** como já vi por aqui”, afirmou. (“Polícia propõe uma ação anticrack mais humanizada”, publicada em 2 de outubro de 2014, grifo nosso).

Depoimentos de usuários são evocados para coadunar com o paradigma proibicionista, tornando tênue a linha que separa o quadro Jurídico-Moral do quadro Biomédico. As experiências pessoais são suscitadas nas narrativas tão-somente para coadunar com a responsabilização dos sujeitos pelas circunstâncias da vida e pelas condições inadequadas de moradia ao qual estão submetidos. Durante as narrativas, as drogas aparecem como substâncias dotadas de poderes próprios, e os sujeitos, desprovidos de protagonismo, se descrevem incapazes de compreendê-la ou ofertar resistência diante de seu potencial de sedução:

“Eu morava e trabalhava em Salvador, conheci uma mulher e passei a fumar crack. **Quando fui ver, havia perdido o trabalho e já morava na rua.** [...] Já o lavador de

carros E.A.J., 27, três filhos, hoje na Casa do Alabastro, morava em Salvador e pretendia ir trabalhar em São Paulo. “**Nem sei dizer bem o que ocorreu**, só sei que não deu certo **e quando abri os olhos, já morava nas ruas**. Estou nessa há quatro anos. Mas acho que agora vou conseguir sair”, apostou. (“Programa busca reabilitar dependentes químicos”, publicada em 21 de janeiro de 2014, grifo nosso).

Segundo Gey Espinheira (2004), a banalização do consumo (que, evidentemente, se diferencia sobremaneira da noção biomédica de “epidemia das drogas”), dissociada de modos de uso apartados da especificidade de pautas culturais, ritualizados ou não, convive com o recrudescimento dos mecanismos de controle do ordenamento social e de dispositivos preventivos. A perspectiva moralizante do uso de drogas compreende a substância como *algo que persiste, a despeito de todos os esforços*, que se dão por meio da ação legal, por meio do discurso moral ou através de determinados modos de atender as pessoas que realizam uso abusivo.

Em oposição à perspectiva jurídico-moral, que tipifica o consumidor como força poderosa que corrompe sujeitos moralmente fracos, a perspectiva ética resgata a heterogeneidade social e cultural dos usuários, onde se diferenciam as trajetórias de vida, a renda, a etnia e a classe social, as formas de consumo, os espaços em que se realizam os diferentes modos de uso, bem como as diferenças na composição química das substâncias consumidas nestes espaços, aspectos estes que se relacionam com os modos dos quais o mercado ilegal regula as relações de consumo (economia de drogas), isto é, como se distinguem os consumidores conforme seus gostos e seu potencial aquisitivo na busca de produtos a partir de critérios como preço, qualidade e sofisticação (ESPINHEIRA, 2004).

Considerando-se os achados, é possível afirmar que o quadro Jurídico-Moral aponta para um conjunto de estratégias discursivas e imagéticas de natureza ideológica adotadas nas notícias, que por um lado tornam salientes a naturalização do crack como avassalador, violento e viciante (“craving”) e a substância como inimigo público, e por outro oculta, exclui ou secundariza o papel da rede substitutiva na garantia de direitos, produzindo bens simbólicos que coadunam com a política da repressão em detrimento das políticas de promoção da saúde.

O quadro Política de Saúde: promoção de saúde e cidadania a partir de estratégias reabilitadoras

Em oposição ao quadro Jurídico-Moral, o quadro Política de Saúde define o usuário de crack como objeto de enfoque na rede de serviços de saúde e nos dispositivos que integram a rede intersetorial, sobretudo nos serviços que integram a Assistência Social, Educação e

Cultura. Em consonância com os princípios basilares da Reforma Psiquiátrica brasileira, adota a premissa basagliana ao colocar a doença entre parênteses e tomar como objeto a experiência-sofrimento do sujeito em sua relação com o corpo social. Para além dos aparatos manicomial e das formas historicamente consolidadas de exclusão dos sujeitos que não coadunam com o modelo estabelecido de normalidade, o enquadre da Política de Saúde destaca a promoção da saúde, da vida e da cidadania como princípios éticos, realizados na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), conjunto articulado de serviços territoriais que exercem o cuidado em saúde mental por meio de equipes multiprofissionais e estratégias sociocomunitárias.

Como referência às estratégias de reabilitação adotadas no âmbito das políticas de saúde mental, que envolvem a reconstrução do direito à cidadania, ao trabalho e à palavra a partir de encontros afetivos como fundamentos do ato terapêutico, o quadro Política de Saúde se manifesta nas notícias através de dispositivos de enquadramento como “atendimento psicossocial”, “projeto de vida”, “rede de atendimento”, “proteger a vida”, “vínculo de confiança”, bem como referência a serviços como “Centros de Atenção Psicossocial”, “Consultórios de Rua”, “Unidades de Acolhimento”, dentre outros dispositivos.

O depoimento de Alexandre Padilha, até então Ministro da Saúde, destacado na notícia, ilustra como o quadro Política de Saúde seleciona elementos que coadunam com uma complexa rede de cuidados aos usuários de crack, salientando a defesa ao direito à saúde e à vida, que não se esgota à atenção integral por meio de dispositivos públicos, mas que reconhece o papel da construção terapêutica de novos modos de existência, em consonância com o paradigma da Reabilitação Psicossocial:

“Temos que oferecer um novo **projeto de vida** ao dependente químico porque **a relação com a droga tem relação com o lugar onde ele vive, com o espaço social, a sua condição na família**. Isso exige **serviços de saúde diferentes para necessidades diferentes**”, afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha. (“Governo federal reforçará a rede de atenção local”, publicada em 10 de dezembro de 2011, grifo nosso).

Roberto Tykanori (KINOSHITA, 2016) define a Reabilitação Psicossocial como uma questão de produção de valor sobre os usuários. Para o autor, como condição para a realização de intercâmbio de bens, mensagens e afetos, exige-se como pré-condição um valor atribuído a cada indivíduo que participa das relações de troca, o que o autor define como poder contratual ou contratualidade. A pessoa em situação de sofrimento, ao receber o atributo de doente mental, recebe de início sua negatividade, ao mesmo tempo em que tem o seu poder contratual anulado: seus bens são considerados suspeitos e suas mensagens incompreensíveis, obstaculizando a

produção de afetos. Nessa perspectiva, por meio da Reabilitação Psicossocial se busca aumentar o poder contratual do usuário por meio de mediações que ampliem as possibilidades em participar do processo de trocas sociais, isto é, como processo que restitua o poder contratual com vistas a ampliar sua autonomia.

Historicamente, os manicômios cumpriram sua função de tornar quaisquer manifestações de poder e afeto dos pacientes em negatividade ou manifestação sintomática, instituindo-se como lugar de troca zero. Portanto, aos profissionais de saúde mental espera-se o reconhecimento de que a desinstitucionalização não se esgota no desmonte dos manicômios e de práticas de separação dos usuários do convívio social, mas implica em participação ativa na oferta de situações de troca, sem recair no reducionismo da assistência humanizada, mais tolerante, porém excludente. A autonomia, compreendida como a capacidade dos sujeitos produzirem normas para si mesmos nas diferentes situações que vivenciam, seria aumentada por estratégias micropolíticas que ampliem a capacidade de elaborar projetos e de ações que modifiquem as condições concretas de vida e de desigualdade, condições de possibilidade para as abordagens terapêuticas de cuidado (KINOSHITA, 2016).

A expressividade do quadro Política de Saúde, em oposição ao quadro Jurídico-Moral, indica para as tensões entre os diferentes projetos que circulam no entorno das políticas de drogas que, devido ao jogo de forças e de interesses entre diferentes atores, se alternam entre propostas políticas que, de um lado, coadunam com o paradigma proibicionista de guerra às drogas, de internação involuntária e de culpabilização do consumidor final pelo desemprego, pela violência urbana e pelo narcotráfico e, de outro, por políticas sociais que objetivam a produção de cidadania, saúde e cuidado territorial aos usuários e seus familiares. Estas tensões entre os quadros são representadas por imagens que apresentam as pessoas que fazem uso de crack em situação de rua, cometendo furtos, encarceradas, seduzidas pela substância ou tomadas como objeto das ações institucionais.

Cabe, contudo, mencionar que o cenário contemporâneo aponta para certo recrudescimento de políticas de drogas proibicionistas no Brasil, ao tempo em que países como Portugal, Holanda, Finlândia, Uruguai e Espanha caminham na contramão do proibicionismo e seus efeitos, como a abusividade das abordagens policiais, o sucateamento das políticas de saúde, as violações de direitos nas comunidades, o encarceramento em massa e as violações de direitos humanos. É sabido que as políticas proibicionistas fortalecem o crime organizado, no instante em que a violência é posta como princípio regulador do mercado de drogas ilícitas. Ao narcotráfico acompanham-se disputas por territórios, por troca de favores e influências nos poderes legislativo e judiciário, no plano macropolítico, por meio da corrupção de dispositivos

vinculados às diferentes instituições públicas, e no plano micropolítico, na estigmatização e marginalização do usuário, tratado como improdutivo, imoral e pária social (CUSTÓDIO, 2015).

No campo das políticas de saúde, observa-se que esses tensionamentos se expressam através do *lobby* realizado por Confederações, Associações e parlamentares representantes das Comunidades Terapêuticas (CTs), que realizaram intenso processo de institucionalização desses dispositivos privados que recebem repasses públicos para promover a exclusão dos usuários de drogas do seu convívio social e familiar, legitimando-se ao tempo em que resgatam a mesma e velha lógica privatista e manicomial (TÓFOLI, 2015). Tais representantes destas instituições, em sua maioria vinculadas a organizações evangélicas, mesmo com recorrentes denúncias de violação dos direitos humanos, vêm obtendo sucessivos êxitos junto ao legislativo, seja por meio da publicação da Nota Técnica nº 055/2013 - GRECS/GGTES/ANVISA, que dispõe esclarecimentos sobre artigos da RDC Anvisa nº 29/2011 e sua aplicabilidade pelas CTs, seja pela sua inclusão enquanto dispositivo da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), considerado “Serviço de Atenção em Regime Residencial” na Portaria MS n. 3088/2011, seja por meio da recente inclusão desse serviço no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), enquadrado como “Polo de prevenção de doenças e agravos e promoção da saúde” pela Portaria MS n. 1.482, de 25 de outubro de 2016, como parte do projeto político de desmonte da rede substitutiva no SUS.

Tensionamentos semelhantes podem ser identificados, de um lado, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010) e pelo programa “Crack, é Possível Vencer”, orientados pelo modelo de campanhismo anticrack, e por outro, pela Política do Ministério da Saúde pela Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), que exige novas estratégias de contato e vínculo entre profissional, usuário e familiares por meio da defesa da vida, orientada metodologicamente pela Redução de Danos e desenvolvida por meio da construção de redes entre os múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção, segundo as diferentes necessidades dos envolvidos.

O quadro Político-Econômico: o enfrentamento ao crack como gasto público

O quadro Político-Econômico define o crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos do programa “Crack, é Possível Vencer” entre os poderes do executivo federal, estadual e municipal. Assim, o crack torna-se um problema econômico, que envolve negociações políticas pela captação dos repasses e se

caracteriza pela adoção de medidas administrativas e burocráticas. Nesse sentido, as notícias que se situam no quadro Político-Econômico secundarizam as experiências dos usuários e dos profissionais responsáveis pela produção do cuidado, e excluem do plano de análise as lutas políticas que se dão na esfera pública e que se expressam no binômio serviços substitutivos e instituições asilares, restringindo-se à simplificação da problemática do consumo à questão de investimentos financeiros centralizados pelo Governo Federal e distribuídos aos estados e municípios.

Não raro, as notícias que expressam o quadro Político-Econômico se reduzem à seleção de elementos textuais e imagéticos que se referem aos montantes destinados aos aparatos de repressão do Estado, como a compra de videomonitoramento das “cracolândias” e a aquisição de veículos destinados aos equipamentos de segurança pública e investimentos no treinamento de policiais, denotando interfaces entre o quadro Político-Econômico e o Jurídico-Moral. Eventualmente, o programa é anunciado ora como investimento, ora como despesa pública que onera o contribuinte, e a ação política é apresentada como constrangida pela campanha eleitoral e por interesses de ordem político-partidários.

Segundo Carl Hart (2015), o Brasil persiste trilhar a mesma política proibicionista delineada pelo governo Nixon a partir de 1971, por meio da destinação de R\$ 4 bilhões ao programa “Crack, é Possível Vencer”. O autor afirma que embora o crack tenha sido apontado nos Estados Unidos da América como o responsável pelo aumento dos indicadores de homicídio e desemprego nos anos 90, a taxa de homicídio e desemprego foram maiores nos anos 80, anteriores ao surgimento do crack. As políticas amparadas no ideário de um mundo sem drogas resultam em práticas segregacionistas que ampliam a marginalização da população negra, que constitui quase 50% da população brasileira, mas que representam menos de 5% no legislativo e que permanecem excluídos da classe média (HART, 2015).

O quadro Biomédico: o consumo como doença e a epidemia do crack

O quadro Biomédico aparece como minoritário dentre os demais. O quadro é expresso nas notícias por meio de palavras e expressões “tratamento de viciados”, “dependente químico”, “epidemia de crack”, “comunidade médica”, “risco à própria vida”, “sinais de intoxicação”, “diagnosticado”. Como dispositivo de raciocínio, este enquadre define o problema do consumo do crack como decorrente de desordens genéticas, clínicas ou neuromédicas, legitimando a internação involuntária do sujeito doente, simultaneamente transgressor e avolitivo. Trata-se de

uma perspectiva centrada na figura do médico, onde o crack é considerado como doença ou epidemia, comparado às Infecções Sexualmente Transmissíveis:

Epidemia: o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, **comparou o momento atual no combate à droga à epidemia de Aids** no início da década de 80, quando a **comunidade médica** se viu diante de questionamentos éticos e de como atuar para resolver o problema. Na visão de Padilha, a Aids agora está sob controle e a saúde encontrou uma forma de atuação. Isso, segundo acredita, deve se repetir com o crack. **“O crack tem a mesma dimensão** deste desafio. No conceito técnico, **estamos, sim, diante de uma epidemia de crack em nosso país**”, disse o ministro (“Dilma lança pacote de R\$ 4 bilhões contra crack”, publicada em 8 de dezembro de 2011, grifo nosso).

Como estratégia de resolução, o quadro Biomédico aponta para o modelo sanitário campanhista e a divulgação de informações com forte apelo emocional ou que indiquem os riscos de dependência desde o primeiro consumo como estratégias preventivas prioritárias.

Para Cunda e Silva (2014), o campanhismo anticrack é subsidiado nas conceituações psicológicas de desestrutura familiar e da perda das referências parentais, resultando na culpabilização do binômio indivíduo e família pelo consumo do crack de algum de seus integrantes. Este modelo campanhista se apresenta em notícias que exigem do poder público a internação em massa dos usuários, definidos como doentes mentais ou dependentes químicos, e ampara seu discurso publicitário nas neurociências, que reivindicam a fatalidade da alteração neuronal ou do circuito de recompensa cerebral, à iminência da morte perante o uso, no levantamento de fatores de risco para o envolvimento, às heranças genéticas da dependência e ao suposto déficit cognitivo resultante do consumo regular da droga.

O fato do quadro Biomédico aparecer como minoritário dentre os demais pode estar relacionado àquilo que Madel Luz (2012) chama de “crise do saber médico”, que não se refere à crise da medicina enquanto campo produtor de conhecimento, mas à crise de sua própria Racionalidade, compreendida enquanto sistema complexo e estruturado que envolve uma morfologia, uma dinâmica vital, uma doutrina, um sistema de diagnose e de terapêutica. Para a pesquisadora, esta crise se caracterizaria pelo afastamento da medicina do sujeito em sofrimento enquanto totalidade, descentrado enquanto objeto de investigação e objetivo da prática terapêutica para dar lugar à doença, acompanhada da desmesurada ênfase no diagnóstico e em tecnologias predatórias e iatrogênicas em lugar da medicina enquanto arte de curar. Esta crise de legitimidade da Racionalidade Médica coincidiu com a redemocratização no Brasil na década de 80 e com o boom da fitoterapia, homeopatia e Medicina e deu lugar a novos paradigmas médicos, que propunham resgatar o sujeito doente como totalidade biopsíquica no centro do paradigma, bem como resgatar a relação como elemento fundamental da terapêutica.

Como observado por Tófoli (2015), as políticas de drogas permanecem como campo de disputas entre diferentes projetos afeitos à defesa da Redução de Danos, de defesa dos direitos humanos das pessoas que usam drogas e em defesa do SUS e, por outro, de projetos conservadores alinhados aos interesses do capital privado em defesa do ideário da “guerra às drogas”, apontando para as contradições entre as políticas oficiais e entre estas e sua execução.

Carl Hart (2015), em sua vinda ao Brasil, visitou a favela da Maré no Rio de Janeiro e foi alertado de que encontraria *cracolândias* repletas de “zumbis” movidos pelo desejo incontrolável de obter mais uma outra “pedra”. Mas não presenciou apenas brigas e uso de crack em cachimbos improvisados, mas narrativas sobre violência policial, desemprego, pobreza, sonhos e projetos de vida. Talvez o desafio seja seguir nos caminhos do Gey Espinheira (2004) e observar que os distintos modos de se relacionar com a droga se localizam na busca pelo sentido da existência, mas sem dissociar tal busca da constatação de que vivemos uma sociedade modular, paradoxalmente da superabundância e da escassez, mas também do espetáculo, da insegurança, do medo e da desestabilização do trabalho. Por essa razão, ainda se faz necessário ressaltar que “slogans vazios, com suas rimas cativantes, são excelentes para animar os desinformados, mas eles também escondem os verdadeiros problemas e obstruem nossa capacidade de implementar soluções adequadas” (HART, 2015, p. 4).

Considerações Finais

A experiência humana é significada por meio de processos comunicacionais e tecnológicos, que caracterizam a sociedade midiaticizada. Não caberia compreender as notícias sobre o crack como espelhos translúcidos da realidade, ou mesmo como uma deformação ideológica do real, mas buscar identificar sob quais condições se produzem e circulam bens simbólicos sobre os modos de se lidar com a droga, isto é, quais os tensionamentos políticos, as inconsistências, as estratégias de poder e de produção de sentidos que são selecionadas, salientadas ou eliminadas nos discursos jornalísticos.

Os quadros identificados não consistem em mero produto da liberalidade do entendimento individual dos jornalistas sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” ou expressão direta das políticas editoriais dos jornais. Ao mesmo tempo em que os discursos da mídia afetam o nosso cotidiano e as formas com que construímos o sentido do mundo para além das nossas experiências diretas, os mesmos expressam modos de interpretação da realidade culturalmente estabelecidos.

Os achados apontam para enquadramentos das notícias que privilegiam o entendimento do programa a partir da culpabilização jurídico-moral dos usuários pelo uso, responsabilizando-os por consequências sociais que transcendem a esfera do consumo, ao mesmo tempo em que se fazem presentes quadros que salientam o papel das políticas públicas na produção de saúde e de cidadania dos usuários do crack.

Se o quadro Jurídico-Moral, por meio da culpabilização moral e penal, coaduna com práticas de internação involuntária, o mesmo pode ser dito do quadro Biomédico, que assim o faz por meio da compreensão do usuário-doente, incapaz de gerir a própria vida diante de uma doença ou deficiência tida por incapacitante, que sequestra do usuário a sua condição de sujeito, tornando-o objeto da intervenção médica e, por consequência, também objeto da internação involuntária.

O quadro Política de Saúde expressa modos diversos de lidar com o usuário de crack, rejeitando a culpabilização do usuário (seja por razões morais, penais ou biomédicas) e adotando estratégias dialógicas e complexas de acompanhamento, cuidado e reabilitação, por meio de serviços que minimizem os fatores de risco e fortaleçam dos fatores de proteção através da conjugação pactuada de recursos terapêuticos, familiares e comunitários. Nesse sentido, o quadro Política de Saúde se posiciona contrário a quaisquer estratégias que coadunem com métodos de intervenção coercitivos que reduzam a autonomia e o protagonismos dos usuários de crack, produtoras de cronificação.

O quadro Político-Econômico define o crack como objeto das ações de captação e destinação de recursos públicos do programa “Crack, é Possível Vencer” entre as esferas do Executivo. O crack se reduz a um problema econômico, que envolve negociações pela captação dos recursos e se caracteriza pela adoção de medidas administrativas, simplificando a problemática do consumo do crack à questão de investimentos financeiros. Tal simplificação aponta para os limites do quadro na compreensão dos diferentes planos de análise, posto que secundariza as experiências e os sentidos atribuídos aos modos de lidar com a droga dos usuários e dos profissionais responsáveis pela produção do cuidado.

A disputa entre os enquadres, e mesmo a sua formação, expressam os embates entre diferentes projetos políticos e movimentos sociais, a exemplo do movimento sanitário, da luta antimanicomial, de entidades de classe e de entidades representativas de usuários e familiares, assim como expressa também os interesses oriundos de instituições privadas como as Comunidades Terapêuticas, estas últimas objeto de destinação de recursos públicos pelo programa “Crack, é Possível Vencer”, competindo entre si no campo heterogêneo das políticas

de drogas no Brasil. Cabe, contudo, ressaltar que estas disputas são atualizadas no cotidiano micropolítico das práticas profissionais dos serviços de saúde do país.

É no cotidiano de trabalho que os profissionais que atuam no Sistema Único de Saúde (com destaque para as Unidades de Saúde da Família dentre os serviços territoriais, porta de entrada preferencial do SUS), podem disputar sentidos com o discurso hegemônico, por meio do posicionamento crítico diante da expressiva alocação de recursos públicos aos mecanismos de repressão do uso crack e pela ampla defesa às políticas públicas que objetivam a garantia dos direitos à dignidade da vida e à saúde, ou legitimar sentidos que responsabilizam os usuários pelos modos distintos de experienciar as drogas, coadunando com práticas discursivas e não discursivas de condenação jurídico-moral.

Acreditamos que o presente estudo contribui para a Saúde Coletiva ao ressaltar como os diferentes projetos que circulam no entorno da política de drogas no Brasil são atravessados pelas disputas de poder e influenciadas pela mediação. Espera-se, com a pesquisa, subsidiar investigações que se dediquem a analisar os modos de apropriação dos quadros discursivos da mídia sobre o crack, de modo a ampliar a visibilidade da relação entre a apropriação das formas simbólicas, a mídia e a políticas de drogas na produção do cuidado aos usuários de crack pelos profissionais que integram as Equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

BARROS, L. M. Recepção, mediação e mediatização: conexão entre teorias europeias e latino-americanas. In: JUNIOR, J. J.; MATTOS, M. A.; JACKS, N. (Orgs.). **Mediação & mediatização**. Salvador: EDUFBA, 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cartilha crack, é possível vencer**. Enfrentar o crack, compromisso de todos. Brasília: Ministério da Justiça, 2013.

BRASIL. 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.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 21 de maio de 2010.

BROTAS, A. M. P.; BORTOLIERO, S. T. Em nome do progresso da ciência e da saúde: a participação dos pacientes na cobertura do julgamento da legalidade das pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 4, 2012.

CARVALHO, C. A. Sobre limites e possibilidades do conceito de enquadramento jornalístico. **Contemporanea-Revista de Comunicação e Cultura**, v. 7, n. 2, 2010.

CHEIBUB, W. B. Práticas disciplinares e uso de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. **Psic., Ciência & Prof.**, v. 26, n. 4, p. 548-557, 2006.

COSTA, M. C. R. **Ressonância biomédica na mídia**: análise do enquadramento da saúde em programas da série de TV Ser Saudável-TV Brasil. Tese de doutorado em Cultura e Sociedade, IHAC/UFBA, Universidade Federal da Bahia, 2015.

CUNDA, M. F.; SILVA, R. A. N. O crack em um cenário empedrado: articulações entre o discurso jurídico, médico e midiático. **Psicol. Soc.**, v. 26, n. spe., p. 245-255, 2014.

CUSTÓDIO, R. ONG e política de drogas: um olhar sobre as estratégias de combate ao proibicionismo. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.

ESPINHEIRA, G. **A universalidade dos usos de drogas**: o lugar das drogas na sociedade pós-moderna. 1º Encontro Nacional de CAPS AD – Centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas: Drogas, saúde pública e democracia. Reduzindo danos, ampliando direitos. Santo André-SP, 26/27 de abril de 2004.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A.R.; FERREIRA, O.S.; MACRAE, E.; NERY FILHO, A., TAVARES, L.A. (Orgs.). **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.

FAUSTO NETO, A. Fragmentos de uma «analítica» da mediatização. **MATRIZES**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 89-105, 2008.

FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

FONTES, M. L. A. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1805-1812, jul. 2012.

GONÇALVES, T. A abordagem do enquadramento nos estudos do jornalismo. **Caleidoscópio: Revista de Comunicação e Cultura**, [S.l.], n. 5/6, July 2011.

HART, C. L. Slogans vazios, problemas reais. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.

HJARVARD, S. Mídia e cultura: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. **MATRIZES**, São Paulo, v. 8, n. 2, jan.-jun, 2012.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F (Org). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

LEFÈVRE, F. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999.

LOPES, E. P. O tratamento ao usuário de crack nas páginas policiais dos jornais brasileiros. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, n. 3, 2013.

LUZ, M.T. **Novos saberes e práticas em Saúde Coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MARINHO, M. B. O demônio nos "paraísos artificiais": considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 343-354, ago. 2005.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; BELENS, A. **Saberes em saúde, ciência e comunicação**. Salvador: EDUFBA, 2014.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia e cultura: crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 363-376, Jun. 2014.

SOUSA, J. P. Por que as notícias são como são? Construindo uma teoria da notícia. **BOCC**, Portugal, 2005.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F. Fenômeno das drogas: análise de reportagens veiculadas em um jornal de Salvador. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 22, n. 1-3, 2008.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

TÓFOLI, L. F. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.

VOLCOV, K.; VASCONCELLOS, M. P. “Crack, é Possível Vencer” ou é possível compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p.99-105, 2013.

WORM, N. **Políticas públicas de drogas**: estudo do programa crack, é possível vencer e as estratégias para uma política nacional. Tese de Doutorado em Direito Político e Econômico – Universidade Presbiteriana Mackenzie, São Paulo, 2016.

XAVIER, C. Mídia e saúde, saúde na mídia. In: **Caderno mídia e saúde pública**. Adriana Santos (Org.). Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública/FUNED, 2006.

4.2 Artigo 2 - Modos de apropriação dos enquadramentos da mídia em uma equipe de saúde da família: os efeitos do Discurso Jurídico-Moral Humanizador na produção da violência sanitária

Means of appropriation of the media frames in a family health team: the effects of the Humanizing Legal-Moral Discourse on the production of health violence

Resumo

As mídias afetam as práticas sociais e interferem sobre outros campos, como o campo da saúde pública, influenciando os sentidos e as interações entre profissionais e usuários. Assim, os discursos que associam a droga à morte, à loucura e à periculosidade ou, alternativamente, aos modelos psicossociais de cuidado em liberdade, podem se aproximar ou se distanciar das experiências concretas dos usuários e coadunar com práticas assistenciais na Atenção Básica que reiteram o modelo manicomial de atenção à saúde. Nesse sentido, por meio da análise das regularidades discursivas das entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de uma equipe de saúde da família do município de Camaçari-BA, utilizando-se como material de apoio as notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicadas em jornais impressos dos dois maiores veículos de comunicação no Estado da Bahia, observou-se a emergência de uma Formação Discursiva Jurídico-Moral “Humanizadora”. Esta Formação Discursiva indica um sistema complexo de diagnose e de terapêutica compartilhado pelos profissionais e que ideologicamente se pretende humanizadora, embora permaneça como subtipo do enquadre Jurídico-Moral, hegemônico nas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”. Trata-se de um discurso que produz efeitos de sentido que reproduzem a dialética inclusão e exclusão nas práticas assistenciais, rejeitando em sua superfície a intervenção policial e carcerária para, em seguida, substituí-la pela violência sanitária, sustentando a internação compulsória diante da falência do convencimento.

Palavras-chave: crack; saúde da família; midiaticização.

Abstract

The media affects social practices and interferes on other fields, such as the field of public health, influencing the senses and interactions among professionals and users. In this manner, the discourses that associate drugs to death, insanity and to risk or, alternatively, to psychosocial models of care in freedom, can approach or become distant from concrete experiences of users and conform to healthcare practices in Primary Care which reiterate the mental hospital model of healthcare. In this respect, by means of the analysis of the discursive regularities of the in-depth interviews performed with the professionals of a family health team in the municipality of Camaçari-BA, using as support news items on the program “Crack. It is possible to overcome” published in the printed press of the two main communication vehicles of Bahia, the emergence of a “Humanizing” Legal-Moral Discursive Formation was observed. This Discursive Formation indicates a complex system of diagnosis and therapy shared by professionals and which ideologically intends to be humanizing, despite remaining under the Legal-Moral subtype, hegemonic in news about the program “Crack. It is possible to overcome”. A discourse that produces effects in the sense that it reproduces the inclusion and exclusion dialectics in healthcare practices, rejecting on its surface police and correctional interventions, and then substituting these with healthcare violence, supporting compulsory committal in view of the failure of persuasion.

Key-words: crack; family health; media coverage.

1. Introdução

De acordo com o Governo Federal, o programa “Crack, é Possível Vencer” é um programa coordenado pelo Ministério da Justiça em parceria com os demais ministérios, e objetiva prevenir o uso e promover a atenção ao usuário de crack por meio de diferentes estratégias, que incluem o aumento de serviços de tratamento aos usuários, assim como o enfrentamento ao tráfico de drogas, por meio de ações que envolvam informação e capacitação (BRASIL, 2017a; 2017b).

O programa “Crack, é Possível Vencer” envolve as frentes de atuação prevenção, cuidado e autoridade. O eixo prevenção destina-se ao desenvolvimento de ações que fortaleçam vínculos familiares e comunitários e reduzir os fatores de risco para o uso de drogas. Para tanto, este eixo é centrado em ações de educação permanente, seja por meio dos Centros Regionais de Referência, seja por meio de capacitações à distância de profissionais da rede intersetorial para atuarem na prevenção do uso do crack, álcool e outras drogas. O eixo cuidado orienta o desenvolvimento de ações para estruturar redes de atenção à saúde e assistência social para atendimento aos usuários de drogas e seus familiares. No eixo autoridade, o programa objetiva, por meio da polícia de proximidade, que os operadores de segurança pública estabelecem laços de confiança com a comunidade, de modo a tornar mais resolutiva as ações de enfrentamento à violência. Igualmente, recursos são investidos em câmeras de videomonitoramento, policiamento ostensivo e bases móveis de segurança (BRASIL, 2017a).

Por meio da disponibilidade de recursos aos estados e municípios, esperava-se como meta para 2014 a formação de instâncias de gestão integrada em âmbito local, para planejamento e elaboração do plano de ação, implementação e avaliação das ações. De igual maneira, esperava-se obter o fortalecimento e a integração das redes de atenção à saúde, assistência social, de segurança e das escolas, bem como a “revitalização” dos espaços urbanos ocupados por cenas de uso do crack (BRASIL, 2017a).

Sabe-se que desde antigas civilizações o consumo de substâncias psicoativas esteve sob regulação social, por meio de normas e convenções socialmente compartilhadas que estabeleciam os contextos que condicionaram o uso. O proibicionismo, contudo, é fato recente na história da humanidade, constituindo-se como alicerce ideológico para as políticas públicas estadunidenses no início do século XX, por meio da proibição de comercialização de bebidas alcoólicas, tornando ilícito o consumo dessa substância a partir da promulgação da Lei Seca em 1920. Reaquecidas a partir de movimentos sucessivos de governos e por meio de conferências chanceladas pela ONU, o discurso proibicionista internacionalizou-se e alcançou

o Brasil, sem que o conjunto de leis e políticas nele amparadas produzisse como efeito nos países a diminuição do comércio ilícito das drogas ou do consumo, demonstrando-se assim sua falência e esgotamento. Pelo contrário, leis e políticas proibicionistas resultaram no crescimento do número de usuários e na sobrecarga do sistema de justiça por meio da superlotação de unidades prisionais, simultâneo ao crescimento de investimentos pela militarização das ações policiais, como ocorre com o programa “Crack, é Possível Vencer” (ALVES, 2009).

Entretanto, cabe salientar que o Brasil é orientado por um modelo misto de atenção aos usuários de drogas. As políticas públicas brasileiras sobre drogas resultam de tensionamentos que envolvem, de um lado, instituições de caráter asilar e religioso que exercem práticas de segregação sócio-familiar ainda expressivas no Brasil, conveniadas aos sistemas de justiça e de assistência social, em consonância às políticas de enfrentamento ao crack pelo Ministério da Justiça e com os acordos e convenções que estabelece a repressão ao tráfico e ao consumo dos quais o país é signatário. Por outro lado, é também resultado dos serviços e das práticas que objetivam a melhoria da qualidade de vida e a reinserção social dos usuários de crack e outras drogas, centrados em serviços territoriais e socioassistenciais de caráter comunitário, orientados pela redução de danos, e articulada em rede de serviços sociais e de saúde pública, em consonância com as políticas do Ministério da Saúde (ALVES, 2009).

Moreira et al. (2015) consideram que a expressiva destinação de recursos para o programa “Crack, é Possível Vencer” tem adquirido visibilidade por meio das “cracolândias”, cenas de uso em espaços públicos que mobilizam a atenção e a indignação da mídia e de setores da sociedade que exercem pressão sobre o poder público por soluções imediatas e repressoras. Dessa maneira, desafiam-se os modelos de atenção que alcançam usuários de substâncias psicoativas por meio dos sistemas de saúde e assistência social, substituindo-os por políticas de segurança pautadas na “guerra às drogas” e por modos de intervenção que pressupõem a criminalização do consumo e o encarceramento do consumidor.

Segundo Hjarvard (2012), os meios de comunicação têm impacto sobre os papéis sociais na interação, afetando a capacidade e o modo em que as pessoas se comunicam e agem. Portanto, a mídia consiste em agente de mudança social e cultural, sendo a midiatização um conceito-chave para compreensão do processo do qual a mídia se transformou em uma instituição semi-independente da qual as outras instituições têm que se adaptar. Isso não significa dizer que a mídia consistiria em um processo apartado da cultura e da sociedade; pelo contrário, significa entendê-la como parte indissociável das instituições, como a família, a religião, o trabalho e a política. O conceito de midiatização, embora definido de diferentes

maneiras em diferentes contextos, é resultado da intensificada importância da mídia na sociedade, que, por sua vez, torna-se cada vez dependente da lógica da mídia. Trata-se de um processo dual, onde os meios de comunicação passam a ser integrados às outras instituições ao mesmo tempo em que adquire status de instituição social.

Assim, a mediação pode ser direta, quando envolve situações onde uma atividade não mediada é convertida em mediada, ou indireta, quando uma dada atividade torna-se cada vez mais influenciada (quanto à forma, conteúdo ou organização) pelos símbolos e mecanismos midiáticos (HJARVARD, 2012).

Para Hjarvard (2012), a mediação não é um processo universal, mas se refere a um processo intensificado no final do século XX em sociedades ocidentais industrializadas, sobretudo por influência da globalização. Trata-se de um processo não-normativo, o que significa dizer que não deve ser definida, a priori, a sua influência como negativa sobre as instituições e sobre a política, o que apontaria para um entendimento equivocado de “declínio da esfera e do debate públicos” como decorrentes da mediação. Nesse sentido, as consequências positivas ou negativas da participação da mídia sobre as instituições e serviços (e, aqui especificamente, tomamos como exemplo as práticas assistenciais que envolvem os usuários de crack na atenção básica) só podem ser definidas a partir do estudo de contextos específicos.

Este estudo pressupõe que a maneira com que ocorre a apropriação dos produtos da comunicação sobre o crack podem resultar ou não em interpretações das construções simbólicas veiculadas que coadunam com práticas assistenciais verticais, descontextualizadas do universo social, político e histórico dos usuários de crack. Amparadas no discurso proibicionista, tais práticas seriam reduzidas à perspectiva moral e responsabilizadora do usuário pela condição de dependente, dissociada da diversidade das trajetórias de vida, dos contextos sociais e dos distintos modos de existência, bem como do potencial dos usuários de drogas em reconstruir e estabelecer novos sentidos para a vida.

Nessa perspectiva, buscamos estudar a apropriação das formas simbólicas sobre as políticas de drogas entre os profissionais da Atenção Básica, responsáveis pela atenção integral à saúde e delineamento de modos de cuidado às pessoas que fazem uso prejudicial de substâncias psicoativas, de modo a elucidar quais os significados que os profissionais de saúde da família conferem aos usuários de crack, tomando por base as notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” veiculadas pela mídia impressa.

A escolha da Unidade de Saúde da Família como locus da pesquisa tem por base o reconhecimento de que, ainda que os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) se constituam como serviços estratégicos na atenção aos usuários de drogas, o

cuidado em território deve ser realizado em rede e desde a Atenção Básica, considerando as diferentes dimensões da vida dos sujeitos em relação com a família e a comunidade, substituindo a tutela pelo acolhimento nas práticas reabilitadoras. Assim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) restitui a atenção à saúde como dispositivo potente para a construção de um modelo alternativo ao médico-privatista, capaz de ampliar a participação social e resgatar o vínculo e o acolhimento como tecnologias leves e, portanto, como elementos terapêuticos na relação entre profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRÊDA et al., 2005). Isso significa situar a saúde mental também a nível de Atenção Básica, produzindo o que Lancetti (2013) chamou de “complexidade invertida”, isto é, onde as intervenções hospitalares e ambulatoriais se tornam menos complexas que o cuidado desenvolvido em rede e no território existencial das pessoas, “nas entranhas das metrópoles”.

Considerando-se que as mídias não se afetam apenas entre si, mas afetam também outras práticas sociais, interferindo sobre outros campos e influenciando as interações, os discursos que associam a droga à morte e à periculosidade podem se distanciar da realidade concreta dos usuários e coadunar com práticas assistenciais na Atenção Básica que reiteram o modelo manicomial de atenção à saúde às pessoas que possuem problemas relacionados com o uso de substâncias.

Dessa forma, o presente estudo dedica-se a analisar os modos de apropriação dos quadros discursivos da mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” pelos profissionais de uma equipe de saúde da família, discutindo a influência da mídia nos discursos e práticas destes profissionais.

2. Método

Este artigo é produto de uma pesquisa qualitativa e exploratória, desenvolvida por meio da dissertação de mestrado intitulada “Discurso jurídico-moral e produção de saúde em uma equipe de saúde da família: modos de apropriação dos enquadramentos da mídia sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”, através do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, aprovado pelo parecer do CEP n. 1.778.709. Na primeira etapa da pesquisa, foram selecionadas treze notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” veiculadas entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014 pelos dois jornais de maior circulação do Estado da Bahia, analisadas na segunda etapa através do modelo da Análise do Enquadramento. Na terceira etapa, da qual se dedica esse artigo, foram realizadas entrevistas de profundidade com treze profissionais que atuam em uma Unidade de Saúde da Família vinculada à Secretaria da Saúde de Camaçari, tomando-

se como material de apoio nas entrevistas as referidas notícias selecionadas na primeira etapa.

A pesquisa foi realizada com os profissionais vinculados a uma Unidade de Saúde da Família do município de Camaçari-BA. Foram convidados os sujeitos que cumprem o seguinte critério de inclusão: ser profissional vinculado ao serviço de saúde da USF do bairro Phoc, vinculado à Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari – SESAU/PMC. Nesta Unidade, foram entrevistados treze profissionais da equipe de Saúde da Família. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC UFBA) pelo parecer n. 1.778.709.

O município de Camaçari possui população superior a 240.000 habitantes, predominantemente urbana. Possui o maior PIB (Produto Interno Bruto) Industrial do Nordeste e o mais industrializado do Estado. O Polo Petroquímico de Camaçari é o maior complexo industrial integrado do Hemisfério Sul e apresenta faturamento anual de US\$ 15 bilhões. Apesar desta expressiva arrecadação, o município é marcado por elevada desigualdade, desemprego e concentração de renda, assim como vazios assistenciais e o crescente do comércio ilegal de drogas em diferentes bairros, que não raro apresentam moradias em condições precárias de habitação, escassez de serviços públicos e de políticas públicas que possibilitem acesso aos direitos sociais (NEVES, 2010).

A USF do bairro Phoc é uma das cinco Unidades de Saúde da Família lócus do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e do Programa de Residência em Medicina Geral em Família e Comunidade, promovidas pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) em articulação com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Prefeitura Municipal de Camaçari (PMC). A USF foi inaugurada em 2015 e possui como área de cobertura os bairros Phoc 1 e Phoc 2, acompanhando aproximadamente 12.400 pessoas no território adscrito.

A unidade possui três equipes de Saúde da Família, sendo a equipe 1 composta por 1 Médico, 1 Enfermeira, 2 Odontólogas e 4 Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). A equipe 2 é composta por 1 Médico, 1 Odontólogo, 1 Enfermeira e 4 ACS. A equipe 3 é composta por 1 Médica, 1 Enfermeira, 1 Odontóloga e 1 ACS. Além das profissionais que integram as equipes de Saúde da Família, integram o serviço 1 Auxiliar de Saúde Bucal, 2 Técnicas de Enfermagem, 1 recepcionista, 1 Auxiliar de Serviços Gerais e 1 Gerente. Além destes profissionais, atua na Unidade um profissional Médico servidor do município e preceptor do Programa de Residência Médica e uma Enfermeira vinculada à FESF-SUS, preceptora em Enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional. As equipes desenvolvem atendimento individual e coletivo, realizando também planejamento familiar, acolhimento, grupos de gestantes, grupo de usuários que apresentam diagnóstico de hipertensão e diabetes

(Hiperdia), visitas domiciliares, vacinação, curativos, dispensação de medicação e materiais, dentre outras.

Foram realizadas 13 entrevistas de profundidade com profissionais de ensino superior e com profissionais de ensino fundamental, médio e técnico. Dentre os 6 profissionais de nível superior, foram entrevistadas 1 enfermeira, 1 médico, 3 odontólogas e 1 gerente. Dentre os 07 profissionais de ensino fundamental, médio e técnico, foram entrevistadas 4 agentes comunitárias de saúde, 1 técnica de enfermagem, 1 auxiliar de saúde bucal e 1 recepcionista.

As entrevistas foram orientadas por um questionário semi-estruturado composto por questões sobre formação e trajetória profissional na Unidade de Saúde da Família e outros contextos profissionais. O questionário apresenta questões organizadas em três eixos temáticos: sobre o uso de crack e da assistência ao usuário; sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”; as interpretações dos profissionais entrevistados sobre as notícias apresentadas pelos jornais impressos referentes ao programa de enfrentamento ao crack.

As análises das entrevistas foram realizadas de acordo os pressupostos teóricos e metodológicos da Análise do Discurso (AD). Segundo Orlandi (2005), o discurso é aqui compreendido enquanto palavra em movimento que, distintamente do objeto da linguística, se define enquanto prática simbólica, parte da atividade social, constitutivo do homem e de sua história. O discurso não se trataria de sistema abstrato, mas de maneiras de significar que se dá entremeadas por ideologias através da inserção humana em sociedade. Nesse sentido, o ato comunicativo não é reduzido às relações estabelecidas entre emissor e receptor, intermediadas pelo código e pelo referente, que objetiva a transmissão de informação. Na AD, não há separação entre emissor e receptor, e nem sua disposição sequencial. O discurso passa a ser definido como efeito de sentidos entre locutores em relação às suas condições concretas e históricas de produção.

A análise (ou dispositivo analítico) foi realizada por meio da constituição de um *corpus discursivo*, composto por sequências discursivas extraídas dos recortes dos discursos dos profissionais que integram as equipes de saúde da família. Os recortes foram realizados tomando por base a transcrição das entrevistas, conjunto de textos que formam o *corpus empírico*, e considerando suas condições de produção, os objetivos, os elementos teóricos e metodológicos desta pesquisa. As marcas linguísticas, que se referem à organização interna do discurso (metáforas, paráfrases, esquecimentos, etc.), fornecem pistas para o entendimento do seu modo de funcionamento, participando também da análise as condições de produção do discurso, isto é, remetendo-as às condições históricas e ideológicas que possibilitam sua existência. Este processo analítico de identificação das regularidades no funcionamento do discurso conduz à identificação da formação discursiva (FD), traço ideológico onde se

inscreve o que o sujeito diz, produzindo sentidos (ORLANDI, 2005).

Foram mobilizados como dispositivos teóricos os conceitos de exclusão, interpretação, mediação e discurso, de modo a considerar a heterogeneidade de práticas discursivas que constituem, no discurso dos profissionais da equipe de saúde da família, um modelo complexo sobre o processo saúde e doença que envolve os usos do crack: sistema simbólico e ideológico de diagnose e de intervenção terapêutica que estrutura os saberes profissionais da Unidade de Saúde da Família na (des)assistência aos usuários de crack.

3. Resultados e discussão

3.1 Os participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram profissionais de nível fundamental, médio, técnico e superior que atuam na Unidade de Saúde da Família. Dos treze profissionais entrevistados, dois são do sexo masculino, o médico e o odontólogo, enquanto que as demais profissionais, são do sexo feminino.

Apenas as agentes comunitárias de saúde (ACS), a auxiliar de saúde bucal (ASB), a técnica de enfermagem e o médico possuem vínculo estatutário com a Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Camaçari (SESAU – PMC), sendo as demais profissionais de nível superior residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF-SUS), em parceria com a Fiocruz. A recepcionista permanece em vínculo de trabalho precário, por meio de contrato em Regime Especial de Direito Administrativo (REDA). A gerente da unidade, embora servidora do município, ocupa o cargo de provimento em comissão. Todos os nomes utilizados na pesquisa são fictícios.

Cícero é médico, especialista em medicina de família e comunidade e mestre em Saúde Coletiva. Participou do movimento estudantil e teve inserção na Saúde Coletiva desde a graduação, ocasião em que estagiou no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e na Aliança de Redução de Danos Fatima Cavalcanti (ARD-FC), ambos serviços vinculados à Universidade Federal da Bahia (UFBA). Participou por dois anos da fundação de um coletivo baiano de médicos de esquerda que atuou no recôncavo baiano com práticas assistenciais na atenção básica, incluindo na zona rural de Maragogipe e Cruz das Almas, participando da implementação e assistência em serviços de saúde mental na atenção básica em municípios do interior da Bahia. Foi vice conselheiro municipal de Saúde do município de Salvador. Atua há sete anos na atenção básica. Foi professor substituto de uma universidade

pública, supervisionando estudantes de estágio em disciplina vinculadas à prática médica na atenção básica.

As agentes comunitárias de saúde apresentam vasta experiência profissional, desenvolvida no lidar cotidiano com o território, ao qual residem em sua maioria.

Eliana, 39 anos, possui 19 anos de atuação na mesma USF, território onde morou e cresceu. Julinda, 54 anos, ACS há 18 anos, assim como Lorena, 38 anos, e Raquel, 47 anos, com mesmo tempo de atuação na mesma profissão. Juliana, 45 anos, ASB, possui apenas dois anos de atuação, embora seis anos como servidora do município.

Irene, 50 anos, recepcionista há um ano, trabalhou com idosos por meio da Secretaria de Desenvolvimento Social (SEDES), por meio do programa Brasil Alfabetizando.

Marluce, 54 anos, técnica de enfermagem atuando há 17 anos, embora com apenas 1 ano e 6 meses nesta USF, possui ampla experiência em uma maternidade do Estado da Bahia.

A gerente da Unidade, Taís, 28 anos, é enfermeira e técnica de enfermagem, atua há 3 anos como enfermeira e há 1 ano e 6 meses como gerente da USF. É servidora de provimento efetivo do município, assim como Cícero. Atuou por 1 ano como ACS. É militante do Partido dos Trabalhadores (PT), pós-graduada em Unidade de Terapia Intensiva e em Saúde da Família.

Os demais profissionais de nível superior são residentes do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, em sua maioria recém-graduados, jovens adultos e com pouca experiência profissional, seja na própria profissão, seja em saúde da família. Alguns atuaram por algum tempo em municípios do interior, antes de ingressarem na Residência Multiprofissional da FESF-SUS.

Maiara, 26 anos, é enfermeira residente, possui 1 ano e 8 meses na USF, sem anterior experiência profissional.

Vanda, 25 anos, odontóloga residente, possui 1 ano e 6 meses de atuação na USF, atuando por 2 meses em uma clínica odontológica no Tocantins.

Beto, 26 anos, odontólogo residente, possui 2 anos de experiência em USF, sendo 1 ano desenvolvido em um outro município do interior baiano.

Suelen, 28 anos, odontóloga, tem experiência profissional de 4 anos, e ingressou na residência para a vaga de sanitarista. Iniciou sua trajetória em clínica particular, e durante a graduação teve experiência em Saúde Pública por meio de inserção no PET-Saúde. Durante os 4 anos, teve experiências de assistência à saúde junto a população cigana e em zona rural em municípios do interior da Bahia.

As experiências de acompanhamento e atendimento de usuários de crack, álcool e outras drogas foram relatadas mais abertamente pelas agentes comunitárias, possibilitando

discursos que entrelaçam experiências profissionais às vivências pessoais com os vizinhos, conhecidos e pessoas do território da qual residem e trabalham. Durante as entrevistas, foram relatadas situações de usuários em conflito com a lei, com fragilização dos vínculos familiares e do sentimento de impotência destas profissionais diante de situações que as atingem diretamente, como o temor diante da intensificação do tráfico de drogas, da relação de desconfiança com a polícia militar, da diminuição de oportunidades de lazer e de trabalho aos moradores e da recorrente cooptação de adolescentes para o consumo e venda no mercado ilícito das drogas. Quando relatadas as experiências de assistência e acompanhamento dos usuários e das cenas de uso, as agentes comunitárias permaneciam cautelosas, falavam baixo e pediam que não descrevesse certos eventos relatados na pesquisa, temendo eventuais represálias dos traficantes locais.

As agentes comunitárias apresentaram maior dificuldade em descrever como as notícias se posicionavam diante das políticas de drogas e analisar a problemática do consumo diante da conjuntura política nacional, denotando maior desconhecimento das políticas públicas sobre o tema, dedicando-se mais abertamente às suas interpretações sobre as notícias e descrevendo as situações de assistência e desassistência dos usuários de crack nos seus cotidianos de trabalho. Essa mesma dificuldade foi observada pelos demais profissionais da unidade. Cícero descreveu amplamente experiências de acompanhamento e acionamento da rede de atenção psicossocial na resolutividade dos casos de uso prejudicial do crack em seu contexto de trabalho e em experiências profissionais anteriores à Unidade. Apenas os residentes que possuíam experiência prévia atuação descreviam, em outros contextos, alguma assistência ao usuário de crack, não relatando nenhum acompanhamento ou mesmo identificação destes usuários na USF lócus do estudo, a despeito da ampla identificação dos casos de uso prejudicial de crack no território por parte das ACS.

Apenas uma profissional, Maiara, afirmou conhecer o programa “Crack, é Possível Vencer”, ao qual relatou ter visto uma propaganda na televisão sobre o programa, embora não soubesse afirmar precisamente sobre o que o programa de enfrentamento se tratava.

3.2 Discursos sobre drogas: multiplicidades de sentidos

Bravo (2002) identificou em sua pesquisa dois discursos que, contrapostos, versam sobre o consumo de drogas, circulando no entorno de instituições de saúde, segurança pública e educação: o discurso dominante, tradicional e de raiz estadunidense, centrado na abstinência, no controle social e na estigmatização dos usuários de crack por meio de sua segregação como delinquentes ou doentes, fortemente presente nas instituições públicas e privadas brasileiras;

e o discurso de resistência ao dominante, mais recente, denominado redução de danos, centrado no resgate da cidadania e na reinserção social dos usuários, visando minimizar as consequências prejudiciais do consumo, por meio de estratégias preventivas e incorporando a perspectiva do usuário no planejamento e execução das ações.

A análise realizada na presente pesquisa, na etapa de análise do enquadramento das notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”, obtidas por meio de sua divulgação em dois jornais de grande circulação do Estado da Bahia, possibilitou elucidar a diversidade de perspectivas sobre o programa, os modos de uso e de representação do usuário e das cenas de uso, evidenciando uma polifonia de sentidos que não se reduziram ao binarismo de um discurso hegemônico em oposição a um discurso minoritário, contra-hegemônico e de resistência.

Nesse sentido, embora houvesse predominância do enquadramento Jurídico-Moral, foi possível constatar nas notícias selecionadas também a presença dos quadros Política de Saúde, em consonância a concepção de drogas como problema de Saúde Coletiva, a ser enfrentado pelo usuário e pelos profissionais articulados à rede de atenção psicossocial e comunitária; o quadro Político-Econômico, que considera o crack como objeto de intervenção política por meio da captação e destinação de recursos públicos; e o quadro Biomédico, minoritário dentre os demais, que considera o uso do crack como doença e o usuário como indivíduo avolitivo, objeto do saber e poder médico.

Essas notícias selecionadas foram utilizadas durante as entrevistas de profundidade, possibilitando observar que as interpretações dos profissionais da equipe de saúde da família não são redutíveis a posições dicotômicas, mas apresentam ambiguidade de sentidos que transitam entre diferentes polos, sentidos que produzem efeitos de desassistência aos usuários de crack na Unidade de Saúde da Família.

Para a Análise de Discurso (AD), os sentidos não são transcendentais como pressupõe uma perspectiva platonista, mas sim materializados na relação entre linguagem e mundo, onde mundo real é afetado pelo mundo simbólico e o sujeito é descentrado pelo inconsciente e pela ideologia, que possuem papel importante na produção de efeitos de sentidos. Dessa forma, o sentido não é encontrado em um lugar já dado, mas implica observar as condições de produção do discurso, isto é, o contexto sócio-histórico e imaginário produzido pelas instituições. Não sendo possível pelo sujeito inaugurar um sentido inteiramente novo, o discurso remete necessariamente a outros, à memória do dizer, ao interdiscurso. O discurso, nessa perspectiva, assume feição de estrutura e acontecimento. Estrutura, porque enuncia a paráfrase, repetição do mesmo, e acontecimento, inaugurando o novo por meio da polissemia de sentidos (ORLANDI, 2005).

3.3 O Discurso Jurídico-Moral “Humanizador”

A análise das entrevistas possibilitou identificar - por meio da análise das repetições do mesmo (paráfrases) e dos esquecimentos (compreensão que os sujeitos têm de serem senhores do seu próprio discurso, apagando as memórias do dizer) nos discursos dos profissionais - os efeitos de sentido e das condições de produção do discurso que remetem a uma Formação Discursiva (FD), que definimos como Discurso Jurídico-Moral “Humanizador”.

Segundo Orlandi (2005), uma FD determina o que pode e deve ser dito em uma dada conjuntura social e histórica, considerando a posição ocupada pelo sujeito nessa conjuntura. Por meio da ideologia, apaga-se na formação discursiva a sua rede de relações, tornando opaco os seus modos de funcionamento. Contudo, o trabalho de interpretação do analista é também um ato interpretativo e, como tal, envolvido no processo de interpretação, não é lugar neutro de desvelamento, mas localizado, colocando-se em deslocamento que possibilita interpretar o processo de produção de sentidos e as suas condições de possibilidade.

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador, identificado por meio da constituição de um corpus empírico resultante do mapeamento das regularidades discursivas, consiste em um modelo híbrido de representação sobre os modos e a consequências de uso, as cenas de uso, as representações sobre o usuário (seus modos distintos de levar a vida, sobre o domínio de si e sobre o cuidado de si) e sobre a assistência profissional diante do consumo dessa substância. Trata-se de um modelo misto porque incorpora, simultaneamente, elementos dos quadros antagônicos Jurídico-Moral, Biomédico e Política de Saúde.

Trata-se de um Discurso Jurídico-Moral “Humanizador” porque permanece no interstício, incorpora sobretudo elementos que integram o enquadramento Jurídico-Moral e simultaneamente apropria-se de elementos discursivos que participam do modelo psicossocial de atenção aos usuários de substâncias psicoativas, travestindo-se, a nível superficial do discurso, de modelo de Política de Saúde.

Neste momento, cabe resgatarmos que o quadro Jurídico-Moral, investigado na etapa de análise das notícias, compreende os seguintes aspectos: 1. O crack como problema em si e o uso como doença fatalista e terminal; 2. Uso de argumentação jurídica e moral, que reconhece a repressão como instrumento legítimo de manutenção da ordem social, por meio da associação entre criminalidade, violência e consumo; 3. Responsabilização do consumidor final pelos males sociais e pelos problemas de segurança pública do país. 4. Objetificação do usuário como alvo passivo da intervenção, de natureza policial e religiosa; 5. Centralidade no

uso de armas sofisticadas como instrumentos de coerção e supressão do uso; 6. Apresentação da internação compulsória como medida resolutiva e prioritária do Estado.

O discurso correspondente ao enquadre Política de Saúde observado nas notícias, por sua vez, remete aos seguintes elementos: 1. Uso do crack como enfoque na rede de serviços de saúde e dispositivos da rede intersetorial; 2. Promoção da saúde e, mais do que isso, promoção da vida e de cidadania, como princípios basilares da intervenção psicossocial e multiprofissional, realizada em serviços territoriais de base comunitária; 3. Horizontalidade da atenção, em respeito aos anseios, desejos e projetos dos usuários e seus familiares, partícipes da construção do seu próprio projeto singular terapêutico.

Observa-se que a FD Jurídico-Moral “Humanizadora” identificadas nas entrevistas indica a presença de uma espécie de uma “quase racionalidade”⁶, sistema complexo de diagnose e de terapêutica próprios compartilhados entre os profissionais da USF. Utilizamos o termo “Humanizadora” entre aspas, porque trata-se de uma Formação Discursiva que ideologicamente se pretende humanizadora, embora permaneça como subtipo do enquadre Jurídico-Moral, pois, embora apresente um modelo de diagnose e terapêutica próprios, produz os mesmos efeitos de sentido, reproduzindo a dialética inclusão e exclusão.

Optou-se por entendê-la como uma “quase racionalidade”, considerando que não é possível falar plenamente de um sistema médico dotado de unicidade, disciplinar, estruturado e constituído em saberes e práticas doutras, organizado sob a forma de sistema de proposições demonstráveis empiricamente, formalmente institucionalizado e ensinado em instituições legitimadas para a transmissão de seus conteúdos, conforme se define o conceito de Racionalidade (LUZ, 2012). No entanto, é possível identificar que se trata de um sistema simbólico e ideológico de representação sobre os usuários e sobre a droga dotado de certa organização, constituído de um corpus doutrinário e de um sistema próprio de diagnose e de terapêutica, e que incorpora diferentes elementos compartilhados pelos quadros discursivos presentes na mídia.

Trata-se, portanto, de um corpus doutrinário que compreende: 1. A droga em si como substância autônoma, maléfica e viva, dotada de força de vontade, responsável pelos descaminhos pessoais e familiares; 2. O usuário doente acometido pelo vício, destituído de força de vontade e vitimado pela droga.

No que concerne aos elementos que integram o modelo de diagnose, observamos: 1.

⁶ Utilizamos o termo “quase-racionalidade” em referência ao conceito de Racionalidades Médicas desenvolvida por Luz (2012), que define Racionalidade como sistema médico complexo e específico estruturado segundo cinco dimensões, quais sejam: uma morfologia humana; uma dinâmica vital (fisiologia); uma doutrina médica, corpus doutrinário que define o que é e o que não é doença, suas origens e causas, tratáveis, curáveis ou incuráveis; um sistema de diagnose, ao qual se determina o processo patológico; e um sistema terapêutico, pelo qual se determina as formas de intervenção diante do processo mórbido identificadas pelo sistema de diagnose.

A incorporação de condicionantes e determinantes psicológicos, emocionais e sociais ao lado de fatores fisiológicos na explicação etiológica do consumo; 2. A escalada das drogas e o crack como substância-estágio final da decadência físico-moral humana.

Assim como um modelo de terapêutica que pressupõe: 1. A “humanização” da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão por meio da rejeição à intervenção policial e da aceitação da repressão sanitária; 2. O usuário como alvo passivo da intervenção psicossocial e religiosa, realizada pela conjugação de serviços públicos e privados; 3. A rede como não-substitutiva e a persistência da internação compulsória como retaguarda diante da falência do convencimento.

3.3.1 Corpus doutrinário: A droga em si como substância autônoma, maléfica e viva, dotada de força de vontade *versus* usuário como doente acometido pelo vício e destituído de vontade

No que diz respeito aos efeitos discursivos relativos à compreensão da droga, no Discurso Jurídico-Moral Humanizador, os profissionais de saúde assumem a droga como uma substância dotada de vontade e autonomia próprias, entidade viva e má, que se sobrepõe imperiosa à questionável força de vontade dos “viciados” a ela submetida. Os discursos abaixo ilustram essa posição:

Eu não sei... [silêncio] no meu ver, eu acho que é **uma pessoa fraca. Uma pessoa fraca em tudo, não tem...** não tem... [...] como é que eu posso falar, não tem uma **mente boa** [...] eu bebo a minha cerveja, eu gosto de beber, mas chegou um tempo que eu falei bem assim, "poxa, eu vou fazer minha dieta, vou caminhar, vou me cuidar, vou cuidar da minha saúde, vou parar..." então, **a cachaça não é o meu forte, ela não é mais do que eu...** [...] No dia que ele não bebe ele passa mal. **Aí se torna uma doença. Mas ele não tem a força de vontade pra dizer eu vou parar.** E si só. Na minha opinião são pessoas que não tem mesmo... que tem a **fraqueza na mente.** Porque **eu me acho muito forte.** Uma coisa, quando eu digo não é não, acabou. Álcool nem bebida nem comida, nada me faz... (Eliana)

Na realidade tem vários fatores que leva uma pessoa a usar crack né. **Fraqueza,** é... [...] O usuário de crack ele é frágil, ele não tem força para buscar sozinho. (Raquel).

Você pode até começar a usar outras drogas e parar, mas o crack vicia. [...] O físico fica **tão viciado que tem necessidade de mais, de mais, de mais...** quem cheira cada vez vai **aumentando, aumentando, aumentando,** aí quando bate a onda, aí a pessoa fica querendo saciar o desejo, aí cheira aquela pedra, aí alivia, **aí faz o efeito, come, come, come de novo,** come em excesso, aí pronto (Juliana).

Tem uma **cabeça assim mais fraca...** não tá tão evoluída... (Maiara).

Com o uso prolongado, o **distanciamento familiar,** o **distanciamento social,** né, o **isolamento social mesmo, problema de saúde, diminuição da capacidade cognitiva,** ele pode ficar meio letárgico, acho que também questões de **estrutura...** [...]. Como ele é fumado, a temperatura mais elevada que o nosso corpo causa problema no sistema respiratório superior, então eu acho que é isso. [...] O uso da

droga, ele usou **muita droga, muita droga, e tornou psiquiátrico**. Aí a gente foi estudar esse assunto e a gente chegou à conclusão de que ele já tinha **uma doença psiquiátrica de base** que tava lá, **adormecida, quietinha no canto dela**, e que o uso prolongado das drogas, o crack, a cocaína, fez com que desencadeasse essa **patologia psicológica**, o uso da droga também tem essa consequência né, ela pode exacerbar essas doenças psiquiátricas (Taís).

Porque muitas vezes eles **tentavam parar e não conseguia**, e tá angustiado por **não conseguir resolver o que provocava essa angústia**... Na verdade eu já vi um documentário sobre a crackolândia. Aquilo me chocou muito, **almas vagando** sem saber o que estavam realmente ali fazendo, não tinha outro pensamento a não ser utilizar... isso foi muito chocante pra mim, a pessoa não queria comer, não queria beber, não tinha... **era só uma coisa fixa** (Suelen).

Então **depende da cabeça** do cara. [...] E o crack é uma das **drogas mais pesadas**, assim, causa **mais dependência**, causa **mais distorções** e tal (Cícero).

Então, as pessoas que a gente fala "**mente fraca**", que **não tem desenvolvimento**, né, **do seu lado psicológico, não se conhece direito**, elas não conseguem lidar com essa situação, e acaba indo... procurar outros **refúgios**, seja na droga, seja em bebida, achando que isso aí seria a solução, e não é... (Vanda).

Considerando as ideias enunciadas, pode-se dizer que o Discurso Jurídico-Moral Humanizador transita entre a fraqueza física e a fragilidade moral do sujeito ante ao poder irresistível e sedutor da droga, mais poderosa e dotada de maior força de vontade que o sujeito que dela faz uso. A fraqueza é simultaneamente física e moral porque explicada com conceitos que remetem à fisiologia do usuário, assim como à sua condição de “força psíquica” e de resistência: o usuário é definido como “não evoluído”, “cabeça fraca”, “frágil de mente”, sem “força de vontade”, “mente ruim”, “sem desenvolvimento”, “ideia fixa”, “alma vagando”. Trata-se de uma estrutura interna suscetível ao vício, a priori fisiológica e psiquicamente comprometida, ou assim tornada pela repetição do uso. A droga emerge como fator disruptivo dos laços sociais, resultando na desagregação familiar e na ruptura ou fragilização das redes de apoio comunitária. O uso é compreendido como doença, ou condição que a ela conduz, associando uso do crack tanto a condições psiquiátricas quanto ao refúgio ante os problemas pessoais. O sujeito dependente, agora como avolitivo e louco, torna-se objeto indomesticável, controlado pelos seus próprios impulsos indomáveis, como notado nos fragmentos acima.

Eu acho **que todo mundo vai morrer**. Acho que **o fim é esse**. Acontece, muitas vezes. Não só pelo uso, mas também pela situação que eles estão, né. De estar no meio da rua, e tal. Sempre acontece muitos casos de violência, assim, com os usuários. E eles **param de comer, de se alimentar, só fumam, fumam, fumam o tempo todo, chega um momento que não aguenta mais, chega ao óbito**, né. (Vanda).

Os jovens estão **se destruindo**, por conta dessa **maldição do crack**, dessas drogas... [...] Os crimes, as mortes que tá havendo, a cada dia a gente vê os assassinos... e é tudo jovem, envolvido assim... (Julinda).

Ele pode **morrer mais cedo**. (Lorena).

O usuário de crack **ou ele é cuidado... ou ele morre**. Porque ele **vai definhando**, né. Eu botaria o nome dele de **zumbi**. Porque eles parecem uns zumbis, né. Aí o que pode acontecer com ele é morrer, se não for tratado. (Raquel).

Levar a óbito, né. (Juliana).

Pode ter muitos problemas de saúde, emagrecimento, **afeta o sistema nervoso central**, então você tem aí **uma alteração**, fica **muito agressivo, muito agitado**, aí só vai piorando as coisas... pode ter problemas mentais... conheço gente que teve **problemas mentais** depois do uso... não de crack, mas de outras drogas... o crack nunca tive contato com ninguém, mas conheci gente de cocaína, sei que o crack é a **submassa da submassa da cocaína**. (Maiara).

No final, morte né. **Primeira coisa, morte**. Angústia, eu via muito angústia. [...] A morte acontece por conta de um **processo fisiológico**, e o **emocional também influencia no fisiológico**... (Suelen).

Assim, o uso de crack aparece no corpus discursivo como condição análoga à loucura, a partir da utilização de termos como “agressivo”, “alteração”, “agitado”, “zumbi” produzida pelo encontro do sujeito com a droga, esta última considerada como resto, subproduto de uma outra droga, “submassa da submassa da cocaína”, com capacidade de interferir sobre o corpo e o espírito dos sujeitos e determinar sobre o processo saúde e doença, bem como deliberar sobre a vida e a morte. A morte aparece como estágio final do consumo que conduz à degenerescência físico-moral, e o tratamento – não raro compulsório, assim defendido diante da ineficiência do convencimento – como possível alternativa ao fatalismo químico produzido pelo vício.

3.3.2. Modelo de diagnose: a explicação etiológica do consumo

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador, não se restringindo aos elementos moralizadores do Discurso Jurídico-Moral, apresenta-se como novo subtipo deste, ao incorporar elementos dos enquadres Biomédico e Política de Saúde. Assim, adota na explicação etiológica do consumo do crack fatores de natureza diversa, incluindo condicionantes e determinantes psicológicos, emocionais e sociais, ao lado dos fatores fisiológicos.

Nesse sentido, entende-se que a determinação do consumo, no que tange à dimensão social, envolve: questões relacionadas à ausência de oportunidades, ausência de postos de trabalho, facilidade de acesso ao crack, pobreza, vulnerabilidade, dificuldade de acesso aos serviços de saúde e assistência social, desemprego ou acesso à renda, influência de amigos, negligência familiar; Fatores psicológicos e emocionais: tristeza, depressão, desânimo com a vida, conflitos familiares, trauma emocional, fuga da realidade; Fisiológicos: doença mental de base; Fatores morais e individuais: safadeza, fraqueza, busca por novas experiências,

escolha de vida. Desse modo, incorpora-se a noção de múltipla determinação social presente na explicação etiológica no enquadre da Política de Saúde, sem abandonar as explicações características do modelo Biomédico (genética, pré-determinação, doenças de base etc.) e Jurídico-Moral (safadeza, mau caráter).

No entanto, o sujeito da droga é definido pelo negativo, pela carência e pela falta: “falta de emprego”, “falta de dinheiro”, “falta de renda”, “falta de oportunidade”, “falta de família estruturada”; ou, quando possuidor de algo, é imbuído de “tristeza”, “depressão”, “pela doença mental”, “safadeza” e “coisa maligna”, conforme se observa nos fragmentos abaixo:

A consequência do uso do crack envolve questões sistêmicas, questões **sociais** e de certa forma **emocionais**. (Beto).

Já falei pra mim, seu esposo tá bebendo por **falta de emprego**, uma **falta de dinheiro**... aí ele acha que aquilo vai sufocar aquilo tudo, e vai esquecer. No momento esquece, mas depois vem o arrependimento, ele acha que quando beber ontem pra esquecer ele vai beber hoje de novo... (Eliana).

De início, eu acho que vem muito da **família** também, eu acho que vem muito **da criação**, em Camaçari você vê muita criança solta, os pais confiam muito de ir pra escola sozinho, ficar na rua... as **vezes os pais não tem aquele afeto dentro de casa** e acaba pegando **amizade na rua**, aí **o amigo vai e influencia**... (Lorena).

Problemas **financeiros**, problemas **familiares**... e muitos usam mesmo por **safadeza** [risos]. (Raquel).

Por vários motivos... **questões emocionais, questões familiares, buscar alguma coisa desafiadora, novas experiências**... acho que tem vários motivos, mas assim, pra passar a usar uma droga. Bom, tem pessoas que estão desanimadas com a vida, gostam de aventura, e terminam se perdendo né. (Juliana).

Pessoas que passam por **algum problema na vida**, aí acaba usando, pra ver se ter alguma solução, porque eu já vi que quando usam as pessoas se sentem mais poderosas, ficam com mais euforia, mais felicidade, então eu acho que é no intuito de encontrar uma **solução para aquele problema... algum problema familiar, algum problema relacionado a questões financeiras, algum problema tipo de infância**... sei lá, até algum **trauma**... mas assim, eu acho que tem também algumas pessoas que começam a experimentar, até por **influência de amigos**... (Maiara).

Fuga de uma realidade, por tentar **curar uma depressão** por algum motivo... **desilusão amorosa**, decepção por não ter conseguido realizar nenhum tipo de sonho pessoal, profissional, então utiliza como uma fuga. Algum tipo de depressão, sempre que eu ouvia pelos relatos dele sempre tinha alguma coisa emocional que levou a pessoa. [...] Era mais por um processo de uma **decepção**, por uma **perda de alguma coisa e está tentando suprir pelo crack**. Por exemplo, por ter perdido uma pessoa que tenha falecido, ou não aceito pelo pai, pela mãe ou por algum familiar por alguma característica, ou brigas familiares. (Suelen)

Pelo que eu conheço, é uma droga **muito forte, destruidora, que danifica muito o organismo** do ser humano. (Taís).

Pessoas que tem uma vida boa, e tudo, teve amor, teve carinho, teve bens materiais pra poder dar um suporte melhor, mas que fez uma escolha, as amigadas que se envolveram fica mais fácil. [...] Então a gente fica se perguntando, não foi porque passaram necessidade, não foi porque viveram espancado, então... **eles escolhem esse lado**, não sei, mais fácil... nem sei muito... é uma coisa assim da vida do ser humano, **uma coisa maligna** mesmo. Então eu vejo que **não é só mais por questão**

de vida social, é uma escolha de vida (Julinda).

No entanto, não devemos deixar de mencionar a existência de sentidos destoantes da Formação Discursiva Jurídico-Moral Humanizadora, presente apenas do discurso do médico Cícero. Acredita-se que esse desvio da Formação Discursiva ocorre devido à diversidade de experiências profissionais vivenciadas na trajetória deste profissional, e de seu contato anterior com práticas desinstitucionalizantes no campo da Saúde Coletiva. Ao mesmo tempo em que nas falas de Cícero se observa indícios da Formação Jurídico-Moral Humanizadora, nota-se que o profissional questiona esse modelo, aderindo ao enquadre da Política de Saúde, quando colocar em questão a internação compulsória como prática de limpeza social, quando estabelece a crítica à noção do crack como “coisa viva”, e quando se posiciona diante das práticas de saúde que reproduzem mecanismos de exclusão:

Eu não sabia que era uma coisa institucionalizada, federal! **Tem um viés perigoso que a galera usa, "uso de drogas não é um problema de polícia, tem que ser um problema de saúde", mas que saúde... tratamento forçado**, lá em São Paulo com esse negócio de internação compulsória, de obrigar o cara... "eu tô batendo em você que é pra você não morrer", eu "tô matando você pra te proteger", proteger de quê, cara... **O crack é tratado nessa notícia como uma coisa viva, como um monstro vivo, olhe como está desenhada a serpente na notícia...** o cachimbo vivo vai matar ele, e não ele que vai se matar de várias formas também com a droga, então... **mitificou a droga como algo que em si tivesse vida** que estivesse lá na cabeça do rapaz, deixou a entender que o enfrentamento, que **a principal política é reprimir**, tirar o consumo da rua, e que tem muito investimento federal pra poder tirar o crack da rua, como se fosse uma **intenção de limpar**. (Cícero).

Ademais, a explicação etiológica do consumo entre os profissionais incorpora a noção da escalada linear das drogas, onde as drogas lícitas como o álcool e o tabaco são definidas como “portas de entrada” para as drogas ilícitas como a maconha, considerada mais leve que a cocaína e, por último, o crack, considerada a mais nefasta das drogas, de difícil saciação, ainda que seja a mesma substância do ponto de vista de sua composição química. Trata-se de um processo ideológico que evidencia o crack, nessa Formação Discursiva, como fenômeno atemporal, fora da História, exótica ao ordenamento social, à normalidade das coisas. Substância interpretada como estágio final da decadência física e moral humana, característico de “moradores de rua”, que permanecem em situação de degradação em logradouros públicos como “decorrente do uso de crack”, definindo a situação de rua como condição análoga ao último degrau da escalada das drogas.

O usuário de drogas **não inicia pelo crack né, geralmente inicia pela maconha, pela cocaína**, e por consequência ele **chega até o crack**. (Marluce).

Porque do álcool, aí vai pra maconha, e depois da maconha, eu acho que já é

entrada pro crack. Eu não falo cocaína porque ela é mais cara, e o crack tem facilidade, porque ele custa mais barato. (Irene).

Pessoas que **já tinham uma certa dependência, do cigarro, do álcool, já eram pessoas que faziam uso há anos disso**, que tiveram problemas com o alcoolismo, que foram expulsos de casa por algum motivo... trouxe algum problema... por ser uma droga barata, e **as pessoas que são morador de rua** disseminam muito isso (Beto).

A gente vê mais esses daí, os da rua, **a maioria dos moradores de rua que usam crack**, alguns que eu já vi a história, alguns tinham sofrido alguma coisa na vida, alguma coisa muito séria. (Vanda).

Crack? Logo o crack? [Risos]. Vixe maria! Ó, pelo meu entendimento uma pessoa não começa a usar pelo crack, tipo assim: tô no meio, sofro influência daquele meio e já vou iniciar pelo crack, eu acho que não. Eu acho que a pessoa **passa por estágios, vai provando drogas que inicialmente vai satisfazer a vontade dele, o que ele quer sentir, daqui há pouco aquela droga não vai ser mais**, não vai mais satisfazer a sua vontade, aí ela passa pra outra... então dessa forma, eu acho que ele chega ao crack (Taís).

O cara perdeu tudo na vida, aí começou a beber muito, em cidade pequena o cara bebe muito, todo mundo sabe que ele bebe e ninguém quer dar emprego. Então vira um ciclo: ele não arranja emprego e aí quer beber mais. **E aí depois da bebida parte pro crack rapidinho.** (Cícero).

Para as profissionais de saúde, sobretudo para as Agentes Comunitárias, as maneiras de entendimento do usuário, da droga, dos modos de consumo e das razões de uso (corpus doutrinário e modelo de diagnose) resultam não apenas da formação escolar, técnica ou universitária, mas são atravessadas pelas suas experiências de assistência, pelas vivências na comunidade, no lidar cotidiano com vizinhos, amigos, familiares, traficantes e usuários, assim como mediadas também pelos meios de comunicação, produzindo sentidos que associam o crack ao sentimento de medo, à violência urbana e à periculosidade. A invisibilidade da droga e do usuário aparece como consequência do tabu sobre o crack e como estratégia necessária de sobrevivência da ACS, meio de garantir a continuidade do seu trabalho no território ou na Unidade de Saúde da Família, o que resulta no distanciamento das ações de saúde às pessoas que fazem uso prejudicial da substância:

Eu ia ficar com medo. Porque eu vejo eles passando, vendendo, eu já vi, e muitos deles já chegaram até a mim para falar "olhe, você conhece minha mãe, minha avó, minha esposa, olhe".. aí eu falo, olhe, **eu não vi nada, nego tudo, eu não vi nada, porque o meu trabalho aqui é um, não tem nada a ver com a vida de vocês não.** Aí dá aquele medo, é só isso. Porque se um dia a bom vir... **quem viu muito, que vê muito, acaba no Gleba H** [referência ao cemitério]. (Eliana).

Do crack mesmo, na hora emergencial, a gente acontece da gente ir visitar e eles estar ali usando... **eu tomei um susto na hora**, porque eles também tão lá, chegando, eles tal, eles ficaram com vergonha, porque eles tem isso, eles respeitam, pelo menos comigo, "foi mal aí, foi mal...", e eu "**não, não tô vendo nada, fique tranquilo**", porque também tem que ter esse cuidado, né, pra não pensar que a gente tá ali, e vai entregar alguma coisa... (Julinda).

Na questão do internamento a gente pergunta, você faz uso de álcool, drogas, aí eles ficam ali olhando pra nossa cara, **não responde**, cocaína, maconha, aí ele: faça! mas ele não fala mais coisas né. Intimidação. Eles não se sentem a vontade de falar sobre esse assunto, eles pensam que vão **sofrer alguma repressão**. Porque se fosse um assunto mais livremente, mais abertamente, eles pudessem falar mais. (Taís).

Já... eu presencio todo o dia. Eu moro num lugar onde todo dia tem. Até dentro de casa às vezes você sente. Eu já me acostumei, pra ser sincera. Eu moro numa casa vai fazer 30 anos. E nessa casa, do lado, passa um tempo não tem mais, depois começa de novo... pra mim é constrangedor, né...porque a gente se torna prisioneiro. A minha casa mesmo parece uma cadeia, o pessoal diz parece que você mora na cadeia, porque não tem abertura nenhuma na frente. É totalmente fechado. Em baixo das telhas tem grade e o forro. Eu vivo praticamente numa cadeia. Pra mim é constrangedor viver com isso, mas... **Porque você tá vendo uma coisa que você não quer ver, você tá vendo uma coisa que pode lhe causar problema depois...** (Raquel).

Tem a **questão do tráfico**, também, muita gente lá **no meu interior** mesmo, não tinha tráfico nenhum, lá em Maragogipe, o tráfico tá demais, meninas de 14, 16 anos envolvidas, questões também de ganhar dinheiro e acaba usando... acho que tudo tá envolvido (Maiara).

Os meios de comunicação, sobretudo a televisão, são tidos pelos profissionais de saúde da família como veículos para obtenção de conhecimentos sobre o crack e sobre as pessoas que dele faz uso, seja para corroborar os quadros discursivos Jurídico-Moral, como no fragmento abaixo, onde Juliana legitima o sentido da droga como responsável pela degenerescência físico-moral, adotando a noção fatalista da escalada das drogas, seja por meio de sua manifesta discordância, como Irene, que se questiona sobre os programas televisivos exibidos no horário de almoço que associam a drogas à violência e à periculosidade. Em consonância com as críticas estabelecidas ao proibicionismo presentes no enquadre das Políticas Públicas, Irene problematiza a própria noção de “droga” adotada pelo noticiário, que reduz droga à ilicitude e à marginalidade.

Assim como Irene, Taís se posiciona criticamente diante da maneira com que a questão das drogas é retratada pela mídia, observando como ocorre a seleção do que é mais saliente nas notícias, isto é, quais os aspectos da realidade são considerados mais importantes ou que merecem ser mostrados pela mídia, no que se refere à construção social da “epidemia do crack”:

Tem programas de reportagem que é demagogia pura, que falam de pessoas que foram **assassinadas**, e tudo, acho que você sabe do que eu tô falando, dos **programas de reportagem que passam meio dia**, e... em momento nenhum diz assim, o que foi feito pra que ele não chegasse a ser assassinado, que saísse dessa vida, aí é fácil... álcool é droga, cigarro é droga, e tudo que vicia é droga. Chocolate vicia. Então. Às vezes a pessoa já passou por problema de se alcoolizar, várias vezes e tudo, só porque diz a sociedade que é licita, mas... (Irene).

Assisti algumas coisas e vi as pessoas buscando novas experiências, assisti até uma série que **passou na televisão** que eu não me lembro o nome, onde a mulher ela era modelo, aí começou a usar crack porque queria novas experiências, aí começou a

usar crack, a partir daí ela ficou lá nas ruas com o namorado, ficou desorientada, e tava no desespero já, desistindo, um frangalho humano, ninguém reconhecia, porque o crack tem isso né, é uma droga sintética que leva pessoa ao flagelo mesmo, emagrece também, enfim, vira carne e osso, não, pele e osso, acaba levando sempre a óbito, é difícil de sair, tem que ter uma força de vontade... **eu tava assistindo uma novela na Record uma época**, há alguns anos atrás, teve um jogador de futebol também... (Juliana).

Agora com relação à mídia, eu acho que é isso mesmo, **tanto na televisão, no jornal, revista e internet, eles tentam mesmo problematizar uma coisa que já é grande, já é crítica, mas eles tentam de certa forma mostrar maior, mostrar sempre mais**. Fazer com que a coisa se torne maior. Quando teve aquela invasão da cracolândia, que invadiu pra acabar com a cracolândia, a mídia pegou em cima e mostrou de forma arbitrária, agressiva, a maneira com que foi feita a invasão... **às vezes a mídia acaba não ajudando**. (Taís).

Para Hjarvard (2012), os modos pelas quais os recursos materiais e simbólicos são circulados pela mídia, influencia as relações sociais e instituições como família, religião e política. Assim, os meios de comunicação ofertam espaço público para a sociedade, por meio de espaços de interação. A midiaticização não deve ser definida como negativa a priori, sinônimo de declínio ou desintegração da sociedade. Hjarvard ressalta que as consequências (positivas ou negativas) da midiaticização só podem ser identificadas a partir do estudo de contextos específicos.

A recepção não se reduz ao processo de decodificação da mensagem, mas é também processo de produção das formas simbólicas. As mensagens da mídia se transformam quando os receptores se apropriam delas, posto que a recepção não se reduz a um simples e automatizado processo de decodificação de mensagens. A recepção é um ato interpretativo dos sujeitos, onde interagem os bens simbólicos veiculados e circulados pela mídia com as diferentes trajetórias e experiências dos sujeitos, sendo marcada pelo contexto sociocultural (HJARVARD, 2012).

Os sentidos produzidos midiaticamente circulam na sociedade entre pessoas, grupos e instituições, influenciando a cultura. Nesta pesquisa, os resultados apontam que os enquadramentos presentes nas notícias veiculadas sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” são interpretados de modo singular, produzindo um modelo misto de compreensão do fenômeno das drogas, Formação Discursiva que chamamos de Discurso Jurídico-Moral Humanizador. Segundo Motta, Costa e Lima (2012), a produção de sentidos não se localiza no indivíduo e nem se reduz aos processos de recepção ou de produção, mas se estende capilarizada no tecido social, afetando as práticas sociais. A vida é atravessada pelas interações dispostas no campo da mídia, que participa da regulação dos bens simbólicos. Por essa razão, observamos que não é possível pensar os modos de diagnose e de terapêutica dos usuários de crack adotados pelos profissionais de saúde da família dissociados dos quadros

discursivos da mídia.

3.3.3. Modelo de tratamento: a “humanização” da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão, o usuário como alvo da intervenção e a internação compulsória diante da falência do convencimento

Nota-se que o modelo de terapêutica se estabelece amparada em três aspectos: 1. A “humanização” da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão por meio da rejeição à intervenção policial e da aceitação da repressão sanitária; 2. O usuário como alvo passivo da intervenção psicossocial e religiosa, realizada pela conjugação de serviços públicos e de instituições privadas, financiadas pelo poder público; 3. A rede como ineficaz, desarticulada e, portanto, não-substitutiva, resolvida pela internação compulsória, que se apresenta como retaguarda dos serviços assistenciais diante da falência da estratégia do convencimento do usuário ao tratamento.

Os discursos dos profissionais apontam para a rejeição à intervenção policial e aos instrumentos de repressão, como o encarceramento, o spray de pimenta e a arma de choque, em detrimento de um novo “humanismo”, que submete o usuário, tido como alvo passivo da intervenção psicossocial e religiosa, que conjuga serviços públicos e privados de natureza diversa, produzindo sentidos que corroboram com a adoção de mecanismos assemelhados a uma nova repressão, a repressão sanitária:

Internação involuntária... porque a pessoa pode se internar tanto involuntariamente ela pedindo ajuda, ou a família tiver condição, internar ela... **a internação não é somente ficar preso, é também ter curso**, vai mexer com a cabeça dele, tem a palavra... **tem uma série de coisas que vai até esquecer** também tomando os medicamentos. [...] **Palavra de ânimo, tem sempre culto**, pra modificar a mente dele, muitos realmente saem de lá novas pessoas, tem outros que entram, sai de lá e faz tudo pior, mas eu gostei dessa internação. [...] que a internação é uma coisa que pode vir a calhar... que venha melhorar a vida de um jovem, de um pai de família que não tenha condição... (Eliana).

O crack aqui entrou aqui como uma porta de dinheiro que nunca foi visto. **Eu sou a favor da internação compulsória. Se eu tivesse alguma pessoa que usasse droga na minha casa eu internaria**, porque assim... lidar com uma pessoa que usa droga dentro de casa... porque quem tá de fora, não sabe né... então eu acho que... eu sou a favor... se você tem um filho drogado, e você tem condição de internar ele, você tá ajudando ele, de alguma forma, no começo é até difícil pra ele entender, mas se ele conseguir ficar lá, ele vai até lhe agradecer depois. [...] Eu acho que é tratada a favor na notícia. Porque assim, **ao notar que o paciente oferecia risco à sua própria vida, os próprios médicos pediram a internação compulsória**, então eu acho que é a favor. Se a própria justiça autorizou, né... (Raquel).

Eu acho que **quando tá numa fase que não tem jeito eu acho que isso tem que acontecer a internação involuntária. Até pro bem dele**. Porque ele pode causar várias alterações no sistema nervoso central, então tem pacientes que ficam em surto mesmo, completamente, e que tipo precisa daquilo, mesmo não querendo, a família

naquele momento tem que se posicionar e fazer o que é **melhor pra ele**. (Maiara).

Tem essa frase aqui na notícia, "a internação compulsória é protetora da vida e reprodutora da cidadania", que é o que eu falei no início né, **a pessoa fica vulnerável em situação de extrema vulnerabilidade, e você vai proteger a vida dela**, então naquele momento, às vezes, nós como responsáveis né... [...] Eu falei lá pra uma paciente que estava com uma tosse que não era bem verídica, né, que se você continuar tossindo assim, durante meia hora seu pulmão vai fadigar e seu músculo vai parar de respirar. Então, eu como profissional não posso permitir isso. Se você continuar tossindo assim, por mais que você diga que tem controle ou não, eu vou precisar fazer algumas medidas pra poder resolver isso, né... intubação... pra poder proteger o seu pulmão, porque você não vai poder continuar tossindo assim. Aí ela: "eu mando em mim!" aí eu falei não, **no momento em que você está sob meus cuidados, quem é responsável sou eu e o profissional médico**. Da mesma forma que é um paciente, tá vulnerável, então a partir do momento que eu trabalho com isso, **eu tenho a responsabilidade sobre aquele paciente, então a decisão ali também parte por mim, a depender do estado crítico que ele esteja**. Então, realmente **a internação compulsória é protetora**. (Taís).

Ah, **eu sou de acordo** [com a internação compulsória]. Que o usuário não aceita não, ele não vai querer. Você não consegue internar. É muito difícil. A maioria não quer. E também **não é só o internamento, tem que ser todo um acompanhamento**, internamento seria mais por causa do início, a medida drástica a ser tomada, mas **seria todo um acompanhamento, com psicólogo, todo mundo. Internava e aí ia sendo acompanhado**. (Vanda).

O Psicólogo, pra começar né. A família em si, pra... porque nisso tudo tem que ter a família, a base de tudo. Se não tiver a família apoiando não tem ninguém. **A família**, o psicólogo... (pausa) [...] pra tudo a pessoa **tem que querer**. (Eliana).

Nesta Formação Discursiva, a internação compulsória não é rejeitada, mas assumida como possibilidade diante da ineficiência dos serviços públicos de saúde. O sujeito, destituído de desejo e de vontade pela droga, é submetido aos desígnios e ao poderio dos profissionais de saúde, responsáveis absolutos pela vida do "paciente", como observado na fala de Taís, gerente da Unidade de Saúde da Família. O uso da droga coincide com a situação de vulnerabilidade e de desproteção à vida, que exige do profissional "se posicionar e decidir o que é melhor para ele", sendo o melhor a internação compulsória, como assume Maiara. No entanto, trata-se da defesa de uma nova internação, mais "humanizada", onde o acompanhamento é realizado não em manicômios, mas em hospitais psiquiátricos "repaginados", imbuídos de equipe multiprofissional, onde o profissional Psicólogo assume destacada posição na gestão dos fatores emocionais que participariam da etiologia do uso do crack.

Por esta razão, trata-se de uma Formação Discursiva Jurídico-Moral "Humanizadora", que nega a repressão policial e a violência carcerária, considerando-as como inaceitáveis e denunciando a ineficiência do aparato coercitivo do Estado, para ressituar a repressão e a violência em um novo lugar: na gestão dos corpos e dos afetos dos usuários por meio das práticas assistenciais desenvolvidas pelos serviços de saúde pública, na rede de atenção

psicossocial, nas Unidades de Saúde da Família:

Eu acho que primeiro a família, porque a família é a base de tudo. Mesmo sendo a família desorientada [...]. E vir com a **ajuda psicológica, o posto de saúde**, porque envolve também outros problemas. **A polícia não, porque eu diria que a polícia... não sei, ia ser mais agressivo**. Tem que ser a parte mesmo mais da família, trabalhar a família, porque a família não vem a nós mesmo sem fazer uso da droga porque adoece, adoece muito, então... tem que buscar mesmo ajuda psicológica pra trabalhar a família e trabalhar essa pessoa. Porque se a pessoa adoece, adoece a família toda... muito triste. (Julinda).

Na realidade eu não vejo o governo fazendo nada, pra ajudar esses usuários. Na realidade é **a polícia que faz o trabalho. Acaba, bate... meia hora depois aquele lugar ali está...** até porque a crackolândia não para de funcionar, ela funciona como uma empresa... empresa de doentes mentais. Na realidade a polícia não consegue combater aquilo ali... porque se a polícia quisesse, o governo quisesse, já tinha combatido. (Raquel).

Gente, é um absurdo isso aqui. Com **violência não vai resolver nada**. Aí passa a **tratar o ser humano como animal né, irracional**, ao invés de tratar como pessoa doente... ali é uma pessoa doente, que precisa ser acolhida e atendida em suas necessidades. Como dependentes químicos são vistos pelo poder público no Brasil: Cinco pistolas de eletrochoque e trezentos sprays de pimenta. **Então não vai nem tentar humanizar**, uma aproximação com eles, já vai agredindo... por isso eles se tornam mesmo violentos, dependendo da crise da abstinência. Porque é tortura, não é ajudando que eles melhorem, que saiam do vício, tá torturando ali. (Juliana).

Porque eu acho que **tudo é uma conversa, é o contato, é o diálogo, você tentar explicar a pessoa**, seja criança, adulto, **fazer com que o outro entenda a importância daquela ação** pra vida dele. Ponto. Mas... **a depender do estado** que a gente encontrar esse usuário, ele **não vai ter condições de entender** aquilo que a gente precisa que ele entenda. (Taís).

No meu ponto de vista de **uma forma incoerente**, uma falta de conhecimento né, real, o que leva a ter esse tipo de atitude, a achar que a droga deve ser tratada **com esse tipo de arma, no caso spray de pimenta** e etc. Então eu acho indevida a falta de conhecimento do Estado sobre este público mesmo. A melhor maneira de tratar o usuário de crack, de certa forma seria entender o que levou ele a usar o crack, e tentar resolver o problema, não adianta você usar armas, mas o problema que leva ele a usar vai continuar existindo... se não tratar a causa inicial, com certeza ele não vai... então tem que existir programas que tentem de certa forma, **com mais psicólogos, mais profissionais**, habilitados para tratar esses pacientes, porque eles precisam de tratamento mais adequado, e **se não houver algum resultado tentar de outra forma**. (Beto).

Eu achei **chocante** [notícia sobre arma de choque para conter usuários de crack], eu **estou horrorizada**, eu não sabia disso, e acreditar que você usar arma de choque! gente, que **coisa arcaica...** eu realmente não consegui pensar que isso poderia passar na cabeça de uma pessoa, **de utilizar uma arma de choque pra uma pessoa que é dependente**. (Suelen).

Mas... **essa arma de choque aqui, eu acho muito pesado**. Eu acho que eles agiam com muita... eu acho que eles [os policiais] são muito ignorantes...eles tão tentando convencer de que é normal, usar arma de choque, pra lidar com os usuários de crack, que são "viciados", que são "violentos", que isso e que aquilo... ainda critica aqui, que alguns especialistas criticam que o foco tem que ser maior na saúde... isso daqui pra mim só deveria ser naquele caso... **naquele último caso, vamos supor, quero internar ele, o usuário não colabora de jeito nenhum, tá super drogado lá, super agressivo, poderia até pensar nisso, mas também acho uma medida muito brusca**. Concordo nisso aqui, **focar mais na saúde**. (Vanda).

Esta nova repressão sanitária, ao qual as pessoas que fazem uso do crack automaticamente tornam-se alvo, reproduz o que Sawaia (2001) chamou de dialética da inclusão e exclusão. Consiste em um processo dialético porque trata-se de dois elementos indissociáveis, tendo em vista que não é possível pensar os modos de inclusão disponíveis aos usuários de crack nos serviços públicos e privados dissociados dos aparatos institucionais e simbólicos que objetivam a manutenção da ordem e a gestão dos corpos desviantes, como as Comunidades Terapêuticas, as Igrejas, assim como os serviços da Atenção Básica. Serviços estes que encaminham para os hospitais psiquiátricos e unidades de internação, à revelia do desejo e dos interesses do usuário, inclusive a despeito do seu direito de livre expressão e manifestação, e de recusa à intervenção sanitária.

Para Sawaia (2001), a exclusão é dotada de uma ambiguidade constitutiva, porque responsável pela coesão social. Nesse sentido, o Discurso Jurídico-Moral Humanizador produz efeitos que garantem a continuidade desse processo dialético. A exclusão e inclusão não podem ser pensadas desconsiderando-as como processo sócio-histórico, situado no espaço e no tempo, na dimensão objetiva da desigualdade, na dimensão ética da iniquidade e na dimensão subjetiva do sofrimento, experienciada pelo eu. A inclusão dos usuários de crack nos serviços e nas práticas assistenciais é evidenciada pelo seu caráter ilusório, porque para incluir é preciso excluir, assim como o seu contrário. Segundo Sawaia, “todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre decente e digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas, sendo a grande maioria da humanidade inserida através da insuficiência e das privações” (SAWAIA, 2001, p. 8).

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador, através de seus mecanismos de inclusão e exclusão, é reprodutor de estigma entre usuários de crack. Cabe aqui considerar o estigma não apenas como marca social que, no caso dos usuários, se reduziria aos lábios queimados pelo cachimbo de alumínio, pelas vestimentas em farrapos, pelas pontas dos dedos escurecidas pelo fogo, dentre outras marcas físicas significadas socialmente. O estigma também não se reduz à dimensão cognitiva, modos pelos quais os usuários de crack reagiriam aos estressores provocados pela substância. Enquanto fenômeno moral, o estigma define o que é mais importante para as pessoas e ameaça aquilo que lhes importa. O estigma é um fenômeno cultural, social e físico. Enquanto fenômeno sociosomático, alcança os corpos por meio de formas simbólicas, resultando na alteração de estados fisiológicos e emocionais (YANG, 2007).

Quadro 1 – O Discurso Jurídico-Moral Humanizador

	Corpus doutrinário	Sistema de diagnose	Sistema terapêutico
Quanto à droga	A droga em si como substância autônoma, maléfica e viva, dotada de força de vontade, responsável pelos descaminhos pessoais e familiares.	A escalada das drogas e o crack como substância-estágio final da decadência físico-moral humana.	
Quanto ao usuário	O usuário doente acometido pelo vício, destituído de força de vontade e vitimado pela droga.	A incorporação de condicionantes e determinantes psicológicos, emocionais e sociais ao lado de fatores fisiológicos na explicação etiológica do consumo.	A “humanização” da assistência ao usuário na dialética exclusão e inclusão por meio da rejeição à intervenção policial e da aceitação tácita da repressão sanitária; O usuário como alvo passivo da intervenção psicossocial e religiosa, realizada pela conjugação de serviços públicos e privados; A rede como não-substitutiva e a persistência da internação compulsória como retaguarda diante da falência do convencimento.

Fonte: elaboração própria.

Uma primeira análise poderia nos levar a concluir que a FD Jurídico-Moral “Humanizada” permaneceria no interstício dos quadros discursivos Jurídico-Moral e Política de Saúde, incorporando e conciliando diferentes elementos.

Lancetti (2009) já indicava alguns paradoxos que envolvem as práticas assistenciais em saúde, em tese, defensoras da vida e promotoras de cidadania. Para o autor, a produção de saúde está imbricada em diferentes modos de poder. A biopolítica não seria apenas a forma de poder que regula a vida social no interior do território, mas também o cenário e o campo de batalha da Reforma Psiquiátrica. A batalha da cidadania nas práticas profissionais em saúde é disputada no território em que as unidades de saúde estão encravadas, entre a intervenção do Estado por meio de práticas sanitárias que se assemelham à polícia médica na gestão dos corpos saudáveis e desviantes, e a intervenção nos territórios existenciais, produtores de subjetividade, de inventividade e de solidariedade comunitárias.

Mesmo paradoxo identifica Lancetti para os usos da palavra “humanização”, sobretudo por conta da participação dos jesuítas na catequização dos índios no Brasil. O trabalho vivo em saúde desafia os seus trabalhadores a transitarem “pelo meio, ou seja, pelo

paradoxo da humanização como domesticação das pessoas e [pela] afirmação da vida com sua força de agregação” (LANCETTI, 2009, p. 798). Coincidentemente, foi na Casa de Saúde Anchieta, lugar que leva o nome do jesuíta, que foram implodidas as práticas “humanizadoras” dos leitos psiquiátricos e dos acolhimentos caritativos sob a égide da reclusão (que inclui para excluir), se fazendo a história da saúde mental brasileira através da negação do manicômio. Nesse sentido, afirma Lancetti que:

Elevar a solidariedade, a tolerância e o *caritas* a sua máxima potência de maneira que explodissem as formas humanas e piedosas de cuidar de outros [...]. A ideia era que, intensificando modos de coletivização, inclusive arcaicos, é possível estourar formas humanizadas ou demasiado humanas de cuidar de outros, como, por exemplo, o hospital psiquiátrico ou a retirada das equipes das escolas – que agora estão sendo reinstaladas, pela administração Kassab-Serra, em São Paulo, com base em um programa de rádio por demais antipático e humanístico, [...] que pretensiosamente se intitula *Potencial Humano* e que pressupõe que se deva educar para o mercado, e não investir para educar (LANCETTI, 2009, p. 798).

Para Rotelli (2001), a redução do problema dos manicômios e da exclusão à humanização, por meio da eliminação da violência adicional, banaliza a crítica à Psiquiatria e às suas instituições. A negação da instituição não limitaria a desinstitucionalização como uma derrubada dos muros manicomiais, deslocando a problemática para os modos de gestão dos desvios e dos modos de administração dos serviços. A radicalidade da negação da instituição se dá pela recusa de uma racionalidade terapêutica que objetiva a cura inalcançável e que reduz as questões sociais que circulam ao redor das substâncias e das pessoas que delas fazem uso à “doença” (de um modelo clínico) ou ao “conflito” (do modelo psicológico).

A negação da instituição, radicalizada pelas experiências desinstitucionalizantes da Psiquiatria Democrática Italiana e de tantas experiências brasileiras, restituíram ao objeto o saber da experiência, por meio da noção de transmutação da “doença do sujeito” à “existência em sofrimento”, isto é, pelo entendimento da “existência-sofrimento do paciente em sua relação com o corpo social” que, ao produzir uma ruptura epistêmica, distingue-se sobremaneira das concepções e práticas que se autoproclamem humanitárias (ROTELLI, 2001). Por esta razão, não se trata da gestão de práticas humanizadas, que ocultam em seu interior e em seu fazer “desejos de manicômio”⁷, mas da ruptura desse antigo dispositivo, agora com feições humanitárias, mas ainda conjunto institucional todos referidos à doença ou à periculosidade, sustentado pelos aparatos científicos, legislativos, administrativos, culturais

⁷ “Desejos de manicômio” trata-se de um conceito formulado por Machado e Lavrador (2007), que com base em uma perspectiva esquizoanalítica, compreende que o exercício clínico também é imbuído de riscos, “por meio do desejo de dominar, do cinismo do vale-tudo, do dar-se bem a qualquer custo, do niilismo da descrença ou da crença no nada, da crítica que só quer destruir e não quer nunca afirmar” (MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 84). A despedida do absoluto no exercício clínico exigiria, como saída possível, a escuta do outro, dos sons, das vozes e dos silêncios do mundo.

e de poder sobrepostos diante de seu objeto.

Hoje, é por meio de práticas ditas humanitárias que se desvela o processo de cronificação dos serviços substitutivos. Segundo Dimenstein (2006), os “usuários-pacientes” são assim tornados por um ambiente social e familiar refratários à inclusão, por condições socioculturais adversos e marcados por práticas discriminatórias aos usuários dos serviços de saúde mental, de rejeição ao trabalho e ao acesso aos direitos sociais, ou por meio das dificuldades e das resistências dos serviços em operar fora de si mesmos, em produzir porta de saída e promover a circulação das pessoas, produzindo “novas cronicidades”: seja por meio da perpetuação das fragilidades das redes de atenção em saúde, por meio de pontos frágeis ligados por processos burocratizantes; através da cronicidade dos espaços de gestão, incapazes de estabelecer relação entre a discussão clínica e a discussão política sobre processos de trabalho; seja por meio da cronicidade dos serviços de saúde diante das dificuldades em produzir modos distintos de subjetivação.

A Formação Discursiva Jurídico-Moral “Humanizadora”, se trataria de um subtipo de do discurso Jurídico-Moral. Enquanto que o discurso Jurídico-Moral, em seu “tipo ideal”, expressaria em toda a sua concretude e crueza a culpabilização do usuário avolitivo pela sua condição de dependente, destinando-o ao sistema prisional, na Formação Discursiva Jurídico-Moral “Humanizadora” o usuário não é responsabilizado única e exclusivamente pela sua condição social e de saúde, mas é encarado como ponto de convergência de diferentes fatores etiológicos, coexistindo determinantes e condicionantes psicossociais (emocionais, familiares, relacionais etc.) e morais (“fraqueza, cabeça fraca, influenciado”) na explicação do uso. Os discursos sobre a escalada das drogas, que iniciaria por substâncias tidas por “mais fracas” (como o álcool, o tabaco, a cola), necessariamente conduziria o sujeito “de cabeça fraca” ao consumo pesado, que fatalmente o leva ou à morte ou à intervenção caritativa em saúde que, em nome da defesa da “vida à qualquer custo”, suprime as liberdades individuais.

Diante da falência do “convencimento”, resta aos profissionais de saúde conduzir os usuários aos rigores das práticas sanitárias de limpeza dos espaços públicos por meio da dialética inclusão e exclusão: inclusão na rede de serviços assistencialistas e religiosos, bem como em instituições psiquiátricas humanizadas que, mesmo dotadas de equipes multiprofissionais, permanecem ainda orientadas pela contenção, pela exclusão do convívio familiar e comunitário, bem como pela obediência ao inviolável princípio moral da abstinência.

A Formação Discursiva identificada apresenta sentidos aparentemente humanizadores, mas que se sustenta em uma estrutura discursiva amparada na medicalização de um fenômeno social e histórico, e que exige da sociedade a participação compulsória em instituições totais

ou em práticas totalizantes, através da supressão do desejo do outro, em uma busca policialesca por um modelo normativo de corpo e de uma vida não doente.

Considerações finais

O estudo possibilitou identificar os modos com que a mídia afeta as práticas assistenciais, interferindo sobre o campo da saúde. Alguns dos enquadramentos da mídia observados nas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”, quais sejam, os quadros Jurídico-Moral, Política de Saúde, Biomédico, foram percebidos nos discursos dos profissionais da Unidade de Saúde da Família através da produção de um modelo misto, mas ainda assim subtipo do quadro Jurídico-Moral, identificado no corpus discursivo como Discurso Jurídico-Moral Humanizador, formação ideológica que, sob a aparência do discurso humanizador, integrando elementos do quadro Política de Saúde na explicação etiológica do uso crack, produz os mesmos efeitos de sentido que o quadro Jurídico-Moral.

Essa Formação Discursiva, ao mesmo tempo que recusa a repressão policial e a adoção de aparatos visíveis de violência (a agressão policial, o spray de pimenta, a arma de choque), adere aos dispositivos institucionais nem sempre visíveis de repressão e violência sanitária, como a internação compulsória, legitimada pelo passivo reconhecimento da desarticulação da rede de atenção psicossocial e pelo corpus doutrinário biomédico compartilhado pelos profissionais, que define o usuário como indivíduo avolitivo, destituído de desejo e força de vontade, dominado pelo “crack em si”, substância malévola e autônoma.

Trata-se de uma Formação Discursiva que corrobora com a desassistência aos usuários de crack na Unidade de Saúde da Família e que legitima os vazios assistenciais, cada vez mais preenchidos pelas Comunidades Terapêuticas e por hospitais psiquiátricos públicos e privados amparados em um modelo de atenção manicomial, mais humanizado e não menos perverso, que sobrevive se sustentando por meio de financiamento público, garantida a subsistência por meio do lobby político nos espaços de deliberação, se ajustando através das fragilidades persistentes e das lacunas apresentadas pela reforma psiquiátrica no Brasil.

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Palácio do Planalto. Presidência da República. **Apresenta sobre Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas**. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Acesso em: 17 de março de 2017b.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Apresenta sobre o programa Crack, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>> Acesso em: 16 de março de 2017a.

BRAVO, O. A. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. **Temas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 39-51, 2002.

DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006.

HJARVARD, S. Mídiação: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. **MATRIZES**, São Paulo, v. 8, n. 2, jan.-jun, 2012.

LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 797-799, 2009.

LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 3 ed. Hucitec, 2013.

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Subjetividade e loucura. **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MOREIRA, M. R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para a agenda política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, Abr. 2015.

MOTTA, L., COSTA, G., LIMA, J. Notícia e construção de sentidos: análise da narrativa jornalística. **Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, América do Norte, 27, jun. 2012.

NEVES, M. S. **Causas dos homicídios de jovens e a fragilidade da rede de proteção social em Camaçari**. 159 f. Dissertação – Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador, Salvador, 2010.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas, São Paulo: Pontes, 2005.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001b.

YANG, L. H. et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 7, p. 1524-1535, 2007.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa contribuiu para visibilizar como o fenômeno da mediação pode participar da construção da realidade e sobre os sentidos sobre o uso do crack. A produção, a circulação e a recepção de bens simbólicos sobre os modos de lidar com a droga são atravessados por tensionamentos políticos, por esquecimentos, pelos silêncios, pelas vozes e pelas inconsistências presentes na interdiscursividade. Desse modo, as estratégias e os embates de poder podem participar da produção de sentidos por meio da seleção, da saliência ou da eliminação de elementos nos discursos jornalísticos, se fazendo também presente na interpretação dos bens simbólicos realizadas pelos profissionais que integram a equipe de saúde da família.

Nesse sentido, os discursos da mídia afetam o nosso cotidiano e as formas com que construímos o sentido do mundo para além das nossas experiências diretas, e também expressam modos de interpretação da realidade culturalmente estabelecidos, não cabendo mais a adoção de uma perspectiva verticalizante da produção dos bens simbólicos, que define sujeitos como receptores passivos dos sentidos produzidos e veiculados.

Os resultados apontam que a disputa entre os enquadres Jurídico-Moral, Política de Saúde, Biomédico e Político-Econômico, identificados na primeira etapa da pesquisa, podem expressar os embates entre diferentes projetos políticos, grupos e movimentos sociais, a exemplo do movimento sanitário, da luta antimanicomial, de entidades de classe e de entidades de usuários e familiares, assim como expressa também os interesses oriundos de instituições privadas com feições manicomial, estas últimas objeto de destinação de recursos públicos pelo programa “Crack, é Possível Vencer”, competindo entre si no campo heterogêneo das políticas de drogas no Brasil.

É no cotidiano do trabalho vivo que os profissionais das equipes de Saúde da Família, porta de entrada preferencial do SUS, podem disputar sentidos com o discurso hegemônico, se posicionando diante da destinação de recursos públicos aos mecanismos e aparatos repressores, e pela ampla defesa às políticas públicas que objetivam a garantia dos direitos à dignidade da vida e à saúde ou, ao contrário, legitimar sentidos que responsabilizam os usuários pelos modos distintos de experienciar as drogas, coadunando com práticas discursivas e não discursivas de culpabilização jurídico-moral.

O estudo das interpretações dos profissionais sobre a questão das drogas, mediadas pelas notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”, realizado na segunda etapa da pesquisa, possibilitou identificar nos discursos dos profissionais da Unidade de Saúde da Família a formação de um discurso misto, subtipo do quadro Jurídico-Moral, identificado no

corpus discursivo como Discurso Jurídico-Moral Humanizador. Trata-se de uma Formação Discursiva e ideológica que, sob a aparência do discurso humanizador, integra elementos do quadro Política de Saúde na explicação etiológica do uso crack, mas que produz os mesmos efeitos de sentido que o quadro Jurídico-Moral, legitimando a internação compulsória das pessoas que fazem uso de crack, à revelia das suas trajetórias de vida, dos seus projetos, sonhos e anseios.

O Discurso Jurídico-Moral Humanizador consiste em uma Formação Discursiva que, ao mesmo tempo que recusa a repressão policial e a adoção de aparatos visíveis de violência, como a agressão policial, o spray de pimenta e a arma de choque, adere, por outro lado, aos dispositivos institucionais nem sempre visíveis de repressão e de violência sanitária, legitimada pelo passivo reconhecimento da desarticulação da rede de atenção psicossocial e pelo corpus doutrinário biomédico compartilhado pelos profissionais, que define o usuário como indivíduo avolitivo, destituído de desejo e força de vontade, dominado pelo “crack em si”, substância malévola e autônoma.

A pesquisa contribui para o conhecimento em Saúde Coletiva ao ressaltar que estas disputas são atualizadas no cotidiano micropolítico das práticas profissionais dos serviços de saúde, em especial na Unidade de Saúde da Família, atravessados por disputas de poder, influenciadas pela mediação na produção de sentidos sobre o crack e sobre as pessoas que dele faz uso.

REFERÊNCIAS

ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 299-316, jul/dez 2006.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A (Orgs). **Experiência de doença e narrativa**. Editora FIOCRUZ, 1999.

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

AMARAL, M. A. Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 288-295, 1997.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate sobre a reforma psiquiátrica no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 1995.

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P. **O homem e a serpente**: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.

ANVISA. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. **Resolução de Diretoria Colegiada RDC nº 29, de 30 de junho de 2011**. Brasília, 2011.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BAKHTIN, M. **Marxismo e filosofia da linguagem**: problemas fundamentais do método sociológico na ciência da linguagem. 12. ed. 2006.

BARROS, L. M. Recepção, mediação e mediatização: conexão entre teorias europeias e latino-americanas. In: JUNIOR, J. J.; MATTOS, M. A.; JACKS, N. (Orgs.). **Mediação & mediatização**. Salvador: EDUFBA, 2012.

BARROSO, S. M.; SILVA, M. A. Reforma psiquiátrica brasileira: o caminho da desinstitucionalização pelo olhar da historiografia. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 1, p. 66-78, jun. 2011.

BASAGLIA, F. **A instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985.

BRASIL. Governo Federal. Ministério da Justiça e Segurança Pública. **Apresenta sobre o programa Crack, é possível vencer**. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/sua>>

seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer> Acesso em: 16 de março de 2017a.

BRASIL. Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**. Brasília: Casa Civil, 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Lei nº 11.350 de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2006.

BRASIL. Ministério da Justiça. **Cartilha “Crack, é Possível Vencer”**. Enfrentar o crack, compromisso de todos. Brasília: Ministério da Justiça, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de atenção básica: saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Palácio do Planalto. Presidência da República. **Apresenta sobre Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas**. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>> Acesso em: 17 de março de 2017b.

BRASIL. Portaria nº 336/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. **Diário Oficial da União**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2002b.

BRASIL. Portaria nº 3.088/GM, de 30 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. Brasília: Gabinete do Ministro, 2011. Seção 1, p. 232-233.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. 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.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Capacitação para comunidades terapêuticas** – conhecer para cuidar melhor: curso para líderes, voluntários, profissionais e gestores de comunidades terapêuticas. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2013c.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2002a.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas, 2006.

BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010.

BRAVO, O. A. Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF. **Temas em Psicologia**, v. 10, n. 1, p. 39-51, 2002.

BROTAS, A. M. P. **Os quadros (frames) culturais da ciência em tempo de controvérsia pública**: análise do enquadramento (framing) da cobertura realizada pelas revistas semanais sobre célula-tronco no Brasil. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Comunicação - Programa Multidisciplinar de pós-graduação em Cultura e Sociedade. Salvador, 2011.

BROTAS, A. M. P.; BORTOLIERO, S. T. Em nome do progresso da ciência e da saúde: a participação dos pacientes na cobertura do julgamento da legalidade das pesquisas com células-tronco embrionárias no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 4, 2012.

CARVALHO, C. A. Sobre limites e possibilidades do conceito de enquadramento jornalístico. **Contemporanea-Revista de Comunicação e Cultura**, v. 7, n. 2, 2010.

CEBRID. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Departamento de Psicobiologia. **V levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. São Paulo: UNIFESP, 2005.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não?. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 5, n. 2, p. 300-327, set. 2005.

- CHAGAS, A. T.; SEEGER, F. D. Crack na mídia impressa: um estudo sobre a produção de sentido no discurso jornalístico sobre o crack. **Barbarói**, Santa Cruz do Brasil, n. 38, p. 145-177, jan./jun. 2013.
- CHEIBUB, W. B. Práticas disciplinares e uso de drogas: a gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. **Psic., Ciência & Prof.**, v. 26, n. 4, p. 548-557, 2006.
- CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. **Boletim da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 59-76, 2004.
- CORREIA, V. R.; BARROS, S.; COLVERO, L. A. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1501-1506, Dez. 2011.
- CORRÊA, G. T.; RIBEIRO, V. M. B. Dialogando com Bakhtin: algumas contribuições para a compreensão das interações verbais no campo da saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 16, n. 41, p. 331-342, Jun. 2012.
- COSTA, M. C. R. **Ressonância biomédica na mídia**: análise do enquadramento da saúde em programas da série de TV Ser Saudável-TV Brasil. Tese de doutorado em Cultura e Sociedade, IHAC/UFBA, Universidade Federal da Bahia, 2015.
- COSTA, P. H. A. et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.
- CUNDA, M. F.; SILVA, R. A. N. O crack em um cenário empedrado: articulações entre o discurso jurídico, médico e midiático. **Psicol. Soc.**, v. 26, n. spe., p. 245-255, 2014.
- CUSTÓDIO, R. ONG e política de drogas: um olhar sobre as estratégias de combate ao proibicionismo. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.
- DIMENSTEIN, M. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 6, p. 69-82, jun. 2006.
- ESPINHEIRA, G. **A universalidade dos usos de drogas**: o lugar das drogas na sociedade pós-moderna. 1º Encontro Nacional de CAPS AD – Centros de atenção psicossocial álcool e outras drogas: Drogas, saúde pública e democracia. Reduzindo danos, ampliando direitos. Santo André-SP, 26/27 de abril de 2004.
- ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A.R.; FERREIRA, O.S.; MACRAE, E.; NERY FILHO, A., TAVARES, L.A. (Orgs.). **Drogas, tempos, lugares e olhares sobre o seu consumo**. Salvador: EDUFBA, Cetad/UFBA, 2004.
- FAUSTO NETO, A. Fragmentos de uma «analítica» da midiaticização. **MATRIZES**, Brasil, v. 1, n. 2, p. 89-105, 2008.
- FIOCRUZ. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014.

- FONTES, M. L. A. O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1805-1812, jul. 2012.
- FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 5 ed. São Paulo: Edições Loyola, 1999.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 29 ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2011.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- GILL, R. Análise de discurso. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Editora Vozes: Petrópolis, 2003.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2015.
- GONÇALVES, T. A abordagem do enquadramento nos estudos do jornalismo. **Caleidoscópio: Revista de Comunicação e Cultura**, [S.l.], n. 5/6, July 2011.
- GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. (Orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.
- HART, C. L. Slogans vazios, problemas reais. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 297-305, fev. 2009.
- HJARVARD, S. Midiatização: teorizando a mídia como agente de mudança social e cultural. **MATRIZES**, São Paulo, v. 8, n. 2, jan.-jun, 2012.
- INSTITUTO IGARAPÉ. **Políticas de drogas no Brasil: a mudança já começou**. 2015. Disponível em: < https://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%80NCIAS_24-03w.pdf> Acesso em: 26 de ago. 2016.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. M. F (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 4 ed. São Paulo: Hucitec, 2016.
- LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2008.
- LANCETTI, A. Notas sobre humanização e biopoder. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 797-799, 2009.
- LANCETTI, A. Saúde mental nas entranhas da metrópole. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúdeloucura 7: saúde mental e saúde da família**. 3 ed. Hucitec, 2013.
- LEFÈVRE, F. A saúde como fato coletivo. **Saúde e Sociedade**, v. 8, n. 2, p. 83-91, 1999.
- LINS, E. V. A nova Lei de Drogas e o usuário: a emergência de uma política pautada na prevenção, na redução de danos, na assistência e na reinserção social. **Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas**, p. 243-267, 2009.

LOPES, E. P. O tratamento ao usuário de crack nas páginas policiais dos jornais brasileiros. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 7, n. 3, 2013.

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

LUZ, M. T. **Novos saberes e práticas em saúde coletiva: estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2012.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Subjetividade e loucura. **Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

MARINHO, M. B. O demônio nos "paraísos artificiais": considerações sobre as políticas de comunicação para a saúde relacionadas ao consumo de drogas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 17, p. 343-354, ago. 2005

MEDINA, M. G.; NERY FILHO, A.; FLACH, P. M. Políticas de prevenção e cuidado ao usuário de substâncias psicoativas. In: PAIM, J.; ALMEIDA-FILHO, N (Orgs.). **Saúde coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook, 2014.

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

MOREIRA, M. R. et al. Uma revisão da produção científica brasileira sobre o crack – contribuições para a agenda política. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 1047-1062, Abr. 2015.

MOTTA, L., COSTA, G., LIMA, J. Notícia e construção de sentidos: análise da narrativa jornalística. **Intercom - Revista Brasileira de Ciências da Comunicação**, América do Norte, 27, jun. 2012.

NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Há uma epidemia de *crack* entre estudantes no Brasil? Comentários sobre aspectos da mídia e da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p. 1643-1649, set. 2012.

NETO, A. F. Discurso político e mídia. In: RUBIM, A. A. C (Org.). **Comunicação e política: conceitos e abordagens**. Salvador: Edufba, 2004.

NETO, M. L. A.; SANTOS, M. F. S. Alteridade e Recusa Identitária: A Construção da Imagem do Usuário de Crack. **Paidéia**, v. 24, n. 59, p. 389-396, set./dez., 2014.

NEVES, M. S. **Causas dos homicídios de jovens e a fragilidade da rede de proteção social em Camaçari**. 159 f. Dissertação – Mestrado em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador, Salvador, 2010.

NOTO, A. R. et al. Drogas e saúde na imprensa brasileira: uma análise de artigos publicados em jornais e revistas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 69-79, Jan/fev., 2003.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.

43, supl. 1, p. 101-108, ago. 2009.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-62, mai. 2006.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas, São Paulo: Pontes, 2005.

PITTA, A. M. F. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4579-4589, dez. 2011.

PORTO, M. P. Enquadramentos da mídia e política. In: RUBIM, A. A. C. (Org). **Comunicação e política**: conceitos e abordagens. Salvador: Edufba, 2004.

RANGEL-S, M. L.; GUIMARÃES, J. M.; BELENS, A. **Saberes em saúde, ciência e comunicação**. Salvador: EDUFBA, 2014.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídia, ideologia e cocaína (crack): produzindo “refugo humano”. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v. 18, n. 3, p. 373-382, set/dez, 2013a.

ROMANINI, M. ROSO, A. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. **Psic. Ciênc. Prof.**, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídiatização da cultura, criminalização e patologização dos usuários de crack: discursos e políticas. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 483-497, 2013b.

ROMANINI, M.; ROSO, A. Mídiatização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 363-376, Jun. 2014.

RONZANI, T. M. et al. Mídia e drogas: análise documental da mídia escrita brasileira sobre o tema entre 1999 e 2003. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 5, Dez. 2009.

ROSO, et al. Discursos sobre o crack na mídia impressa. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 455-465, jul./set. 2013.

ROTELLI, F. A instituição inventada. In: ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-100.

SANTAELLA, L. **Comunicação e pesquisa**: projetos para mestrado e doutorado. São Paulo: Hacker Editores, 2001.

SANTOS, M. F. S.; NETO, M. L.; SOUSA, Y. S. O. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, n. 3, p. 379-386, jul./set., 2012.

SAWAIA, B. Introdução: exclusão ou inclusão perversa? In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001a.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001b.

SOUSA, J. P. Por que as notícias são como são? Construindo uma teoria da notícia. **BOCC**, Portugal, 2005.

SOUZA, M. R. R.; OLIVEIRA, J. F. Fenômeno das drogas: análise de reportagens veiculadas em um jornal de salvador. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 22, n. 1-3, 2008.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa**. 8 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

TÓFOLI, L. F. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Sur**, v.12, n. 21, p. 1-4, ago 2015.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

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

UNIFESP. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) 2012**. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

VECCHIA, M. D.; MARTINS, S. T. F. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n. 28, p. 151-164, jan./mar. 2009.

VOLCOV, K.; VASCONCELLOS, M. P. “Crack, é Possível Vencer” ou é possível compreender: observações a partir de campanhas publicitárias do governo federal. **Saúde & Transformação Social**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p.99-105, 2013.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Org.) **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

WURDIG, K. K.; MOTTA, R. F. Representações midiáticas da internação compulsória de usuários de drogas. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 2, dez. 2014.

YANG, L. H. et al. Culture and stigma: adding moral experience to stigma theory. **Social Science & Medicine**, v. 64, n. 7, p. 1524-1535, 2007.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA MESTRADO EM SAÚDE COMUNITÁRIA

O Sr(a). está convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “Entre a mídia e a política de drogas: interpretações dos profissionais de saúde sobre as notícias que abordam o programa “Crack, é Possível Vencer”, cujo objetivo geral é analisar a midiaticização na interpretação dos profissionais de saúde sobre notícias que abordam o programa “Crack, é Possível Vencer”. São objetivos específicos: analisar a interpretação dos discursos da mídia pelos profissionais de saúde sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”; analisar os modos de apropriação dos discursos da mídia pelos profissionais de saúde; discutir a influência da mídia nos discursos e práticas dos profissionais de saúde.

A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Silier Andrade Cardoso Borges, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Maria Lígia Rangel Santos, como atividade do Curso de Mestrado em Saúde Comunitária, do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA.

O Sr(a). poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso o Sr(a). aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício, garantindo em todas as etapas o sigilo, o anonimato e assegurando sua privacidade. O possível risco será de eventuais constrangimentos ou relembrar momentos que não sejam bons.

Para coleta das informações será realizada uma entrevista individual, os quais serão gravados em gravador digital para facilitar a integridade das informações. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. O material será arquivado por 05 (cinco) anos e após esse período será destruído.

O Sr(a). não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa e nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Esperamos que esta pesquisa possibilite maior compreensão acerca do fenômeno da mídia e sua relação com as políticas de drogas, de forma a contribuir para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde mental e de atenção básica. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação de mestrado, em artigos científicos e divulgados por meio de devolutiva nos serviços, garantindo a privacidade dos participantes.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (71) 98706-8584 ou (71)99359-4749 ou pelo endereço eletrônico: silier@outlook.com. O Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva fica localizado na Universidade Federal da Bahia, Rua Basílio da Gama, s/n, 2º andar, Salvador/BA.

Após estes esclarecimentos, solicitamos sua permissão para que participe dessa pesquisa. Caso esteja bem informado(a) e aceite participar, favor assinar esse documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com os pesquisadores.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando ter lido e compreendido todas as informações acima descritas relacionadas a minha participação nesta pesquisa, intitulada “Entre a mídia e a política de drogas: interpretações dos profissionais de saúde atribuídas às notícias sobre o programa ‘Crack, é Possível Vencer’”. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades ou prejuízos, conforme a resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/12. Terei garantia de acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetido(a) à coerção, indução ou intimidação. Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação nesta pesquisa.

Salvador, / /

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B – Roteiro da entrevista individual

A entrevista inicia com a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

1. Dados gerais:

Nome:

Sexo: () M () F

Idade:

Profissão:

Local de atuação: () CAPSad () USF

Tempo de atuação:

2. Sobre o tema do uso de crack e da assistência ao usuário:

2.1. Para você, por que alguém passa a usar crack?

2.2. Para você, o que poderia acontecer com um usuário de crack?

2.3. Quem deve ser buscado caso uma pessoa esteja fazendo uso de crack? (Profissional de saúde, assistência social, RAPS, família, comunidade, escola, polícia, hospital psiquiátrico, comunidade terapêutica, ninguém, todos, etc.)

2.4. Você poderia falar sobre alguma experiência que você teve ao presenciar alguma cena de uso do crack?

2.5. Você já teve alguma experiência ou vivenciou alguma situação de atendimento ao usuário de crack no seu serviço? Poderia descrevê-la?

3. Sobre o programa “Crack, é Possível Vencer”:

3.1. O que você conhece do programa “Crack, é Possível Vencer”?

3.2. Qual a sua visão sobre esse programa?

3.3. Por onde você já obteve conhecimento do programa (documentos oficiais, mídia, outros profissionais, etc.)?

4. Interpretações das notícias veiculadas em jornal impresso:

- Vou mostrar a você algumas notícias sobre o programa. Gostaria que selecionasse pelo menos quatro que mais lhe chamou a atenção e falasse o que achou de cada uma delas.

Perguntar para cada notícia selecionada pelo entrevistado:

4.1. Por que você escolheu essas notícias e não outras?

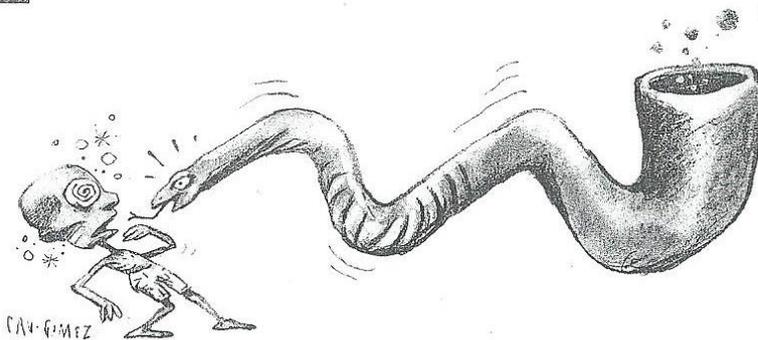
- 4.2. O que você acha que essa notícia quis dizer?
- 4.3. Como é tratada a questão do uso de crack nessa notícia? Você concorda?
- 4.4. Como é tratada a política de drogas nessa notícia?
- 4.5. Quais o(s) aspecto(s) que lhe chama a atenção? Existe algum aspecto que é mais abordado do que os outros?
- 4.6. Como o usuário e a droga são representados nessa notícia? O que você pensa dessa ideia?
- 4.7. Você faria alguma crítica a essa notícia?

ANEXO A – Notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicadas no jornal A Tarde entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014

Notícia 1 – “Internação involuntária para enfrentar o crack”, publicada em 8 de dezembro de 2011 (capa).

AÇÃO A presidente Dilma Rousseff lançou programa de enfrentamento à droga que consumirá R\$ 4 bilhões. Estão previstas medidas para tratamento dos usuários, combate ao tráfico e prevenção

Internação involuntária para enfrentar o crack



A presidente Dilma Rousseff lançou novo programa de combate ao crack. O governo gastará R\$ 4 bilhões em diferentes ações. Dentre elas, se destacam a internação compulsória dos usuários, a que amplia o atendimento psicosocial, a que prevê o monitoramento por câmeras das crackolândias e alterações no Código de Processo Penal para acelerar a destruição das drogas. Na Bahia, em 33 meses foram apreendidas 840 toneladas de crack. **BB**

LUIZ PEDROSO

“A internação compulsória é protetora da vida e restauradora da cidadania” OPINIÃO A3

Notícia 2 – “Dilma lança pacote de R\$ 4 bilhões contra crack”, publicada em 8 de dezembro de 2011.

PROGRAMA Estado deve ganhar Centros de Atendimentos Psicossocial

Dilma lança pacote de R\$ 4 bilhões contra crack

AGÊNCIA O GLOBO
Brasília

O governo federal lançou ontem mais um programa de enfrentamento ao crack. Desta vez, a promessa é investir R\$ 4 bilhões da União, em articulação com estados, Distrito Federal, municípios e sociedade civil. Em maio do ano passado, às vésperas da eleição, o ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva lançou um programa semelhante, que tinha como linhas-mestras de atuação os mesmos três eixos do projeto de Dilma, mas com nomes diferentes: cuidado (tratamento), autoridade (combate) e prevenção mesmo nome usado no programa de Lula). Ainda não se sabe quanto do recurso será investido na Bahia (leia abaixo).

O programa de Lula teve como objetivo ajudar Dilma, sua candidata, e destinou R\$ 400 milhões para as ações. O mote da atual campanha é “Crack, é possível vencer”. A presidente Dilma Rousseff afirmou que não há um modelo pronto de sucesso, mas é

veis contarão com a presença de profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos e lideranças locais. São eles que irão determinar se é necessária a internação compulsória, medida polêmica que divide a comunidade médica. “O consultório na rua não serve para internação compulsória. Serve para proteger a vida”, disse Padilha.

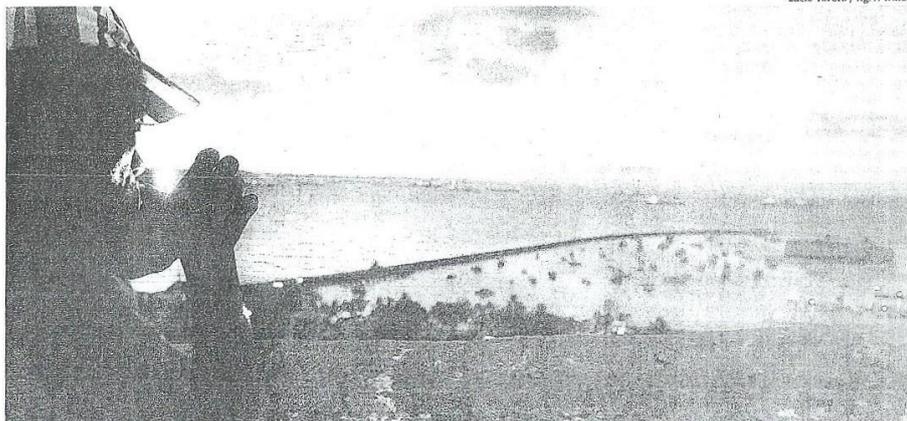
O atendimento psicossocial também funcionará 24 horas por dia, e não mais em horário comercial, como era feito até então. Padilha prometeu multiplicar por quatro o valor diário repassado às enfermarias especializadas em tratamento de álcool e drogas nos hospitais. As unidades de acolhimento serão 430 até 2014.

Tráfico

Na área de combate ao tráfico, o ministério da Justiça disse que irá atuar em conjunto com os estados e municípios. Sem dar detalhes, por questão de segurança, o ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo, afirmou que haverá monito-



Programa lançado por Dilma aborda três eixos básicos para combater o crack: cuidado, prevenção e autoridade



No Centro Histórico de Salvador, usuários da droga não se intimidam em acender o cachimbo e fumar à luz do dia

preciso: ançar. Ela afirmou que é preciso adotar uma repressão "sem complacência" e, comparando com os avanços do país em áreas sociais como a inclusão dos pobres na classe C ou a geração de empregos, Dilma afirmou que é possível vencer o problema. "Um país que conseguiu tudo isso vai ter também uma política ampla, sustentável de enfrentamento às drogas", discursou ela.

Epidemia

O ministro da Saúde, Alexandre Padilha, comparou o momento atual no combate à droga à epidemia de Aids no início da década de 80, quando a comunidade médica se viu diante de questionamentos éticos e de como atuar para resolver o problema. Na visão de Padilha, a Aids agora está sob controle e a saúde encontrou uma forma de atuação. Isso, segundo acredita, deve se repetir com o crack. "O crack tem a mesma dimensão deste desafio. No conceito técnico, estamos, sim, diante de uma epidemia de crack em nosso país", disse o ministro.

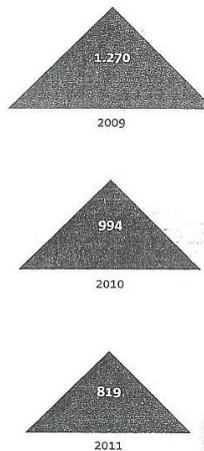
O plano lançado ontem prevê a ampliação dos consultórios de rua - serão 308 até 2014. Esses ambulatórios mo-

ramento de imagens nas chamadas cracolândias, inclusive para evitar distorções e desvios dos próprios policiais. "Vamos identificar e prender os traficantes através de um trabalho integrado entre a Polícia Federal e as polícias locais", disse Cardozo.

A presidente vai enviar, na segunda-feira, um projeto de lei que altera o Código de Processo Penal para acelerar a destruição de entorpecentes apreendidos pela polícia e agilizar o leilão de bens do tráfico. Quanto à prevenção, o governo irá investir recursos em ações nas escolas, comunidades e com a população em geral. Estão previstos publicamente e capacitação por meio do Programa de Prevenção do Uso de Drogas na Escola para 210 mil educadores e 3,3 mil policiais.

O programa prevê a ampliação dos consultórios de rua - serão 308 até 2014

DIMINUIÇÃO
Registro de usuários de drogas que passaram por delegacias em Salvador



Fonte: Secretaria de Segurança Pública (SSP)

Mais de 840 toneladas da droga apreendidas na Bahia em três anos

HELGA CIRINO

De janeiro de 2009 a outubro deste ano, 3.083 usuários de entorpecentes foram conduzidos para delegacias somente em Salvador e 840,5 toneladas de crack foram apreendidas pela polícia baiana. Jovens de 12, 13 e 15 anos ainda consomem o derivado da cocaína nas ruas do Centro Histórico de Salvador, sem opção de tratamento devido às falhas da rede de atendimento.

A Bahia também deve ser beneficiada com parte do orçamento do programa lançado ontem, embora ainda não se saiba quanto será investido no estado. Segundo a superintendente de Políticas sobre Drogas do Governo do Estado da Bahia, Denise Tourinho, o estado não será deixado de fora. "A Bahia vai participar de todas as ações. O trabalho é na linha de cuidado de atenção de quem já faz uso de drogas", afirmou a superintendente. Segundo ela, a verbaaju-

dará no financiamento para implantações de mais Centros de Atendimento Psicossocial (CAPs).

"Isso sem falar que fazemos planos de requalificar todos os CAPs para o nível três. Isso significa dizer atendimento 24 horas", explicou Tourinho. Também o programa vai viabilizar o aumento de atendimentos do sistema consultório de rua. "Vamos ainda crescer o número de vagas de internação hospitalar de curta duração", disse.

De acordo com o Ministério

MAIS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE

A ideia é aumentar em 82% as vagas de residência em psiquiatria e criar 304 vagas para residência multifuncional em saúde mental para atuarem junto aos usuários

da Saúde (MS), o programa vai viabilizar enfermarias especializadas em dependência química no Sistema Único de Saúde (SUS), com investimento de R\$ 670,6 milhões. Ainda na primeira etapa, 2.462 leitos serão criados destinados ao tratamento de usuários.

"As pessoas usam tráfico às vezes para evitar a exclusão ou como forma de inclusão, para trabalhar mais, como na zona rural. Por isso, temos que ter atendimentos diferentes, individualizados. É preciso reconstruir um projeto de vida e um sentido da vida para essas pessoas", disse o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Segundo o Ministério da Saúde, o governo federal vai habilitar 350 auxiliares de enfermagem, 11 mil profissionais de saúde, 100 mil alunos de graduação na área de saúde, 15 mil gestores e profissionais das Comunidades Terapêuticas para o atendimento dos usuários de drogas.

Notícia 3 - "Governo federal reforçará a rede de atenção local", publicada em 10 de dezembro de 2011.

GUERRA AO CRACK

Governo federal reforçará a rede de atenção local

DA REDAÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) anunciou, ontem, que reforçará, juntamente com os gestores locais, a rede de assistência aos usuários de crack e outras drogas na Bahia. Segundo o anúncio, serão criados no Estado 142 novos leitos e qualificados outros 49 (totalizando 191) em enfermarias especializadas em álcool e drogas, destinados a internações de curta duração, além de 26 novas unidades de acolhimento, sendo 18 destinadas ao atendimento de adultos e oito para crianças e adolescentes.

O MS comprometeu-se a investir R\$ 96,7 milhões para a implantação destes serviços. A ampliação do número de leitos é uma das ações do plano *Crack, É Possível Vencer*, lançado pela Presidência da República no início da semana. O plano envolve ações dos ministérios da Saúde, Educa-

ção e Justiça, que atuarão articulados com estados e municípios e sociedade civil.

Ao todo, serão investidos R\$ 4 bilhões, até 2014, em ações que vão desde a prevenção até o enfrentamento ao tráfico de drogas.

"Temos que oferecer um novo projeto de vida ao dependente químico porque a relação com a droga tem relação com o lugar onde ele vive, com o espaço social, a sua condição na família. Isso exige serviços de saúde diferentes para necessidades diferentes", afirmou o ministro da Saúde, Alexandre Padilha.

Rede

Integram a rede de atenção a dependentes químicos os consultórios na rua, enfermarias especializadas em álcool e drogas, unidades de acolhimento adulto/infantil, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas 24 horas (Cap-



Lúcio Távora / Ag. A TARDE / 7.11.2011

Viciado usa crack no Centro da capital: plano federal anuncia recursos para a Bahia

96,7

milhões de reais é o valor do investimento anunciado pelo ministério para a criação de 142 novos leitos e a qualificação de outros 49 no Estado, entre outras ações

sad) e as instituições da sociedade civil que fazem atendimento a dependentes químicos, que serão habilitadas a receber recursos do SUS, se cumprirem critérios de qualidade do atendimento. A rede está interligada também aos serviços de atenção básica e ao atendimento de urgência e emergência.

As ações do plano estão estruturadas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção. Os recursos serão liberados mediante adesão de estados e municípios. "O enfrentamento ao crack e outras drogas se dará por meio de um grande esforço para reorganizarmos a rede", afirma Padilha.

Notícia 4 – “Programa federal contra o uso do crack é criticado no Rio de Janeiro”, publicado em 19 de agosto de 2012.

Programa federal contra o uso do crack é criticado no Rio de Janeiro

AGÊNCIA O GLOBO

Rio de Janeiro

A metodologia adotada pelo programa federal "Crack, é possível vencer", conhecida como política de redução de danos, é mais um alvo de críticas. Não por não ser adequada, mas por não estar sendo implantada como era esperado.

Médicos, pesquisadores e promotores que atuam na área afirmam que o que se vê no trabalho de campo é bem diferente do que se faz em outros países que seguem essa mesma filosofia de combate às drogas — já reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Enquanto na Holanda o governo distribui seringas a viciados em heroína para diminuir o compartilhamento de agulhas e, conseqüentemente, a incidência de hepatite e aids, por exemplo, no Brasil faz-se a remoção con-

tínua dos dependentes que padecem nas ruas.

Um exemplo de que discurso e prática vêm se distanciando. "Aqui, é contra a lei o Estado fornecer drogas. E não temos substâncias que substituam o crack. Então nossa redução de danos é para a plateia ver", diz Marcos Kac, promotor que coordena a seção de Justiça Terapêutica do Ministério Público Estadual do Rio de Janeiro. "O Brasil está investindo muito dinheiro num negócio que comprova-

damente não dá certo. A remoção continuada de viciados das ruas não funciona sozinha e tratar apenas quem se apresenta voluntariamente é pouco", diz Florencia Balestra, pesquisadora do Instituto Igarapé. "Se a taxa de recuperação dos viciados que querem se tratar é baixa, imagina daqueles que são obrigados.

Desde 31 de março de 2011, a Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio fez 94 ações em cracolândias cariocas. Nelas, foram registrados 4.706 acolhimentos.

Na última sexta-feira, um grupo composto por profissionais dos conselhos regionais de Psicologia e Serviço Social do Rio, da PUC-Rio, do grupo Tortura Nunca Mais, da ONG Projeto Legal e da Comissão de Direitos Humanos da Assembleia Legislativa do Rio (Alerj) também apontaram problemas nos locais de tratamentos que funcionam na cidade.

**Na Holanda,
o governo
distribui
seringas a
viciados em
heroína**

Primeira internação compulsória

AGÊNCIA ESTADO

São Paulo

A Justiça autorizou ontem, a primeira internação compulsória de um usuário de drogas desde 21 de janeiro, quando um plantão judiciário passou a funcionar no Centro de Referência em Álcool, Tabaco e outras Drogas (Cratod). O paciente é um morador de rua de 25 anos, que foi levado ao Hospital Lacan, em São Bernardo do Campo, no ABC.

O dependente químico foi resgatado por agentes da Misão Belém, ligada à Igreja Ca-

tólica, na Praça Júlio Prestes, no Centro. Ele apresentava sinais de intoxicação por várias drogas e foi diagnosticado

O jovem contou que vivia há 15 anos na rua e usava crack, álcool, solvente e cocaína

com retardo mental, segundo a Secretaria Estadual de Saúde. O jovem contou aos médicos que vivia havia 15 anos na rua e usava crack, álcool, solvente e cocaína diariamente. Ele não soube dizer onde estava a família.

Ao notar que o paciente oferecia risco à própria vida e aos outros, os médicos pediram a internação compulsória. Juizes ligados ao plantão judiciário do Cratod afirmam que a Justiça havia autorizado a internação compulsória de uma moradora de rua em abril. Mas a Secretaria de Saú-

de não confirmou.

Outros

O ministro da Justiça, José Eduardo Cardozo (PT), assinou ontem, convênios com 15 municípios paulistas, que passarão a ser atendidos pelo programa federal "Crack, É possível Vencer".

Serão investidos cerca de R\$ 220 milhões em ações destinadas ao tratamento do usuário e repressão do tráfico. A capital ganhou cinco ônibus equipados com câmeras para monitoramento da crackolândia.

Notícia 6 – “Bahia adere a ação contra crack”, publicada em 7 de agosto de 2013.

Bahia adere a ação contra crack

O governador Jaques Wagner assinou ontem, em Brasília, um termo de adesão da Bahia ao programa Crack, É Possível Vencer. Ao todo, já aderiram ao programa os 26 estados da Federação e 118 cidades. Entre as ações de prevenção, está a capacitação de profissionais de saúde, de assistência social, de segurança e da Justiça, além de líderes comunitários e religiosos nas ações de combate ao crack. Em 2013, serão investidos R\$ 1,6 bilhão no programa.

Notícia 7 – “Para derrotar o crack” (capa), publicada em 21 de janeiro de 2014.

Para derrotar o crack

Dependente químico, o jovem (foto) – que preferiu não se identificar – é uma das 800 pessoas que vivem nas ruas de Feira de Santana, a 109 km de Salvador. Ele está na mira do programa federal “Crack, é possível vencer”. **AS**



Luiz Tito / Ag. A TARDE

Notícia 8 – “Programa busca reabilitar dependentes químicos”, publicada em 21 de janeiro de 2014.

Programa busca reabilitar dependentes químicos

LUIZ TITO E REDAÇÃO

Feira de Santana

“É na sarjeta da vida que filho chora e a mãe não vê”. A frase é de mais um jovem que trocou o lar pelo crack, pelo álcool e pela maconha em Feira de Santana, a segunda maior cidade da Bahia. Este jovem (que não se identificou) e outros viciados sem teto estão na mira do programa federal *Crack, é possível vencer*, iniciado ontem.

Segundo estimativa do diretor da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, Carlos Lacerda, são quase 800 pessoas em situação de vulnerabilidade social, decorrente da dependência química, vivendo nas ruas desta cidade a 109 km de Salvador e com mais de 600 mil habitantes.

Plano

O programa objetiva tirar o indivíduo das ruas a partir de contato com seus familiares e inscrevê-los no Programa Minha Casa, Minha Vida. Além disso, os pacientes deverão passar por tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (Caps AD) e, posteriormente, ingressar no mercado de trabalho.

Coordenado pela Secretaria de Desenvolvimento Social, o trabalho é iniciado na Casa de Passagem Alabastro, próxima à Rodoviária, que atende 105 pessoas por dia.

“Muitas vezes, isso (a entrada no mundo das drogas) se deve à perda de um familiar ou de um emprego”

CARLOS LACERDA, gestor público



O secretário Ildes Ferreira disse que para atuar em dois dos mais violentos bairros de Feira; Baraúnas e Queimadinha, espera receber apoio do governo federal para obter estrutura formada por 80 homens da PM, 20 da Guarda Municipal, dois ônibus de monitoramento, duas motos e duas viaturas.



Mulher frequenta área usada para consumo de drogas

“Eu morava e trabalhava em Salvador, conheci uma mulher e passei a fumar crack. Quando fui ver, havia perdido o trabalho e já morava na rua. Graças a Deus, surgiu essa oportunidade e espero conseguir sair dessa furada”, disse o ex-segurança Daniel Brasil, 35 anos, que há dez vive nas ruas, usando drogas.

Já o lavador de carros E.A.J., 27, três filhos, hoje na Casa do Alabastro, morava em Salvador e pretendia ir trabalhar em São Paulo. “Nem sei dizer bem o que ocorreu, só sei que não deu certo e quando abri os olhos, já morava nas ruas. Estou nessa há quatro anos. Mas, acho que agora vou conseguir me sair”, apostou.

Notícia 9 – “Polícia propõe uma ação anticrack mais humanizada”, publicada em 2 de outubro de 2014.

ENFRENTAMENTO Programa começa no Centro Histórico e Barra, unindo segurança pública, saúde e assistência social

Polícia propõe uma ação anticrack mais humanizada

FRANCO ADAILTON

Com o objetivo de promover uma abordagem mais humana aos dependentes químicos, a Secretaria da Segurança Pública do Estado da Bahia (SSP) deu início ontem ao programa intitulado “Crack, é possível vencer”. É uma adesão à iniciativa do governo federal, que integra as áreas de saúde e também de assistência social.

Na capital, o programa começa pelos bairros da Barra e Centro Histórico, áreas que contarão, respectivamente, com a estrutura de um ônibus para videomonitoramento, 30 policiais militares, quatro agentes civis, cinco guardas municipais além de sete câmeras de segurança.

Além da capital baiana, as cidades de Camaçari (na Grande Salvador), Feira de Santana, Itabuna, Vitória da Conquista e Juazeiro também estão integradas ao programa “Crack, é possível vencer”. De acordo com o titular da Secretaria da Segurança Pública, Maurício Barbosa, a iniciativa se sustenta nos pilares da prevenção, cuidado e autoridade.

“Este é um trabalho integrado, não somente de polícia, mas de cuidado com as condições sociais e de saúde das pessoas que se tornaram dependentes químicas por motivos diversos. E, por conta disso, precisam de tratamento adequado para serem reinseridas na sociedade”, definiu Barbosa.

“O cerne do programa é a saúde mental dos dependentes químicos”

ELSIMAR LEÃO, major da PM

Foram investidos na infraestrutura R\$ 4,5 milhões, segundo o governo baiano



Marco Aurélio Martins / Ag. A TARDI

Agentes fizeram curso de capacitação para melhor lidar com público-alvo do trabalho

AQUI O BRASIL PAGA MAIS BARATO.

TODA A LOJA SEM ENTRADA

WI-FI

260 LITROS

CONSULTÓRIO DE RUA

Ainda de acordo com Maurício Barbosa, os usuários de crack que forem abordados nas localidades onde o programa foi montado serão atendidos por meio de consultórios de rua e, caso desejem, serão encaminhados a uma unidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), para tratamento. Os CAPS surgiram da necessidade de atendimento humanizado aos portadores de sofrimento psíquico e usuários de álcool e outras drogas. Em Salvador, eles funcionam em Águas Claras e no Rio Vermelho.

O estado da Bahia aderiu ao programa federal em agosto do ano passado, quando teve início o curso de capacitação dos policiais envolvidos na iniciativa, sob a orientação do coordenador de ensino da SSP, major PM Elsimar Leão, que deu detalhes sobre a metodologia desta política pública.

"O cerne do programa é a saúde mental dos dependentes químicos", observou o oficial PM, assinalando: "Lógica é fazer uma abordagem de aproximação e estabelecermos um vínculo de confiança com os usuários, para que eles, voluntariamente, possam tratar o vício".

Apoio

Quem mora na Barra ou apenas frequenta o local, a exemplo da consultora de vendas Adriana Freitas, 34 anos, vê a iniciativa como necessária. Ela observa que "tudo que vier para garantir uma maior segurança da população e, por consequência, tratar o vício das drogas, sempre será bem-vindo".

Por sua vez, o vendedor de água de coco, Luiz Cláudio, de 48 anos, avalia a adesão ao programa "Crack, é possível vencer" como "importante" porque, segundo espera, deve trazer mais tranquilidade a moradores e frequentadores da Barra. "O crack está acabando com as pessoas, que acabam cometendo pequenos furtos para sustentar o vício, como já vi por aqui", afirmou.

TV LED COM CONVERSOR DIGITAL A PARTIR DE R\$ 399,00 à vista

0-18 NO CARNÊ R\$ 34,90

Meu Bahianinho

Electrolux REFRIGERADOR 2 PORTAS 0-18 NO CARNÊ R\$ 109,90 À VISTA R\$ 1.299,00 TOTAL À PRAZO R\$ 1.979,20

CASAS BAHIA DEDICAÇÃO TOTAL A VOCE

Aceitamos cartões de crédito/débito:



A Via Varejo está com vagas abertas para profissionais com deficiência. Os candidatos deverão cadastrar o currículo pelo site www.casasbahia.com.br/trabalheconosco.

Ofertas válidas no dia 2/10/2014 ou enquanto durarem os estoques. Formas de pagamento: à vista; a prazo com juros no carnê em 15X: 5,55% a.m. e CET 91,20% a.a.; 18X: 5,28% a.m. e CET 85,41% a.a., com 1º pagamento 30 dias após a compra (exceto para a primeira compra) e os demais a cada 30 dias. IOF incluso. Consulte outras condições de pagamento. Não vendemos por atacado. 20 peças por produto, exceto para saldo/mostruário. Fotos ilustrativas. Eventuais erros neste impresso têm preservado o direito de reificação. Sujeito a análise de crédito. *Condição exclusiva para os produtos anunciados. **Consulte a loja sobre os modelos disponíveis. As ofertas anunciadas não são válidas para a loja virtual nem para o Televendas. Mais informações, acesse www.casasbahia.com.br ou ligue para 4003-2773.

Acesse: casasbahia.com.br | televendas: 4003-2773 seg. a sex.: 8h às 22h - sáb. e dom.: 8h às 2

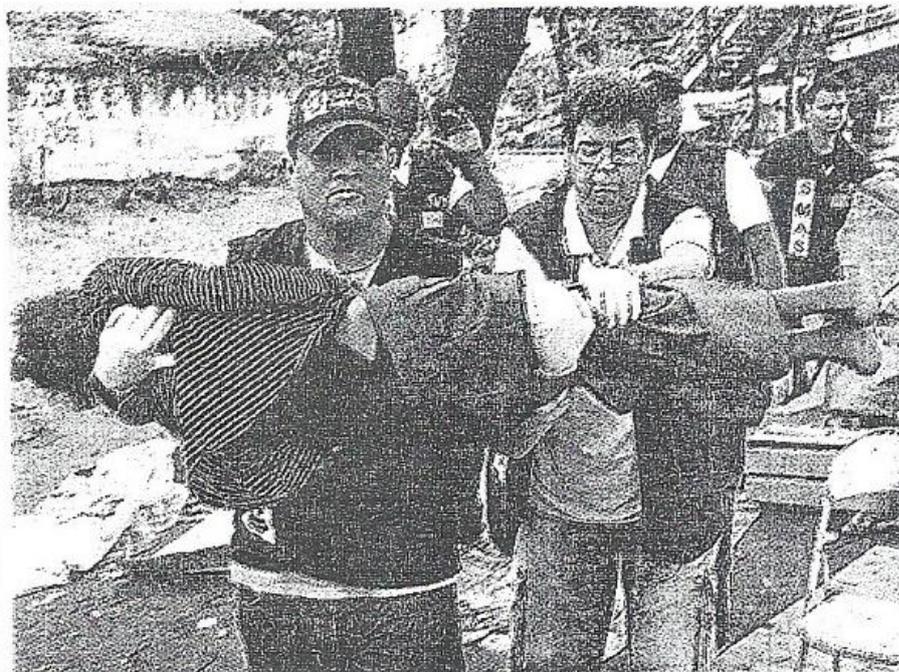
ANEXO B – Notícias sobre o programa “Crack, é Possível Vencer” publicadas no jornal Correio entre dezembro de 2011 e dezembro de 2014

Notícia 1 – “Pernambuco é o 1º a aderir a programa de combate ao crack”, 15 de março de 2012.

Pernambuco é o 1º a aderir a programa de combate ao crack

DROGAS O governo de Pernambuco e a prefeitura do Recife formalizaram ontem a adesão ao programa federal “Crack, é possível vencer”. Pernambuco foi o primeiro estado a aderir ao programa, que tem investimento total estimado de R\$ 4 bilhões e prevê medidas nas áreas de saúde e segurança pública. O projeto foi uma das promessas de campanha da então candidata Dilma Rousseff. Segundo o Ministério da Saúde, o governo federal vai investir cerca de R\$ 85 milhões em Pernambuco até 2014, por meio de repasses e aplicação direta.

Notícia 2 – “Arma de choque será usada contra viciados”, publicada em 15 de novembro de 2012.



AFP

No Rio, agentes fizeram ontem uma operação para recolher usuários

Arma de choque será usada contra viciados

CRACK As polícias do Brasil terão armas de choque e spray de pimenta para conter dependentes de crack. A distribuição desses dispositivos é uma das ações previstas no programa “Crack, é possível vencer”, do Ministério da Justiça. A utilização de força policial, incluindo armas não letais, para o controle de dependentes é controversa. Em São Paulo, operação iniciada em janeiro por estado e prefeitura foi criticada por especialistas, que defendiam foco maior em saúde. A orientação para o uso de armas de cho-

que, chamadas de Teaser, é da Secretaria Nacional da Segurança Pública (Senasp), ligada ao ministério. Segundo nota da pasta, a intenção é que “os policiais tenham opções menos letais, principalmente para situações em que existem aglomerados de pessoas”. Até agora, 12 estados estão no programa federal, totalizando R\$ 62 milhões. O Rio recebeu mais recursos: R\$ 9 milhões. Além de armas, o programa prevê treinamento de policiais e a compra de câmeras para monitorar as crackolândias.

Notícia 3 – “No combate ao crack”, publicada em 21 de setembro de 2013.



Notícia 4 – “Sensibilidade é tudo”, publicada em 22 de julho de 2014.

