

Drogas: Clínica e Cultura



A ATENÇÃO INTEGRAL
AO CONSUMO E AOS
CONSUMIDORES
DE PSICOATIVOS
CONEXÕES INTERDISCIPLINARES

Luiz Alberto Tavares
Maria Eugênia Nuñez
Mônica Coutinho
organizadores



**A ATENÇÃO INTEGRAL AO
CONSUMO E AOS CONSUMIDORES
DE PSICOATIVOS:
CONEXÕES INTERDISCIPLINARES**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Reitor

João Carlos Salles Pires da Silva

Vice-reitor

Paulo Cesar Miguez de Oliveira

Assessor do Reitor

Paulo Costa Lima



EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Diretora

Flávia Goulart Mota Garcia Rosa

CONSELHO EDITORIAL

Alberto Brum Novaes

Angelo Szaniecki Perret Serpa

Caiuby Alves da Costa

Charbel Niño El Hani

Cleise Furtado Mendes

Evelina de Carvalho Sá Hoisel

José Teixeira Cavalcante Filho

Maria do Carmo Soares de Freitas

Maria Vidal de Negreiros Camargo

CONSELHO EDITORIAL DO CETAD/UFBA

Ana Rita Cordeiro de Andrade

Antonio Nery Filho

Edward MacRae

George Hamilton Gusmão Soares

Luiz Alberto Tavares (Coordenador)

Maria Eugenia Nuñez

Marlize Rêgo

Luiz Alberto Tavares
Maria Eugênia Nuñez
Mônica Coutinho

Organizadores

A ATENÇÃO INTEGRAL AO
CONSUMO E AOS CONSUMIDORES
DE PSICOATIVOS:
CONEXÕES INTERDISCIPLINARES

Salvador
EDUFBA
2018

2018, Autores.
Direitos para esta edição cedidos à Edufba.
Feito o Depósito Legal
Grafia atualizada conforme o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, em
vigor no Brasil desde 2009.

Capa e Projeto Gráfico
Yure Aziz e Karime Salomão

Editoração Eletrônica
Zulmira Alves Correia

Digitação
Ana Cláudia Portela

Revisão
Hilário Mariano dos Santos Zeferino

Normalização
Carina dos Santos

Sistema de Bibliotecas – UFBA

A 864

A atenção integral ao consumo e aos consumidores de psicoativos: conexões interdisciplinares / Luiz Alberto Tavares, Maria Eugênia Nuñez, Mônica Coutinho (Org.).
- Salvador: EDUFBA: CETAD, 2018.
551 p.- (Coleção drogas: clínica e cultura).

ISBN: 978-85-232-1758-7

1. Drogas – Saberes e práticas. 2. Contexto sócio-político. 3. Redução de danos.
I. Tavares, Luiz Alberto. II. Nuñez, Maria Eugênia. III. Coutinho, Mônica. IV. Centro
de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas.

CDD - 616.863
CDU - 615.099

Elaborada por Ana Rita Cordeiro de Andrade – CRB – 1049

Editora afiliada à Editora da UFBA



Editora da Universidade Federal da Bahia
Rua Barão de Jeremoabo s/n, Campus de Ondina, 40170-115 – Salvador-BA
Tel: (71) 3283-6164, www.edufba.ufba.br. E-mail: edufba@ufba.br

SUMÁRIO

Prefácio

Antonio Nery Filho.....9

Apresentação

Maria Eugenia Nuñez

Mônica Coutinho.....11

PARTE I SOCIOANTROPOLOGIA

Apresentação

Edward MacRae.....17

Pobreza, droga e violência: uma reflexão teórica das narrativas sobre o uso de drogas ilícitas em bairros populares de Salvador

José Carlos Oliveira Chaves.....19

Estudos subalternos/*queers* e o uso de substâncias psicoativas: contribuições possíveis

Gilmaro Nogueira.....45

Considerações sobre a estratégia de internamento compulsório para usuários de crack em situação de rua no Brasil

Ivan Farias Barreto59

Processos de subjetivação de mulheres em situação de aprisionamento pelo envolvimento com drogas

Teresa Paula Costa

Jeane Oliveira81

Quando o objeto se sobrepõe, onde está a graça? Considerações sobre um comercial de televisão e o abuso de álcool

Sueli Santos Arão de Oliveira.....95

PARTE II POLÍTICA, LEGISLAÇÃO E ÉTICA

Apresentação

Ludmila Correia.....109

Discurso sobre drogas e atenção à saúde dos usuários nas conferências nacionais de saúde mental

Tatiana Lacerda Medeiros.....111

Questões atuais sobre a política de drogas no Brasil: comunidade terapêutica e a atenção em saúde

Daniela Duarte Lima

Luana Malheiro.....147

Considerações sobre o cumprimento de medida educativa instituída pela aplicação da Lei nº 11.343/06 em um CAPS-AD

Camile Batista Cabral.....161

Estudo bibliométrico sobre a produção científica brasileira em álcool e outras drogas

Gustavo Caribé.....187

PARTE III REDES DE ATENÇÃO

Apresentação

Patrícia Maia von Flach.....205

A atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede básica de saúde: considerações acerca do acesso

Lília Oliveira de Araújo.....207

O CRAS como articulador da rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e seus familiares: possibilidades e desafios

Elicarlos Coutinho de Oliveira237

Vivendo em situação de rua: um estudo sobre exclusão, uso de álcool e outras drogas e os dispositivos terapêuticos/assistenciais

Daniele Santos Gonçalves271

Diálogo possível: o apoio institucional e a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas

Luzia Vilma Delgado

Aline de Oliveira Costa293

"Mostrando a cara do CAPS-AD infanto-juvenil-vida": uma experiência de apoio matricial em Aracaju (SE)

Fabiola Mendes de Andrade

João Sampaio Martins309

PARTE IV PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS

Apresentação

Monica Coutinho Cerqueira Lima325

Redução de danos entre a saúde mental e a atenção básica

Mairla Machado Protazio

Liliana da Escossia327

Espassos da rua: trajetória de uma prática com população em situação de rua na cidade de Salvador

Michelle dos Santos Campos361

O consumo de substâncias psicoativas entre profissionais de segurança pública: uma revisão de literatura (1998-2013)

Luana Dourado Figueira

Sérgio Nascimento S. Trad383

Arte, redução de danos e cultura de uso: por uma nova perspectiva

Rosângela Soares Boaretto417

PARTE V CLÍNICA

Apresentação

Luiz Alberto Tavares

Maria Eugenia Nuñez

Marlize Rêgo.....439

Reflexões acerca do ato transgressor nos centros de atenção psicossocial: implicações clínicas

André Bomfim Dias443

"Se for mulher será puta; se for homem, ladrão": considerações sobre o uso de drogas por pessoas em situação de rua

Gabriel Pamponet457

Drogas e velhice: uma "nova" questão para a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas?

Ciro Frederico Arão da Silva Oliveira

Alba Riva Brito de Almeida477

Toxicomania e psicose: uma articulação possível?

Renata da Silva Raiol.....499

Considerações sobre a autonomia do usuário de substâncias psicoativas e as contribuições da terapia ocupacional

Selma Viana Lessa.....509

Refazenda nas toxicomanias: do fazer alienado ao fazer significativo

Thais Cerqueira Costa.....529

Sobre os autores.....543

PREFÁCIO

TEMPOS DIFÍCEIS

Estamos atravessando tempos difíceis no Brasil de 2017. Difíceis politicamente, com o país dividido entre pobres (maioria) e ricos (minoría), cujo fosso não cessa de se aprofundar, alguns aceitando um governo imposto e outros inconformados. Creio que a maioria desejando votar e eleger um(a) novo(a) presidente(a), esperando que possa, então, cumprir integralmente seu mandato. Tempos difíceis estes modernos, em que o imperativo do ver e a tirania da exposição se sobrepõem à privacidade, banindo, ou quase, os segredos individuais e/ou coletivos. Tempos nos quais a delação – antes, causa de vergonha ou banimento, enquanto traição, a exemplo de Judas que delatou por 30 dinheiros, ou Silvério dos Reis que traiu, aqui, por convicções políticas (ou interesse?) – é, agora, elevada à categoria de bem para a coletividade. Homens e mulheres denunciam para reduzirem penas, para não serem privados de liberdade ou, ainda, devolverem roubos ou, pasme-se, devolverem dinheiro roubado da saúde e da educação. Tempos estranhos, quando não sabemos se dizemos aos nossos filhos sobre o valor da fidelidade e da honestidade ou lhes ensinamos que existem duas categorias de traição: uma para o bem, que permite o desvelamento de falcatruas (como é mesmo a música que fala das tetas da Nação e dos que nela mamam?), e outra ruim, abominável, sem perdão, quando trata de tornar público o grampeamento de telefones, ou fraudes eleitorais, ou o amor que tomou de assalto este(a) ou aquele(a) marido ou mulher. Delatar, foi como venceram (venceram?) a máfia na Itália e, posteriormente, nos Estados Unidos da América. Tempos difíceis, *Tempos Modernos*, que Chaplin nos fez conhecer através de um Carlitos operário que perdia sua condição de humano para uma condição alienada, condição de máquina.

Mas, *la nave va*, “nem sempre ganhando, nem sempre perdendo, mas aprendendo a jogar”. Resistir é preciso e cá estamos nós, resistindo, como os irreduzíveis gauleses, lá da Gália romana, tornados fortes por uma poção mágica, aquela do druída Panoramix. Nossa poção, aqui, se faz de fé, de risco e de coragem como nos propôs Marcus Vinicius, o Matraga. Aqui, na Bahia, resistimos com o aprendizado do extinto Ponto de Encontro, e com os Pontos de Cidadania, mais do que dois *containers*, dois lugares para onde ir os que não têm lugar; ou com os frágeis

Consultórios na Rua; ou com o Consultório para Atendimento da População Trans. Em Recife, a resistência se faz com o Programa Atitude. Em São Paulo, apesar da violência policial, a resistência se tem mostrado através do Programa “De Braços Abertos”, na Praça da República, e da lembrança das provocações e ensinamentos de Antonio Lancetti. Em Minas, com o inabalável trabalho do Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), dentre tantas outras experiências que nos orgulham, ou, ainda, o recém-criado Coletivo Virtual Intercambiantes BR, orientado pela Ética, Bioética e Direitos Humanos.

Contudo, em todos, como um grande espelho a nos refletir, estão as pessoas, os vulnerados, os invisíveis os sem poder de toda ordem – os desempoderados.

Este livro, décimo da Coleção Droga e Cultura, parceria entre o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMED/UFBA), sob a condução do psiquiatra e psicanalista Luiz Alberto Tavares, faz parte, também, da resistência às tempestades que, vez por outra, ameaçam os avanços e conquistas obtidas, dia a dia, pelos que trabalham com usuários de psicoativos, sejam ou não operários invisíveis e vulnerados das ruas.

Diante das desqualificações sem fundamentos, do desconhecimento e, às vezes, da má fé, com que autoridades políticas e técnicas nos impõe – ou querem nos impor – práticas descabidas, respondemos com textos produzidos por trabalhadores, qualificados através de mais um curso de especialização do CETAD/UFBA, patrocinado pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD/MJ), hoje ameaçada pela mão pesada do interesse econômico, colada ao braço do Poder Público que, espero, passe o mais rápido possível. Textos que partem da Sociologia para chegar à Clínica, atravessando a Política, Legislação e Ética; as Redes de atenção; a Prevenção e a Redução de riscos e danos. Não é, portanto, este livro, um trabalho homogêneo senão na intenção de mostrar, cada autor e cada autora, professor ou aluno, o resultado de seus esforços, individuais ou coletivos. Ouso pensar mais coletivos que individuais, porque acredito que “quem quer ir rápido, vai sozinho; quem quer ir longe vai acompanhado”. Estamos caminhando há quase 32 anos.

Desejo boa leitura e bom trabalho.

Antonio Nery Filho

APRESENTAÇÃO

As drogas, como qualquer objeto, necessitam de um ato humano para lhes dar sentido e valor. São externas aos humanos, enquanto que a alegria, o prazer, o sucesso, a solidão e tantos outros sentimentos nascem nos humanos, são internos, são de sua natureza.

Antonio Nery Filho

O fenômeno do consumo de substâncias psicoativas (SPA) se revela em contínuo movimento, evidenciando uma complexidade que se manifesta nos seus diversos campos de abordagem. O objeto destes campos muda, é vivo, se faz e refaz constantemente, convocando-nos a estudar esse fenômeno em todas as suas dimensões e tempos. Pensar a questão da formação de profissionais que contemple a atenção integral aos usuários de substâncias psicoativas (SPA) e seus familiares configurou-se, ao longo do tempo, como uma das prioridades postas em prática pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA). Nesse sentido este Centro, dentre outras ações no âmbito da capacitação, vem desenvolvendo cursos de especialização desde 2009 nos estados da Bahia, de Sergipe, do Piauí e, atualmente, no estado do Rio Grande do Norte, em parceria com universidades federais, Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD) e governos dos referidos estados. Assim, em 2012, foi iniciado o segundo curso de especialização *lato sensu* intitulado “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de álcool e outras drogas”, dirigido aos profissionais de diversas áreas dos estados da Bahia e Sergipe, com uma duração de dois anos, tendo priorizado, para sua seleção, profissionais com interesse nesse tema e que evidenciassem possibilidades de desenvolver ações nos seus diferentes campos de atuação profissional. Este livro é resultado, portanto, da seleção de alguns trabalhos de conclusão do referido curso, produzidos pelos alunos desta segunda turma.

O aumento progressivo dos problemas relacionados ao uso de risco e a dependência de SPA têm convocado os profissionais das mais

diversas áreas de atuação a produzirem novos saberes, como também novas práticas, no sentido de lidar com as questões relacionadas a campos tão diversos. Isto envolve importantes desafios para as instituições de ensino, bem como para aquelas que atuam direta ou indiretamente com a temática das drogas, sendo necessário priorizar a construção de novas proposições que permitam pensar mais eficazmente o problema e, conseqüentemente, pressupõe a possível adoção de medidas mais pragmáticas e pertinentes, que integrem transdisciplinarmente os avanços mais recentes nos diversos campos científicos. Neste sentido torna-se cada vez mais necessário, por parte dos profissionais, uma avaliação rigorosa dos modelos de atenção integral hoje utilizados para este fim.

A questão do consumo de SPA na contemporaneidade, nos seus variados modos e contextos de uso, escolhas de diferentes tipos de drogas e consumidores nos seus diversos perfis bio-psico-sociais, é ampla e deve ser pensada numa relação dialética entre consequência e causa de fatores culturais, sociais, econômicos, psicológicos, biológicos, antropológicos, políticos, éticos, legais, dentre outros. Pensar ou estudar de modo integral, transdisciplinar e transversal este fenômeno é um princípio basilar que se nos impõe nesta formação.

O objetivo deste curso de especialização foi capacitar profissionais – de nível superior que atuam na rede pública – na atenção integral das questões relacionadas ao consumo e consumidores de álcool e outras drogas para apreenderem as diversas dimensões – ética, social, política, antropológica, cultural, histórica, jurídica, epidemiológica, farmacológica, biológica e psíquica – presentes no fenômeno do consumo de substâncias psicoativas, desde uma perspectiva transdisciplinar. E, conseqüentemente, serem capazes de realizar intervenções eficazes no reconhecimento da incidência do problema, seja na pesquisa, formação, prevenção, redução de danos e/ou tratamento, além de formular e planejar projetos de intervenção, leis e políticas públicas sobre álcool e outras drogas.

Pretendemos, neste curso de especialização, não apenas transmitir um conjunto de informações sobre as drogas e seus efeitos orgânicos, sociais e psicológicos, mas oferecer condições para que os participantes se apropriem de uma gama de conhecimentos técnicos que lhes possibilite desenvolver capacidades e habilidades para uma atuação eficaz nesta área específica, assim como contribuir para que os alunos desenvolvam uma atitude crítica e transformadora, possibilitando a reflexão e reposicionamento das próprias práticas de intervenção relacionadas ao fenômeno das toxicomanias.

Vale ressaltar que o aspecto mais significativo desta especialização é a proposta metodológica de aprendizagem, promovido pela disciplina Orientação Pedagógica, em que os alunos foram divididos em grupos e coordenados por profissionais experientes na área, os quais trabalharam numa perspectiva da didática operativa grupal. Este processo metodológico e pedagógico teve como objetivo primordial, facilitar a reflexão e a teorização das diferentes práticas profissionais, respeitando as suas especificidades e âmbitos de inserção, mas também contribuiu para o estreitamento de um diálogo entre os vários saberes que permeiam essa questão. A dinâmica foi operacionalizada através da discussão de experiências profissionais articuladas conjuntamente com o conteúdo das aulas teóricas com o intuito de potencializar a qualidade da aprendizagem. Essa dinâmica, diferentemente de um processo isolado de capacitação que proporciona a aquisição de conhecimentos, informações, habilidades, técnicas e tecnologias, visou produzir um efeito formativo em cada aluno, entendido como uma aquisição mais duradoura de propensão ao desenvolvimento de uma atitude crítica e reflexiva acerca das questões relativas ao consumo de substâncias psicoativas.

A Orientação Pedagógica se configurou como um espaço privilegiado de implicação dos alunos com seus campos de atuação, bem como um momento de produção de subjetividades e afetações extremamente rico, no qual convicções eram desterritorializadas permitindo a imersão de novos conhecimentos surgidos dos encontros entre alunos, professores, vivências, conceitos e teorias. A aposta não era voltada para trazer respostas prontas, e sim para estimular o aluno a produzir conhecimentos a partir de sua prática, e vice versa, criar novas estratégias a partir da leitura e do aprofundamento teórico. Como esta especialização é multiprofissional, dentre os alunos, as diferentes áreas do conhecimento foram assim representadas: Serviço Social, Medicina, Psicologia, Biologia, Antropologia, Sociologia, Terapia Ocupacional, Pedagogia, Educação Física, Artes Plásticas, Artes Cênicas, Fonoaudiologia, História, Enfermagem, Nutrição, Biologia, Odontologia, propiciando uma interlocução rica e discussões entre os profissionais a partir do referencial das suas diversas áreas.

Este livro foi dividido em capítulos que representam as diferentes disciplinas que compõem a estrutura deste curso, tais como Socioantropologia, Política, Legislação, Ética, Redes de atenção integral, Prevenção e Redução de riscos e danos e Clínica com o propósito de transmitir a nossa visão transdisciplinar decorrente de uma experiência acumulada durante longos anos de trabalho e pesquisa neste Centro. Os capítulos

foram apresentados por professores do curso com a intenção de fundamentar a importância de cada disciplina. Os textos que compõem cada capítulo representam uma produção significativa de tantos saberes que foram construídos e reconstruídos pelos alunos ao longo do curso.

Agradecemos, finalmente, a todos que participaram de forma direta ou indireta na elaboração deste livro e especialmente ao dr. George Hamilton Gusmão Soares, atual Coordenador Geral do CETAD/UFBA pelo apoio constante aos cursos de pós-graduação administrados pelo CETAD/UFBA e ao dr. Vitori André Zílio Maximiano, já que durante toda sua gestão como Secretário Nacional de Políticas sobre Drogas, manteve o suporte e incentivo para a realização deste curso nos estados da Bahia e de Sergipe, além da ampliação da ampliação desses cursos de pós-graduação para outros estados do Brasil.

Maria Eugenia Nuñez
Mônica Coutinho

PARTE I

SOCIOANTROPOLOGIA

APRESENTAÇÃO

Tornou-se senso comum, hoje, a afirmação de que uma abordagem que busque a compreensão integral da questão das drogas deve levar em conta seus vários aspectos adotando uma abordagem biopsicossocial. Mas, na prática, até recentemente, o estudo do tema tem sido desenvolvido dentro das disciplinas médicas ou psicológicas. Abordagens sociais geralmente se restringiam ao âmbito da criminologia e do direito, geralmente partindo de pressupostos a respeito da natureza das drogas, já dados pela sociedade envolvente, e que são pouco questionados pelos estudiosos.

O Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), desde seus primórdios, tem atentado com maior cuidado para outros aspectos sociais e simbólicos da questão. Assim, busca chamar a atenção para o fato de que o uso de substâncias psicoativas não se dá num vácuo sociocultural e, raramente, ocorre de maneira completamente desregrada, mesmo se as regras que servem como referência para esse uso sejam desviantes dos padrões hegemônicos na sociedade maior.

Portanto, o livro organizado pelo CETAD a partir do seu curso de especialização, e da experiência acumulada por seus técnicos, professores e pesquisadores, não poderia deixar de dedicar um capítulo aos aspectos socioantropológicos do uso das substâncias psicoativas em que se propõe abordar o tema a partir de enfoques sociológicos, antropológicos, históricos, políticos, econômicos e jurídicos.

Neste capítulo, elegem-se como objetos de investigação a serem estudados, tanto em termos sincrônicos quanto diacrônicos, as atitudes de diferentes sociedades ao longo da história em relação às substâncias psicoativas, seus usos, usuários, produtores e distribuidores. Especial atenção é dedicada à investigação dos controles sociais vigentes sobre o uso dessas substâncias, sejam eles formais, na forma de leis e regulamentos oficiais, sejam eles informais, como as normas, regras de conduta, e os rituais sociais que surgem de maneira espontânea entre usuários e que podem constituir verdadeiras subculturas.

Edward MacRae

POBREZA, DROGA E VIOLÊNCIA: UMA REFLEXÃO TEÓRICA DAS NARRATIVAS SOBRE O USO DE DROGAS ILÍCITAS EM BAIROS POPULARES DE SALVADOR

José Carlos Oliveira Chaves

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, muito se tem debatido sobre a questão das desigualdades sociais. Esses debates têm tido como elementos importantes as reflexões sobre pobreza, drogas e violência. Observa-se que, a todo instante, essas categorias se estabelecem como fios condutores de discussões que remetem a questões que permeiam a vida cotidiana dos indivíduos nas grandes cidades, de modo que esta problemática dá corpo aos espaços urbanos, bem como às relações sociais existentes.

Além de toda a desigualdade social, as grandes cidades também sofrem com o desemprego. Em consequência, surge um grande número de bairros populares que padecem com a falta de segurança, saúde, saneamento básico, infraestrutura, tráfico de drogas, entre outras mazelas, colocando os seus moradores diante de um alto índice de vulnerabilidade social. Entre os diversos fatores pautados como responsáveis por essa vulnerabilidade, estão a baixa escolaridade, a baixa renda familiar, a falta de ocupação e a discriminação de gênero/cor/raça/idade. Nesse sentido, como observa Bauman (2005), os espaços urbanos se conformam como entidades que definem identidades, entretanto, o “pertencimento” e a própria identidade não possuem a solidez de uma rocha.

É bem verdade que o uso das drogas, sejam estas lícitas ou ilícitas, permeia todas as classes sociais e, o que difere, são as formas de acesso e a visibilidade da sua utilização. Dessa forma, pensar apenas no desenho até então esboçado da rede de atenção aos usuários por si só não dá conta de toda a dinâmica que o uso de drogas institui na contemporaneidade. E, partindo do pressuposto de que a família constitui o núcleo de maior importância na formação dos indivíduos, pode-se

aprender que a sua estruturação, bem como as relações estabelecidas com o que está ao seu redor, reflete questões da maior relevância na formação psicossocial dos seus membros. Isso conduz a formas e olhares distintos das estruturas que, muitas vezes, se sobrepõem às normas e regras tidas como “normais”.

Por esta razão, alguns fenômenos que norteiam os elementos reguladores que regem o uso de drogas se tornam de maior relevância, para além das questões relacionadas à dicotomia saúde-doença. Nessa perspectiva, é de fundamental importância estudar de modo mais detalhado os seus usuários, bem como as relações e os vínculos que eles estabelecem ao seu redor. Uma vez que as redes sociais produzem subsídios para formação e reflexão da vida cotidiana, elas potencializam elementos de grande relevância na estrutura de vida desses indivíduos.

Aqui, vale ressaltar como fator positivo dessas redes, a elevação do índice de usuários que buscam participar efetivamente da sociedade através da formação de grupos socioculturais. A troca de experiências para a identificação de situações de risco pessoal e possíveis fragilidades sociais, que possam levar ao uso abusivo de drogas, faz com que construam uma identidade coletiva. Esta inserção funciona como um estímulo na procura de soluções alternativas para suas questões de cunho pessoal e no desenvolvimento de ações positivas, ressignificando os seus projetos de vida. Assim, o contato com usuários não problemáticos bem como atividades não associadas às drogas são fatores importantes na estrutura de vida dos que estão inseridos neste contexto. (GRUND, 1993)

Diante disso, uma vez que os métodos biomédico e epidemiológico, por si sós, não têm dado conta das peculiaridades dessa problemática, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de recorrer a pesquisas de natureza socioantropológica que privilegiem sujeitos e grupos que fazem uso cotidiano de substâncias psicoativas ilícitas. (MACRAE, 1994) Este tipo de pesquisa, pautada na etnografia como método investigativo, ajuda-nos a refletir sobre os discursos e práticas dos envolvidos nessa seara, sejam eles usuários, equipe de saúde ou até mesmo a população em geral. Isto nos auxilia a problematizar o universo imaginário das substâncias psicoativas no campo social.

Nessa perspectiva, diante do imaginário social construído sobre o universo das drogas, seus usos e tráficos: como se dá a “cultura das drogas ilícitas”¹ entre os usuários de bairros populares?

ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS

Não tenho dúvida de que toda a caminhada para a construção teórica de um trabalho científico muitas vezes se limita às perguntas que se quer responder, assim como às ponderações que devem ser legitimadas por seus pares. Entretanto, na minha concepção, o que mais fascina o pesquisador é poder perceber que as nuances encontradas na vida cotidiana desconstruem os ideários preconcebidos. Por certo que todo o arcabouço apresentado nos resultados de uma pesquisa não é estanque, visto que a vida se constitui na prática e na dinâmica das relações sociais e estas não estão incorporadas como elementos de figuração nas estruturas sociais. Ou, melhor dizendo, “o ‘homem’ só existe através da vida sociocultural, e isolá-lo desta, mesmo em termos puramente analíticos, pode deformar qualquer processo de conhecimento”. (VELHO, 2003, p. 19) Diante de tais premissas, tentar criar respostas concretas e verdades absolutas é tentar desconectar os indivíduos das suas subjetividades e, conseqüentemente, das suas vidas reais.

Como em qualquer tipo de pesquisa que trate de temas delicados, o acesso a informações sobre o uso de drogas em grupos vulneráveis consiste em algo restritivo e precário, pois, como alguns estudos demonstram Becker (2008) e Velho (2008), o conhecimento que os usuários compartilham é resultado de um acúmulo de informações dos grupos consumidores que estão em contato uns com os outros. Nesse sentido, torna-se de fundamental importância problematizar as categorias gênero, classe e raça bem como os contextos socioculturais em que estas estão inseridas para não cairmos na armadilha de rotular e estigmatizar um grupo em prol de outro.

Em se tratando de um estudo realizado no campo da saúde, o presente trabalho teve no seu desenvolvimento, devido aos requisitos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996),

1 Partindo da teoria do comportamento desviante, Becker (2008) propõe o conceito “cultura da droga”. Para o autor, os usuários dessas substâncias desenvolvem um conhecimento sobre os rituais e regras de conduta que visam controlar ou regular os padrões de uso bem como auxiliar na interpretação dos seus efeitos.

várias limitações, o que resultou em grandes alterações na sua constituição original. Aqui, vale contextualizar as questões referentes a esta resolução: diante do fato de a resolução ser pautada na Biomedicina, as pesquisas antropológicas no campo da saúde se deparam com frequentes entraves, uma vez que, como sugerem MacRae e Vidal (2006), essa resolução se apresenta como concebida no intuito de proteger os sujeitos da pesquisa de cunho biomédico e qualquer questionamento a respeito tende a ser visto com suspeita. Porém, tais exigências podem, em algumas circunstâncias, ameaçar a qualidade e o andamento de pesquisas que enveredam pelo campo socioantropológico, em que, ao invés de pesquisas em seres humanos realizam-se estudos com seres humanos e, o diferencial de poder entre pesquisador e sujeito de pesquisa é bastante menor que na pesquisa de natureza clínica ou biomédica, restringindo dessa maneira o avanço do conhecimento científico.

Os autores Oliveira (2004) e Caroso (2004) (apud MACRAE 2006), diante dessa problemática, apontam como grande questão, a não diferenciação pela resolução entre a pesquisa em que há intervenção nos corpos (Biomedicina) e as que buscam entender a respeito do uso desses corpos (Sociologia e Antropologia). De modo que, como alude Oliveira (2004), deve-se perceber que as pesquisas no campo da saúde se dividem em estudos feitos *em seres humanos*, com ênfase nas intervenções biomédicas; e *com seres humanos*, tendo os sujeitos como atores e interlocutores na construção do conhecimento. Nesta ocasião, em se tratando de questões éticas e metodológicas, vale acentuar as reflexões de Willis (apud CARDOSO 2004, p. 102)

Em geral, apesar de as técnicas de metodologia qualitativa marcarem uma ruptura decisiva com as técnicas quantitativas, o modo pelo qual são utilizadas supõe um compromisso secreto com o positivismo para manter o sujeito, finalmente, como o objeto. Atrás de toda a preocupação com as técnicas e com a confiabilidade dos dados, está a crença [...] que o objeto da pesquisa existe em um mundo externo.

Portanto, tomando por base as questões acima mencionadas, deve-se enfatizar que a produção dos dados não se restringe apenas à acumulação de informações, mas também exige rever posicionamentos e reformular hipóteses e descobertas de novas pistas. (CARDOSO, 2004) Assim, diante do explicitado, este trabalho se restringirá a um ensaio temático em que a busca bibliográfica foi de grande valia para o seu desenvolvimento.

Nesse sentido, a metodologia utilizada foi baseada em levantamentos a partir de dados bibliográficos e projetos relacionados ao uso de substâncias psicoativas ilícitas em contextos de pobreza e violência. Também foram empregados os conhecimentos obtidos na análise do estudo desenvolvido na dissertação de mestrado de Chaves (2010) intitulada “Corpo ‘sarado’, corpo saudável? Construção da masculinidade de homens adeptos da prática da musculação na cidade de Salvador”. Aos dados bibliográficos foram agregadas informações obtidas em *sites* na internet, pertencentes a organizações governamentais e não-governamentais, que divulgam textos e dados relacionados com as temáticas abordadas no presente trabalho.

Processo de análise dos dados

Na apreciação do material selecionado, utilizou-se uma ficha de extração de dados composta das variáveis: objetivo; tipologia de violência; abordagem metodológica; método; cenário; sujeitos; resultados; categoria de análise (referencial). Já a análise dos dados se constituiu de três etapas: análise prévia, análise exploratória dos resultados obtidos e interpretação. A análise prévia consistiu na organização, operacionalização e sistematização dos dados. Nesse momento, realizou-se uma leitura flutuante e fichamentos (ficha documental e ficha de extração de dados), possibilitando uma visão abrangente do conteúdo. No final de cada análise foram feitas reflexões a respeito do apreciado, criando, assim, possibilidades de novas interpretações e críticas.

Posteriormente, no processo de análise mais aprofundado, foi feita uma releitura dos textos, desenvolvendo-se uma codificação dos achados fichados, referências dos autores e análise dos textos, observando-se as convergências, divergências e semelhanças. Todo o material foi organizado tendo por base o objetivo proposto pelo trabalho. Em seguida, foi feita uma análise exploratória que consistiu na identificação de trechos no texto que revelassem aspectos de valor substancial para este estudo, como: concepções sobre drogas e violência, práticas tidas como desviantes, dentre outras.

Concluindo, a partir da pesquisa bibliográfica, o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação consistiram do cruzamento entre as categorias analíticas tomadas como centrais para o entendimento da problemática em questão.

Breve incursão teórica

As identidades são marcadas através das diferentes formas de vivência no mundo, e essas diferenças são assinaladas pelos meios simbólicos ou pela exclusão social. Neste sentido, nos contextos identitários, há sempre uma luta de forças na qual um grupo acaba sendo mais valorizado do que outro. Assim, em se tratando das identidades desviantes, pode-se apreender que as características de uma determinada pessoa e os estereótipos sociais atribuídos a ela são gerados em situações sociais nas quais determinadas regras são estabelecidas. (GOFFMAN, 1982)

Partindo do mencionado, Woodward (2000) expõe uma reflexão bastante interessante sobre as tensões existentes entre as perspectivas teóricas que procuram dar conta da existência das identidades. Se, por um lado, a perspectiva essencialista se baseia no autêntico e natural, a não essencialista tem o seu foco nas diferenças sendo estas diferenças pontos marcantes e importantes para o entendimento da vida social. Eis porque o ponto de tensão entre elas é algo de grande valia para o entendimento dos novos conceitos das identidades fluidas e para o entendimento do “normal” verso “desvio”.

É bem verdade que pensar de forma dicotômica nos leva sempre a construir um imaginário de possibilidades marcadas por uma relação de poder na qual as diferenças passam a ser assinaladas entre o Eu e o Outro. Esse Outro é o de fora, o estranho, o desviante. Desse ponto de vista, a ideia de identidades tidas como fixas padroniza elementos que corroboram para uma identidade construída e validada como um “tipo ideal”. Deste modo, pensar sobre o que é fixo e o que é móvel e, nas intersecções e tensões que esta relação possa proporcionar, pode dar pistas a novas indagações e ajudar na compreensão de outros campos de tensões. Com isso, obtemos novas competências para problematizar a faculdade de operar entre a essência e não essência das identidades.

Apesar de Bauman (2005) sustentar que o anseio por uma identidade está imbricado com a busca por segurança, situação que a vida contemporânea insiste em prometer sem nenhuma possibilidade de oferecer; uma identidade coesa firmemente fixada e solidificada se constitui em mais um fardo nas sociedades atuais, uma limitação da liberdade de escolha. Logo, livrar-se dessas prisões do “próprio” e do “idêntico”, do “bem” e do “mal”, passa a ser uma necessidade de sobrevivência na atualidade (LIMA, 2003), de tal modo que, na contemporaneidade ou modernidade tardia, como sugerem alguns autores, o futuro passou a ser pensado como passível de controle e a forma de gerenciar o risco e a

produção dos sentidos a ele associado se faz pelo imperativo da opção. (SPINK, 2001)

Em se tratando do consumo das drogas, o seu uso é um fenômeno universal. Observa-se que todas as sociedades lidam com a alteração do estado da consciência, através de rituais explícitos ou não tão explícitos. Neste sentido, uma “droga” não deve ser pensada apenas como uma substância capaz de alterar o campo de percepção sensorial, mas, também, como uma substância capaz de criar hábitos e a integração de certo grupo.

Para Zinberg (1984), três elementos são de fundamental importância para um melhor entendimento do uso de drogas: a droga em si, ou seja, a ação farmacológica da substância; a atitude da pessoa ao tempo do uso, incluindo sua estrutura de personalidade, e a influência do contexto físico e social. O contexto social, através do desenvolvimento de sanções sociais, com seus valores e regras de conduta, e os rituais sociais, com seus padrões de comportamento, estabelecem o que o autor intitula como “controles sociais”.

As sanções podem ser informais, compartilhadas pelo grupo, como também formais através de leis e políticas de regulação. No caso das drogas ilícitas, há um conflito entre essas duas esferas, fazendo com que o controle fique mais complexo e mais difícil de se efetuar. Entretanto, não se pode perder de vista que o contexto social, com sua capacidade para desenvolver novas sanções e rituais sociais informais, tem uma grande relevância no ambiente em que as drogas são utilizadas, contribuindo, assim, para a autorregulação e o controle nos padrões e níveis de uso. (ZINBERG, 1984) Em suma, as sanções definem o uso moderado e condenam o uso compulsivo, restringem o uso a locais propícios a experiências positivas/seguras com a droga e identificam potencialmente os efeitos inconvenientes da droga.

Assim, a autorregulação, para além de limitar o consumo, refere-se, também, à administração e prevenção dos problemas relacionados com o uso abusivo de drogas, levando, assim, a padrões de uso estáveis. Nessa perspectiva, os iniciantes, antes de tudo, devem ser aceitos em um grupo que se encontra organizado por uma série de valores que devem ser compartilhados, pois a importância de utilizar certas substâncias não se deve apenas às propriedades químicas associadas a elas, mas, também, às suas propriedades simbólicas ou seu efeito cultural. (ADIALA, 1986) Na significação de Becker (2008, p. 182):

Quando uma pessoa ingere uma droga, sua experiência subsequente é influenciada por suas ideias e crenças sobre aquela droga. O que ela sabe sobre a droga influencia como ela a usa, a maneira como ela interpreta seus efeitos múltiplos e responde a eles, e a maneira como ela lida com as consequências da experiência.

Portanto, entre os usuários, existem regras, como em qualquer outro grupo social. Dentre estas regras, estão estabelecidos os códigos, os valores e os comportamentos que são compartilhados pela interação dos atores inseridos neste cenário. Estas seguem uma “etiqueta” na qual se estabelece limites que não podem ser ultrapassados. (VELHO, 2008) O conhecimento que compartilham é resultado de um acúmulo de informações dos grupos consumidores que estão em contato uns com os outros. Comunicam-se, relatando suas experiências positivas e negativas vivenciadas no uso, dando-se muita confiança aos dados passados pelos meios de comunicação informal do “boca a boca”. E os canais sociais através dos quais as informações fluem afetam nas interpretações e respostas que um consumidor dá à experiência que a substância produz. (BECKER, 2008)

Diante disso, os usuários de drogas que não participam das normas sociais, ou seja, apresentam características que, aos olhos dos outros, os tornam diferentes e até inferiores, passam a sofrer estigmatização. Em realidade, os que não aderem à vida comportada e normatizada – compartilhando dos “valores” hegemônicos do que é viver em sociedade – são encarados como infratores de regras; essas infrações se constituem como desvios que, por conseguinte, geram rotulações e um determinismo fatalista. Entretanto, o que se tem que levar em consideração é que as regras são diferenciadas, em termos de cultura, classe social e etnias e, à medida que as regras de vários grupos se entrecrocavam e se contradizem, haverá desacordo em relação ao tipo de conduta apropriada. (BECKER, 2008)

Assim, a criação de um estigma parte da interação entre os que cometem o ato de desvio e aqueles que respondem a esse ato. (BECKER, 2008) Estigmatizados, os usuários de drogas são rotulados por seus traços indesejáveis como: criminosos, desonestos, marginais, violentos, etc., o que dificulta sua identificação com rótulos positivos. (GRUND, 1993) Dessa forma, ao se analisar os controles sociais, com seus rituais e sanções sociais, deve-se levar em consideração os tipos de socialização, contatos sociais, vitimizações e privações que compõem as características centrais da estrutura de vida desses indivíduos. (GOFFMAN, 1982)

Aqui, vale ressaltar a diferença entre a dependência, o uso recreativo e ocasional de substâncias psicoativas bem como os diferentes tipos de drogas e danos que provocam. Como sugere Minayo (1998), os efeitos das drogas, sejam do álcool ou até mesmo das substâncias ilícitas, dependem do contexto em que são usadas, entretanto, a importância dada a elas depende de fatores individuais, sociais e culturais. Dito de outra forma, “uma mesma droga pode ser utilizada no contexto pacífico, numa sociabilidade mais ou menos harmoniosa, e pode ser usada num contexto de conflito de briga, até de morte e assassinato”. (VELHO, 2008, p. 135)

Nesse sentido, ao refletir sobre o uso de drogas nos bairros populares, não se pode perder de vista que esses espaços hoje se conformam como locais onde a violência é bastante explicitada, devido à existência de gangues rivais e o tráfico de drogas, a se configurarem como elementos desestruturantes da vida social. Assim como os guetos americanos, esses bairros comungam de quatro elementos importantes que estruturam a complexidade urbana: preconceito, violência, segregação e discriminação. (WACQUANT, 2008) Diante de tais circunstâncias, os indivíduos que transitam por estes espaços aprendem a participar de uma “subcultura” organizada em torno de uma atividade desviante particular. (BECKER, 2008)

Nesta perspectiva, a violência passa a se desenvolver de forma coletiva, de modo que se configura em um problema de cunho político social. Se, por um lado, a mídia exacerba e trata de forma sensacionalista as questões de violência desses bairros, por outro, o Estado se mostra cada vez mais afastado, substituindo as suas funções de provisão social por mecanismos disciplinares; aumentando a vigilância e a ação agressiva, reforçando a instabilidade socioeconômica e a violência interpessoal que deveria, supostamente, atenuar. (WACQUANT, 2008) E, em se tratando dos homens de bairros populares, parafraseando Wacquant (2008, p. 38), aqui vale a observação: “morrer por morte violenta e ir para a prisão tornaram-se exemplos banais, daí resultando que o encarceramento é geralmente percebido como uma simples continuação da vida no bairro”.

Ora, como destaca Andrade (1995), considerando que o desvio e a criminalidade se colam ao sujeito, como uma etiqueta através de processos formais e informais de definição e seleção, não é de se estranhar que a clientela do sistema penal seja majoritariamente composta por pessoas pertencentes aos estratos sociais mais baixos da sociedade. Esta minoria criminal tida como perigosa no que se refere a Crimino-

logia Positivista,² se encontra desigualmente distribuída. Disso decorre que, nesta distribuição, estão enraizados os estereótipos associados aos pobres, tornando-os mais vulneráveis à criminalização. Ou seja, “ao identificar os criminosos como os autores das condutas legalmente definidas como tais e, mais do que isso, com os sujeitos etiquetados pelo sistema como criminosos, identifica-se a clientela criminal do sistema penal”. (ANDRADE, 1995, p. 33)

Logo, considerando que a violência está diretamente relacionada à marginalidade que, por sua vez, fundamenta a “população criminosa”, composta por uma “minoria” de sujeitos potencialmente “perigosos” e “anormais” diferentes dos “normais” representados pela maioria da sociedade (ANDRADE, 1995), e, diante do fato de que a violência tem mais chance de acontecer em determinados segmentos populacionais e em situações específicas, a ideia de que substâncias ilícitas e pobreza são responsáveis pela violência, muitas vezes, parte de um determinismo biológico, social e econômico. (MYNAYO, 1998)

Além do mais, apesar de haver muitas pesquisas relacionadas ao consumo de drogas e mudanças de comportamento, uma questão que é pouco investigada é se pessoas que cometeram atos violentos, sob o efeito do álcool e de outras drogas, cometeriam tais transgressões em estado de abstinência. (MYNAYO, 1998) Nesse contexto, a acusação que se coloca é que os usuários dessas substâncias são cúmplices desta violência. Ora, na acepção de Velho (2008), assim se ignoraria a máquina que existe no sistema criminoso na qual a existência do tráfico de drogas e armas só é possível com a cumplicidade de setores do Estado, a exemplo da polícia. Como afirma Andrade (1995, p. 28):

Uma conduta não é criminal ‘em si’ (qualidade negativa ou nocividade inerente) nem seu autor um criminoso por concretos traços de sua personalidade ou influências de seu meio-ambiente. A criminalidade se revela, principalmente, como um *status* atribuído a determinados indivíduos mediante um duplo processo: a ‘definição’ legal de crime, que atribui à conduta o caráter criminal e a ‘seleção’ que etiqueta e estigmatiza um autor como criminoso entre todos aqueles que praticam tais condutas.

2 Ciência causal explicativa da criminalidade. A criminalidade sendo concebida como um fenômeno natural, causalmente determinado: ou seja, que tendo por objeto a criminalidade concebida como um fenômeno natural, causalmente determinado, assume a tarefa de explicar as suas causas segundo o método científico ou experimental com o auxílio das estatísticas criminais oficiais e de prever os remédios para combatê-la. (ANDRADE, 1995, p. 4)

IDAS E VINDAS ÀS NUANCES DO USO DE DROGAS

Pensar no campo das drogas é refletir sobre o emaranhado de instituições totais que, direta ou indiretamente, lidam com esta questão. Um ponto observado, de ampla relevância diante das questões que permeiam a cultura das drogas, é que o modelo adotado, de origem americana, de “guerra contra as drogas”, em que se busca a solução dos conflitos através da repressão/retribuição, intensificou nos últimos anos o crescimento do tráfico e o uso abusivo das substâncias psicoativas ilícitas. Neste sentido, ao se sancionar a Lei nº 11.343/2006 (nova Lei de Drogas), ainda que não seja a melhor das medidas, tivemos um avanço no que tange às discussões que dão corpo a essa problemática.

Se, por um lado, vivemos, no momento, debates intensos em torno das questões que permeiam esse universo, por outro, padecemos com a hegemonia de um senso comum que associa automaticamente o uso de drogas à violência. E, ao pensar no âmbito da Justiça, ainda se observa uma visão radical focada no proibicionismo, colocando, invariavelmente, as drogas no âmbito da marginalidade, repressão e exigência de abstinência. É a partir deste campo que proponho pensar sobre as questões que permeiam a tríade “Pobreza-Droga-Violência”, categorias que, por si só, remetem a reflexões densas e calorosas. Assim, tomo como ponto de partida a Lei nº 11.343/2006 que tem como principais objetivos: prevenção ao uso indevido de drogas; atenção e reinserção de usuários e dependentes e repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Nesta ocasião, vale pontuar o Art. 28 parágrafo 2º que diz o seguinte: “Para determinar se a droga destina-se ao consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, as circunstâncias sociais e pessoais, bem como a conduta e aos antecedentes do agente”. (BRASIL, 2006)

Nessa perspectiva, para melhor refletir sobre o enunciado, proponho problematizar o discurso do senso comum segundo o qual “os usuários pobres que consomem e comercializam drogas ilícitas estão fadados a naufragarem no mundo do crime e predestinados a desaparecerem da cena cotidiana”. Assim, o uso por esses indivíduos teria uma série de efeitos danosos, seja na vida dos próprios usuários, afetando os padrões de mobilidade e mortalidade, ou na vida dos que estão ao seu redor.

É nesse campo minado que enveredam usuários de bairros populares. Portanto, no intuito de entender a “cultura das drogas” vigente no cenário a ser estudado, é importante compreender os hábitos que compõem o universo em que estes usuários estão inseridos. Assim, pode-se conceber que a estrutura de vida bem como os referenciais e a dinâmica sociocultural desses espaços deveriam ser levados em conta no entendimento de quais são os efeitos da associação automática entre consumo e violência. Logo, a investigação sobre os padrões de uso e quais os seus diversos efeitos sobre os usuários pode levar à criação de novas hipóteses e, conseqüentemente, a uma maior reflexão sobre o uso não problemático dessas substâncias que escapa aos processos de estigmas e rotulações.

A CIDADE E SUAS CONTRADIÇÕES

Diante das ponderações supramencionadas, de início, necessito discorrer sobre a cidade onde resido e elegi para desenvolver essa análise. Devo salientar que não consigo falar sobre a cidade de Salvador sem trazer à tona a minha experiência pessoal enquanto sujeito que nasceu e cresceu nela e que vive sua cultura. Salvador se constitui em uma metrópole com quase 3 milhões de habitantes, o que a posiciona como a cidade mais populosa da região Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil. Denominada pelo *marketing* do turismo como “Capital da Alegria”, devido aos enormes festejos populares, conceitua-se, dentro do contexto baiano, como um local propício para um intenso desenvolvimento das aptidões culturais artísticas, pois como diz o ditado “na Bahia não se nasce, se estreia”.

Esse tipo de proposição, no meu entender, faz com que, em muitas situações, os que aqui residem devam apresentar como objetivo a busca frenética por essa tal felicidade e liberdade, traduzida em uma desenvoltura de lidar com as questões de ordem social e na capacidade de se superar diante das adversidades. Em um ambiente em que reina uma grande desigualdade social, a cidade se reflete através dos seus mitos e das falsas ideologias culturais e raciais. Nesse sentido, em uma cidade onde os indivíduos se veem encurralados, sentindo ter por obrigação demonstrar, a todo instante, a “alegria” que por aqui reina, o corpo surge como o principal veículo para essa demonstração, uma vez que está implícito que os seus moradores devem desenvolver um gosto especial

pelas festas, músicas e por toda a programação cultural turística que a cidade proporciona.

Outro grande ponto a ser destacado é que Salvador se posiciona como a cidade que possui maior percentual de negros fora da África. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), incluídos pretos e pardos, a cidade possui, aproximadamente, 80% da sua população negra, a se configurar como um elemento que a distingue das outras cidades do país. Nesse sentido, observo que a cultura local é bastante influenciada pela África, tendo maior destaque a música, a religião e a culinária. Considerada a “Roma Negra” e vendida aos quatro cantos pelas suas peculiaridades – sejam elas a alimentação, o sincretismo religioso ou até mesmo a corporalidade – recai sobre os seus residentes um sentimento de responsabilidade pela manutenção dessa peculiaridade que deve ser estampada no “jogo de cintura” do ser baiano. Diante de tais fatos, no intuito de legitimação da sua “baianidade nagô”, para os inseridos nesse contexto, em muitas situações, resta apenas a incorporação e a perpetuação de certos hábitos.

Isso é bastante evidente quando se possui certas características fenotípicas associadas ao lugar. Por ser baiano, soteropolitano, negro, cantado aos quatro campos como “nego do pelô”, sinto-me vítima, a todo instante, dessa imposição cultural nos meus hábitos cotidianos, uma vez que estas três características por si só incorporariam no meu corpo o gosto pela capoeira, o tambor e a sensualidade a “flor da pele”, tão fetichizada mundo afora. É importante frisar que, mesmo no próprio mundo acadêmico, essas características são salientadas no texto de forma altamente sofisticada. Ainda que se tenha um senso crítico sobre essas proposições, questões referentes ao imaginário simbólico da cultura baiana se entrecruzam e se ramificam nas relações sociais para além do senso comum, visto que ter como referenciais as características supracitadas, se, por um lado, dá *status* e legitimação social, por outro, gera rótulos e estigmas que são incorporados à cultura local. Como sugere Pinho (2005, p. 136): “A produção social do corpo negro em Salvador articula-se com a reprodução social de uma auto representação localizada da imagem da cidade, ambas articulando-se à produção de identidades de gênero racializadas ou identidades raciais de gênero”.

Não quero aqui “desmitificar” nem tampouco depreciar o “jeito de ser baiano”, mas sim levantar reflexões sobre a vida cotidiana da cidade. São inegáveis as características peculiares ao modo de vida do povo baiano cuja expressão no *slogan* “só se vê na Bahia” denuncia seu forte componente identitário que se sobrepõe até às questões de cunho mercadológico. Isso

é até percebido como um ponto positivo, no que concerne aos valores engendrados na vida cotidiana dos sujeitos. Para além de serem meros construtos dos meios de comunicação de massa, as nuances e relações paradoxais encontradas no cotidiano soteropolitano encantam a todos que por aqui transitam, assim como chamam a atenção dos que tentam compreender a sua complexidade de significados.

Salvador apresenta uma efervescência cultural que tem o seu ápice no ciclo de festas populares que se estende de dezembro a fevereiro, culminando com o carnaval – considerado a maior festa popular do mundo. Diante da tal cenário festivo, recai nos seus habitantes o mito do gosto pela malemolência, isto a se constituir no estigma da “preguiça”. Ora, é incontestável que, nessas festas, tomando como maior exemplo o carnaval, estão imbricados o ápice da desigualdade social na qual se instala uma política turística voltada para as classes superiores, restando às classes subalternas a labuta do trabalho. Diante de tal façanha soteropolitana, cabe aqui enfatizar que, para a existência de toda essa efervescência cultural, se faz necessário um grande fluxo de mão de obra que se constituiu através do trabalho informal, uma forma de manutenção e sobrevivência, principalmente para a população de baixa renda moradora dos bairros populares da cidade.

Entretanto, difundido por todo o país, o mito da baianidade, como acentua Santos (2008, p. 26), traz consigo as idéias de relaxamento dos corpos, de indisponibilidade para o trabalho, de festividade e a marca da miscigenação. Em outras palavras, “as imagens popularizadas de ser baiano soteropolitano envolvem uma negação do valor moral do trabalho e a festa como um valor positivo na sua corporalidade e construção identitária”.

Além de toda a desigualdade social existente, a cidade também sofre com o aumento progressivo do tráfico de drogas, do desemprego e da violência, configurando-se com o seu crescimento desordenado. Em consequência de tal fato, Salvador possui um grande número de bairros populares que sofrem com a falta de segurança, questões de saúde, saneamento básico, infraestrutura, drogas, etc., colocando os seus moradores diante de um alto índice de vulnerabilidade. Entre os diversos fatores pautados como responsáveis pela vulnerabilidade dessa população estão: a baixa escolaridade, a baixa renda familiar, a falta de ocupação e a discriminação de gênero/cor/raça/idade, os quais acentuam as desigualdades sociais e promovem a exclusão social.

CAMPO MINADO: DROGAS E VIOLÊNCIA

Todo esse contexto passa a contribuir para a manutenção dos jovens dos bairros populares na marginalidade, no desemprego e, na melhor das hipóteses, em empregos precários. Os dados do Observatório da Violência do Fórum Comunitário de Combate à Violência (1998-2001) revelam que, em Salvador, “o mapa da violência”, que expressa a distribuição diferenciada das taxas de homicídios, se associa ao mapa das desigualdades sociais. As maiores vítimas há muito são conhecidas: jovens, pobres, negros, com baixa escolaridade e residentes em bairros designados como “periferia”.

Diante de tais questões, o tráfico de drogas aparece como forma extremada da busca de inclusão social, na qual os indivíduos que por esses espaços transitam, como sugere Linda Hutcheon (apud MAGNO, 2010), são colocados na posição de ex-cêntrico, ou seja, fora do centro das normas que estruturam o senso comum. Neste sentido, o combate a todas as formas de violência, sejam elas simbólicas ou físicas, que acometem os indivíduos dos espaços urbanos, constitui-se como elemento central para o desenvolvimento de políticas de inclusão social.

A violência que se instaura na população dos bairros “periféricos” de Salvador é algo de grande temor e apreensão para os que por ali residem. O pânico se instaurou de tal forma que qualquer som semelhante a um tiro de arma de fogo é motivo de pânico e desespero. Esses espaços, hoje, se conformam como locais onde a violência é bastante explicitada devido à existência de gangues rivais e do tráfico de drogas, a se configurarem como elementos desestruturantes da vida social. Deste modo, assim como os guetos americanos, os bairros populares comungam de quatro elementos importantes que estruturam a complexidade urbana: preconceito, violência, segregação e discriminação. Diante de tais circunstâncias, todos esses elementos corroboram para a mecânica da exclusão social e do racismo. (WACQUANT, 2008)

Nesta perspectiva, a violência passa a se desenvolver de forma coletiva, de modo que se configura em um problema de cunho político social. Se, por um lado, a mídia exacerba, através de seu sensacionalismo, questões de violência dos bairros populares, por outro, o Estado se mostra cada vez mais afastado da realidade destes espaços. Nesse sentido, resta aos jovens tomar a rua e enveredar por caminhos tortuosos, incrementando cada vez mais a lista dos assassinatos e de outras violências, isto a se configurar como mais um episódio a ser notificado.

Diante de tais conjunturas, como sugere Wacquant (2008), o que se deve falar não é dos espaços como tais e sim do acesso à escola, à habitação, ao emprego, etc., ou seja, deve-se falar dos meios que levam a uma cidadania efetiva.

É neste cenário emblemático que surgem as igrejas evangélicas, associações de moradores, projetos sociais não governamentais, etc. que passam a funcionar como uma alternativa de socialização para os que por ali transitam. Como ressalta Wacquant (2002), esses espaços funcionam como escudo protetor contra as tentações e os riscos da rua, ou seja, um local de sociabilidade, em contraste com o ambiente hostil e inseguro apresentado. De modo que, conforme Pinho (2005, p. 136):

Os bairros periféricos, e a experiência da perifericidade, [...] são o marco para a constituição da experiência e para a formação do sentido do corpo e de suas performances específicas. Regimes de corporalidade e de subordinação, assim como a pobreza, ou privação relativa, o cotidiano de violência, os padrões de conduta sexual, etc., são componentes intrínsecos do contexto que se forma como uma ambiência para a reprodução social.

Aqui, pode-se intuir que as questões de pobreza, droga e violência são, portanto, ponto chave para uma maior compreensão dos fenômenos sociais existentes nos bairros populares de Salvador. Esta tríade, por si só, traz elementos que dão pistas sobre a construção das identidades dos que residem e vivem nesses espaços. Em um cenário repleto de pressuposições a serem decifradas, uma vez que, no conjunto da população nacional, são os homens jovens os mais atingidos pelas desigualdades socioeconômicas, estes acabam enfrentando dificuldades das mais diversas ordens, sobretudo nas questões que interferem nos padrões de morbimortalidade.

Não há dúvida de que os processos sociais, pautados no gênero, produzem diferenças nos padrões de adoecimento e morte dos indivíduos, bem como nos comportamentos de prevenção e cuidados com a saúde, visto que os padrões de morbimortalidade de homens e mulheres se mostram bastante relativizados por questões que permeiam a construção social entre os sexos. Assim, estas atribuições simbólicas que diferenciam homens e mulheres resultam para os homens, em comportamentos que os predispõem a doenças, lesões e mortes. (SCHRAIBER, 2005)

Também os dilemas encontrados no mercado de trabalho – fator bastante decisivo na identidade masculina – bem como a falta deste, situação que atormenta o homem moderno, tem tido consequências para

o adoecimento e o cuidado com a saúde. A ausência do trabalho, assim como a impossibilidade de manter materialmente seus familiares e a dificuldade de recolocação no mercado, está, muitas vezes, associada ao uso abusivo do álcool e outras drogas, a se constituir como um componente importante ao risco da saúde masculina. (SCHRAIBER, 2005) Assim, o cuidar da saúde também está intimamente ligado a cuidar do emprego, portanto, da própria sobrevivência.

RÓTULOS, ESTIGMAS E PROVOCAÇÕES

As características de uma determinada pessoa e os estereótipos sociais atribuídos a ela são gerados em situações sociais nas quais determinadas regras são estabelecidas. É verdade que todas as sociedades possuem suas normas, entretanto, estas nunca são totalmente cumpridas. Diante disto, quando qualquer pessoa que não comunga dessas normas sociais ou apresenta outras características que, aos olhos dos outros, as torna diferentes e até inferiores, essas características se tornam estigmas.

Goffman (1982) sugere que as relações sociais entre aqueles tidos como “normais” e os “estigmatizados” se estabelecem a partir dos graus de parentesco, de amizade ou até mesmo de serem estranhos uns aos outros. Contudo, salienta que, quanto mais pessoal se torne essa relação, menor será a sensação de ser estigmatizado. Nesse sentido, propõe que, ao se analisar os estigmas que arranjam o mundo social, deve-se levar em consideração os tipos de socialização, os contatos sociais, as vitimizações e as privações que compõem as características centrais das vidas dos indivíduos.

Assim, para o um maior entendimento dos elementos que norteiam a concepção das “normas e estigmas”, devo observar como a presença das drogas ilícitas, dentro dos bairros populares, são estigmatizadas e questionadas. Na visão da população em geral, o consumo dessas substâncias tem causado o aumento da dependência entre as pessoas, mudanças no comportamento e, com isto, um desequilíbrio familiar. Diante do fato, observa-se uma total repulsa dos não usuários dessas substâncias perante os usuários e, conseqüentemente, a criação de um estigma que parte da interação entre os que cometem o ato de desvio (os usuários) e aqueles que respondem a esse ato. (BECKER, 1977)

Em realidade, os que não aderem à vida comportada e normatizada – compartilhando dos “valores” do que é viver em sociedade –

são encarados como infratores de regras; isto se constitui como desvio que, por conseguinte, gera rotulações e um determinismo fatalista. (BECKER, 1977) Desse ponto de vista, proponho refletir sobre a banalização da vida humana. Para tanto, observa-se que os homens que enveredam pelo consumo e comércio de drogas ilícitas e, em consequência disto, submergem no mundo do crime, são enquadrados pelos seus pares como indivíduos predestinados a desaparecer da cena cotidiana. Isto, em muitas situações, gera até um perverso sentido de alívio para certos indivíduos que, compartilhando do mesmo espaço social, se consideram superiores aos desviantes devido a sua melhor inserção social.

Todo o emaranhado de fatores desestruturantes presentes na vida cotidiana desses bairros populares, independentemente do uso ou não de substâncias psicoativas, é dominado pela “ausência” e pelo “não ter”, revelando-se de maneira mais contundente na desassistência e pobreza material. Diante dessa configuração do “não ter”, para os que enveredam pelo uso problemático de drogas, em muitos casos, o crime se apresenta como um simples desvio de comportamento em uma sociedade cujos valores centrais fazem pouco sentido para os excluídos de suas benesses, sendo o roubo o de maior visibilidade. Assim, são bastante recorrentes, entre familiares de usuários de drogas ilícitas, denúncias referentes ao furto domiciliar, entendido por eles como consequência desta prática. Isso frequentemente adquire as dimensões de sério problema social, tornando-se mais um fator de conflito e desestruturação familiar.

Diante disso, refletir sobre esse campo de desvio nos leva a repensar sobre os conflitos em que se envolvem aqueles que enveredam pelo uso de drogas ilícitas nessas regiões, bem como sobre a desassistência e vulnerabilidade sofridas pelos que enfrentam, direta ou indiretamente, a tríade pobreza, droga e violência. Nessa perspectiva, é importante problematizar as formas de lidar com este caráter da ausência, em especial no que tange ao universo dos homens que, diante de tantas mazelas, buscam atitudes não muito ortodoxas para lidar com ela. Por esta razão, as nuances de classe e constituições familiares se instalam como um dispositivo para a compreensão da sua postura, uma vez que os homens se veem o tempo todo tendo que lidar com questões pertinentes ao seu campo situacional. Como sinaliza Almeida (2000, p. 57):

Se o trabalho e o status social são importantes para a definição da identidade social, são-no também para a masculinidade. E que os pares de relações preguiça/trabalho, riqueza/pobreza e outros definem também contínuo de masculinidade (mais e menos), levando ao

investimento diferencial em características diferentes de masculinidade consoante se esteja numa ou outra ponta da escala.

Assim, uma vez que conversas que giram em torno das questões que interferem na conduta do que é ser homem são bastante comuns nos ambientes em que a presença destes é maciça, certos comportamentos podem desvalorizar a sua imagem diante de grupos sociais que baseiam seus julgamentos a partir de características e atitudes concretas da vida cotidiana. Nesse sentido, os pontos de honra e de conduta, fortemente apreciados pelos homens, como sugere Bourdieu (2003), nada mais são que uma forma peculiar de significados do jogo que se adquire pela submissão prolongada às regularidades e às regras dos bens simbólicos.

Muitos estudos sobre as questões de gênero envolvendo as classes populares, em particular no que tange à masculinidade, se debruçam sobre as identidades masculinas construídas e legitimadas através do tráfico de drogas e da violência. Todavia, o que se observa é que as regras e normas, como em qualquer grupo, são estabelecidas socialmente e a quebra delas provoca alterações no grupo, o que é notado no processo de constituição das novas identidades masculinas. Nesta perspectiva, pode-se apreender que apenas as categorias supracitadas não são suficientes para o entendimento do fenômeno da construção social da masculinidade e vulnerabilidade desses homens, uma vez que elas não são estanques.

Histórias de homens jovens pertencentes às redes sociais dos moradores desses espaços e que perderam a vida ao entrar no universo do tráfico são bastante pertinentes. Estas narrativas são geralmente acompanhadas de indícios de decadência e destruição que, diante de toda vulnerabilidade local, parecem apontar para a morte e a desestrutura familiar. Assim, articuladas as regras e normas de boa convivência, os homens jovens desses bairros que vivem entre o dilema de lidar com a “malandragem” e com a “dignidade”, constroem referenciais do que é viver em sociedade a partir dos valores morais universais.

Para melhor contextualização, trago aqui alguns relatos e reflexões da minha dissertação de mestrado. (CHAVES, 2010) Exponho a história de um homem que, no passado, era usuário de drogas e, envolvido com o tráfico, acabou tendo problemas com a polícia sendo, em consequência disto, preso. Diante do fato, percebeu que a situação, bem como o local onde estava inserido, não era o que tinha reservado para si, de tal modo que, dentro da prisão, procurou visualizar coisas positivas e que dessem

sentido à sua vida; dito de outra forma, incorporar os atributos reconhecidos como positivos que caracterizam a categoria dos “normais”, distanciando-se da categoria dos “estigmatizados”. (GOFFMAN, 1982) Ao ouvir de um dos companheiros de cela, que ali era um local em que tinha todo tipo de gente, como também de tempo de estadia, percebeu que se fazia necessário procurar algo que evitasse o seu envolvimento com o mundo da perdição, para tentar manter a cabeça no lugar.

Diante da conjuntura, compreendeu que se fazia necessário vislumbrar algo que ocupasse os seus pensamentos, no período em que permanecesse recluso. Daí a malhação³ surgiu como o elemento transformador da sua biografia. Os resultados com o esporte foram vistos a olho nu, mudando a visão da população do bairro a seu respeito, pois, se antes era visto como um drogado passou a ser visto como um atleta. Deste modo, Antônio construiu para si o que Goffman (1982) intitula de “carreira moral”: um processo no qual o estigmatizado ajusta mudanças na sua concepção do eu, no intuito de se assemelhar ao campo da moralidade das pessoas.

Mudanças foram sentidas tanto no campo emocional como interpessoal. Sua nova postura fez com que o quadro que se instalara no passado fosse revisto pelos que o rodeiam. Chama a atenção como o investimento no seu corpo trouxe novos horizontes, inclusive no campo profissional, conseguindo-lhe um trabalho de segurança patrimonial.

Percebe-se, no contexto apresentado, que os conflitos entre regras e desvios se estabeleceram como um elemento estruturante para o convívio no espaço onde se está inserido. De modo que, como sugere Becker (1977, p. 65), “na medida em que as regras de vários grupos entram em conflito e contradizem umas às outras, haverá discordância sobre o tipo de comportamento que é apropriado em qualquer situação dada”. Assim, constata-se que o ato desviante não depende apenas de quem comete o ato tido como desvio, mas também de quem se sente prejudicado por esse ato.

Diante do apresentado, pode-se intuir que a identidade masculina desse homem seja construída de acordo com o campo situacional, mediada pelo seu mundo interior e exterior. Como observa Almeida (2000), os valores, as opiniões sobre si e dos outros que os homens verbalizam, bem como a avaliação que fazem dos seus comportamentos, expressam consensos culturais, normas e regras a serem seguidas, de modo que

3 Prática de exercício físico: pode ser na academia ou um lugar livre.

todos os homens inseridos no mesmo contexto cultural os conhecem e desejam aplicar, mas nem sempre logram cumpri-los.

Vale aqui salientar que, nesses bairros, a presença do Estado, geralmente, se dá de forma repressiva e punitiva aos pobres, deixando de lado suas supostas funções de provisão social em prol de mecanismos disciplinares, aumentando a vigilância e a ação agressiva tendo como alvo as “populações problema marginalizadas”. (WACQUANT, 2008) Nessa perspectiva, uma carreira profissional voltada aos quadros da segurança pública ou patrimonial passa a ser bastante valorizada como uma das poucas possibilidades de emprego disponíveis para esses indivíduos.

Deste modo, pode-se perceber que, em muitos casos, a resignificação dos indivíduos, como também a inclusão em um mercado de trabalho, muitas vezes, direta ou indiretamente, sugere a exacerbação das desigualdades e conflitos, pois, para os que não possuem um capital cultural legitimado socialmente, este tipo de atividade se conforma como uma falsa ilusão de inclusão social –, de modo que “a substituição do Estado de semi-bem-estar social pelo Estado penal reforça, a instabilidade socioeconômica e a violência interpessoal, que este deveria, supostamente, atenuar”. (WACQUANT, 2008, p. 60)

Consequentemente, a atitude do que é ser um “cidadão de bem”, que tem como características honestidade, caráter, moral e respeito, pode ser apreendida como crença que torna sensível certas manifestações simbólicas das representações públicas de poder. (BOURDIEU, 2003) De tal forma, os valores imbricados com a autoestima traduzem o sentimento de presença social diante de uma realidade que, em muitas circunstâncias, tem muito pouco a apresentar e a proporcionar, em presença de tais “desordens públicas”, associadas à marginalidade aguçada e causada pela ausência do bem estar social, econômico e habitacional. (WACQUANT, 2008)

Perspectivas e novos desafios

Não tenho como proposta esgotar a discussão sobre a temática apresentada, até porque todo estudo pressupõe visões e olhares distintos sobre o mesmo objeto, visto que a vida social é dinâmica e se constitui no emaranhado de suposições e questionamentos. Como qualquer trabalho científico, lacunas serão deixadas e novas questões instigadas, como adverte Almeida (2000, p. 241):

A palavra conclusão conjuntura os piores receios. Como se o processo clássico de argumentação (Teses, Antíteses, Sínteses) encerrasse a simplicidade que aparenta ter. O simples contatos com pessoas

reais no terreno, o contato com outras formas culturais nos textos etnográficos, e o exasperante racionalismo para que a escrita nos empurra, tornam difícil concluir, no sentido definitivo, quase autoritário, da palavra.

O propósito deste trabalho foi levantar reflexões sobre a intersecção entre pobreza, droga e violência, nas narrativas das camadas populares de Salvador, categorias tão caras na contemporaneidade e, por conseguinte, identificar elementos que possam trazer desafios para estudos futuros. As ponderações aqui apresentadas tiveram como preocupação analisar os valores embutidos no uso de drogas ilícitas nesses espaços.

Diante das questões apresentadas, observa-se que as construções identitárias dos moradores desses bairros, na sua maioria, negros, são construídas a partir do ambiente hostil em que violência, opressão e poder estão no limiar da sua elaboração. Essa desintegração do espaço público (WACQUANT, 2008) é acarretada pelo aumento do desemprego e, por conseguinte, do crescimento da economia informal a qual tem o tráfico de drogas como grande empregador dessa mão de obra. Assim, os homens jovens usuários de drogas ilícitas das classes populares são rotulados dentro do determinismo biológico fatalista supracitado. Com esta perspectiva, o campo social produz uma mão de obra barata e não qualificada com uma tendência ao que Wacquant (2008) denomina de “desdiferenciação social”, uma redução funcional e estrutural do trabalho.

Esta desdiferenciação social pode ser notada pela uniformidade ocupacional e pela multifuncionalidade das instituições do bairro, estas tendo que assumir as funções do Estado, a exemplo das igrejas e das organizações não governamentais. Para concluir, como sugere o autor supracitado, o que se deve falar não é dos espaços como tais e sim do acesso à escola, à habitação, ao emprego, etc., ou seja, deve-se falar dos meios que levam a uma cidadania efetiva. (WACQUANT, 2008)

Não tenho aqui a pretensão de aprofundar essas questões nem tampouco enveredar pela categoria raça/gênero, visto que não era o objetivo desse trabalho. Entretanto, este estudo levanta questões que merecem ser exploradas por outras investigações, pois, como acentua Pinho (2004, p. 139):

Ler o corpo masculino negro parece ser uma tarefa ainda mais árdua que nos obriga a considerar duas dimensões de complexidade: de um lado, as determinações que do ponto de vista do agente orientam suas práticas de gênero, assim como suas performances de identidade; do outro lado, de um ponto de vista analítico, lê-lo pressupõe

a reposição dos contextos de interação significativos como contextos de dominação e disputa.

É nesse campo minado que enveredam os jovens moradores dos bairros populares de Salvador. Diante dos argumentos e dos objetivos apresentados, nos quais se observa que as raízes do problema são multifatoriais, faz-se necessário lançar mão de informações de diversas áreas do conhecimento que englobem concepções teóricas que deem conta da multidisciplinaridade dessa questão; bem como uma integração entre diferentes campos da ciência, no intuito de ampliar o entendimento do conjunto das relações e das subjetividades que dão corpo às identidades desses usuários.

Em síntese, através do explicitado, procurou-se refletir sobre as representações e sentidos dados ao uso de drogas ilícitas no contexto da vida cotidiana nesses espaços. Este estudo ressalta a importância dessa perspectiva, na medida em que propõe uma análise crítica acerca da produção teórica brasileira que tem como referência os padrões de uso, regras e práticas de consumo de drogas ilícitas, fornecendo contribuições significativas para o debate político sobre a percepção coletiva de que “o consumo de drogas ilícitas pelas classes populares está atrelado a marginalidade, ao abuso, ao tráfico e a violência”.

REFERÊNCIAS

- ADIALA, J. C. A criminalização dos entorpecentes. *Papéis Avulsos*, Rio de Janeiro, v. 2, n.1, 1986.
- ALMEIDA, M. V. *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. 2. ed. Lisboa: Fim do Século, 2000.
- ANDRADE, V. R. P. Do paradigma etiológico ao paradigma da reação social: mudança e permanência de paradigmas criminológicos na ciência e no senso comum. *Sequência* 30, Florianópolis, n. 16, p. 24-36, 1995.
- BAUMAN, Z. *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2005.
- BECKER, H. *Uma teoria da ação coletiva*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1977.
- BECKER, H. S. *Outsiders: estudo de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2003.

- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos. Resolução nº 196, 1996. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, p. 21081-21085, 16 out. 1996.
- BRASIL. Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema nacional de Políticas sobre Drogas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 8 dez. 2006. Disponível em: <://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 8 dez. 2012.
- CARDOSO, R. As Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, R. (Org.). *A aventura antropológica: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2004, p. 95-125.
- CHAVES, J. C. O. *Corpo “sarado”, corpo “saudável”?* Construção da masculinidade de homens adeptos da prática da musculação na cidade de Salvador. 2010. 181 f. Dissertação (Mestre em Saúde Comunitária) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 105-109, 2005.
- FIGUEIREDO, Â. Gênero: dialogando com os estudos de gênero e raça no Brasil. In: SANSONE, L.; PINHO, O. A. (Org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 237-255.
- GOFFMAN, E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GOFFMAN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- GRUND, J.-P. C. *Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Rotterdam: Institut voor Verslavingsonderzoek, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1993.
- LIMA, D. Corpos humanos não identificados: hibridismo cultural. *Lições de dança*, Rio de Janeiro, n. 4, 2, p. 81-109, 2003.
- MACRAE, E. A abordagem etnográfica do uso de drogas. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F. (Org.). *Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 99-114.
- MACRAE, E. Abordagens qualitativas na compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A. (Org.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 27-48.
- MACRAE, E.; VIDAL, S. S. A Resolução 196/96 e a imposição do modelo biomédico na pesquisa social dilemas éticos e metodológicos do antropólogo pesquisando o uso de substâncias psicoativas. *Revista de Antropologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 645-666, 2006.

- MAGNO, R. *Refletindo sobre o “normal”, o “diferente” e o “ex-cêntrico”*. Disponível em: <<http://www.letras.ufrj.br/ciencialit/garrafa4/19.doc>>. Acesso em: 25 fev. 2010.
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- PINHO, O. A. Etnografias do *brau*: corpo, masculinidade e raça na reafirmação em Salvador, *Estudos Feministas*, Florianópolis, SC, v. 13, n. 1, p. 127-145, jan./abr. 2005.
- PINHO, O. A. Relações raciais e sexualidade. In: SANSONE, L.; PINHO, O. A. (Org.). *Raça: novas perspectivas antropológicas*. 2. ed. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 257-283.
- SANTOS, L. A. da S. *O corpo, o comer e a comida: um estudo sobre as práticas corporais e alimentares no mundo contemporâneo*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens e saúde na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.
- SPINK, M. J. P. Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 17, n. 6, p. 1277-1311, nov./dez. 2001.
- VELHO, G. O consumo de psicoativos como campo de pesquisa e de intervenção política: entrevista a Maurício Fiore. In: LABATE, B. C. (Org.). *Drogas e Cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 123-139.
- VELHO, G. Estigma e comportamento desviante em Copacabana. In: VELHO, G. (Org.). *Desvios e divergências: uma crítica da patologia social*. Rio de Janeiro: Zahar, 2003. p. 116-124.
- WACQUANT, L. J. D. *As duas faces do gueto*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- WACQUANT, L. J. D. *Corpo e alma: notas etnográficas de um aprendiz de boxe*. Rio de Janeiro: Resumo Dumará, 2002.
- WOODWARD, K. Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, T. T. da; HALL, S.; WOODWARD, K. (Org.). *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000. p. 7-72.
- ZINBERG, N. M. D. *Drug, set and setting: the basis for controlled intoxicant use*. New Haven: Yale University Press, c1984.

ESTUDOS SUBALTERNOS/QUEERS E O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: CONTRIBUIÇÕES POSSÍVEIS

Gilmaro Nogueira

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas tem sido uma grande questão na contemporaneidade, de modo que a imprensa escrita e televisiva tem noticiado constantemente uma “epidemia” de drogas, principalmente o crack. Essas notícias tomam a droga como um mal da atualidade sem analisar o uso dessas substâncias, historicamente, os contextos de uso ou as diversas modalidades de relação entre sujeito e substância.

Sem deixar de assumir que a dependência às drogas é uma problemática complexa e crescente, vale ressaltar que o discurso midiático sobre a droga faz parte de um pânico moral que toma os efeitos como parte principal da análise do fenômeno ou funde sujeito e substância, sentenciando o indivíduo. Poucas vezes, são feitas reflexões sobre o lugar que adroga ocupa na atualidade.

Essas falas (da imprensa) fazem parte de uma rede discursiva que vai desde o senso comum até explicações medicalizantes e patologizantes. Neste sentido, o objetivo deste trabalho é refletir sobre outras possibilidades explicativas para a problemática das drogas na contemporaneidade e, de modo específico, analisarquais as contribuições da Teoria *Queer*/Estudos Subalternos para pensar o uso de substâncias psicoativas?

Para a construção deste artigo foi realizada uma análise bibliográfica, através de autores como Michel Foucault, inspirador dos Estudos *Queer*, e Judith Butler, filósofa norte-americana que é referência na área. As contribuições de Foucault a esta questão já têm sido suficientemente apontadas, no entanto, alguns conceitos butlerianos não têm sido usados para analisar esta e outras questões tais como raça e clas-

se, embora seja um desejo da autora que as reflexões *queer* se estendam para além da sexualidade.

A Teoria *Queer* pretende elaborar um discurso teórico não estigmatizante sobre determinadas relações tais como sexo, gênero, raça, classe etc. No plano político, Halperin (2007) evidencia e aponta como proposta política *queer* as ações do grupo ACT UP norte-americano que se ocupa de questões como: resistência gay, questões de raça, gênero, pobreza, encarceramento, uso de drogas, prostituição, fobias sexuais, reforma do sistema de saúde, leis de imigração etc.

A tentativa de ampliar os objetos de análise a partir da teoria se dá pelo reconhecimento de que o sujeito não se resume a um signo ou categoria, seja classe, sexo ou gênero. Este reconhecimento passa pelo apontamento de um indivíduo complexo e se centra no foco de análise dos modos de produção de sujeitos, isto é, como a sociedade tem produzido sujeitos anormais e desajustados e, em contrário, sujeitos inteligíveis e ajustados.

Apesar de pretender se ocupar da análise dos diversos marcadores sociais de sujeitos, os estudos *queer* têm centrado seus esforços na compreensão das normas sexuais que incidem sobre o sexo e o gênero, o que não é pouca coisa, porém, a potência destas reflexões pode se ampliar para outras áreas, potencializando ações políticas e refazendo outra gramática científica no que concerne às representações das minorias.

Por uma questão de proximidade teórica e uma filosofia similar, resolvi fazer uma discussão também sobre os saberes subalternos, por dois motivos: os estudos *queer* são considerados parte dos estudos subalternos, tomando os estudos subalternos como um grande guarda-chuva que abriga teorias pós-coloniais, e porque os estudos subalternos contribuem com as reflexões *queer*, apontando o *status* do sujeito de quem esses estudos devem se ocupar.

DOS ESTUDOS SUBALTERNOS AOS ESTUDOS *QUEER*

O termo “subalterno” vem do latim *subalternus*, que significa: aquele que depende de outrem; pessoa subordinada a outra. Segundo Figueiredo (2010), o subalterno designa pessoas de regiões e grupos que estão fora do poder da estrutura ou do pensamento hegemônico.

Ainda, segundo o autor, os estudos subalternos começaram nos anos 1980, com o indiano Ranajit Guha, que fez uma intervenção na his-

toriografia sul-asiática com uma crítica ao pós-colonialismo. Outra autora a contribuir com os estudos subalternos é Gayatri Spivak que se refere aos subalternos como aqueles que não têm voz.

Esses estudos reescreveram a trajetória da Índia colonial. Na América Latina, os estudos subalternos foram sistematizados pelo Grupo Latino-Americano de Estudos Subalternos que mantém um diálogo com o grupo asiático, com ressalvas às diferenças históricas e culturais que marcam os respectivos povos.

Spivak (apud FIGUEIREDO, 2010) define o termo subalterno não apenas como oprimido, mas como uma representação dos que não conseguem um lugar em um contexto globalizante, capitalista, totalitário e excludente, assim, o subalterno é aquele que não pode falar, pois se o fizer, já não é subalterno.

A condição de subalternidade é, assim, uma condição de silêncio, o que implica a necessidade de um representante, alguém que fala por outrem. O silenciado é representado pelo discurso do outro. O discurso, por sua vez, tem um tom descritivo, isto é, não apenas descreve o outro, sua personalidade, modos de agir, mas, também, o produz e propõe medidas para suas condutas problematizadas.

Seguindo a mesma lógica dos estudos subalternos, surgem os Estudos *Queer*, nos Estados Unidos, também na década de 1980. O que hoje se chama de Teoria *Queer* teve seu surgimento no movimento social, momento em que alguns sujeitos, em protesto contra a exclusão dos movimentos sociais, disseram que a partir daquele momento não era mais mulheres, negras, lésbicas, homossexuais, imigrantes, mas *queer*.

O termo *Queer*, que pode ser traduzido como estranho, ridículo, excêntrico, raro, extraordinário, tem uma função pejorativa, mas, ao assumir o termo, o movimento caracteriza a sua perspectiva de contestação, oposição e antinormalização das práticas sexuais. (LOURO, 2004)

Depois do aparecimento desses sujeitos no movimento social, essas reflexões chegam à academia, através de diversas áreas, tais como Filosofia, Letras, Antropologia, História etc., que começaram a produzir textos questionando os estudos sociológicos e medicalizantes sobre as sexualidades, problematizando, principalmente, as divisões binárias heterossexual *versus* homossexual, entre outras, tais como masculino *versus* feminino. (BARBERO, 2005)

Percebeu-se que as pesquisas sociais sobre as “minorias” reforçavam as crenças hegemônicas e criavam subáreas disciplinares que mantinham a marginalidade, assim como os próprios movimentos

gays e lésbicos tinham se transformado em normativos e excludentes. (MISKOLCI, 2007)

Segundo Miskolci (2007), é Tereza de Lauretis quem, pela primeira vez, emprega a denominação Teoria *Queer* como posição política e crítica aos estudos sociológicos sobre minorias sexuais.

Para Miskolci (2007), os Estudos *Queer* surgem do encontro entre os estudos culturais americanos com o pós-estruturalismo francês, influenciados pela obra de Foucault, principalmente o livro *História da sexualidade*, volume 1, no qual discorre sobre o modo como as sexualidades são construídas a partir dos dispositivos de poder; e Jaques Derrida de quem absorve o método desconstrutivo. Conforme Derrida (apud LOURO, 2004), a lógica ocidental funciona no binarismo, de forma que o hegemônico somente se constrói na oposição a algo inferiorizado e subordinado.

Não é intenção deste trabalho fazer uma genealogia minuciosa sobre os estudos subalternos e *queer*, mas pensar a potencialidade destes estudos para refletir acerca da problemática do uso de drogas na contemporaneidade. Em comum, além da inspiração foucaultiana, estes estudos buscam pensar os sujeitos subalternizados que ocupam lugares marginais ou estigmatizados, na sociedade.

Esses sujeitos são patologizados ou se encontram em situação de desigualdades sociais, representados como anormais, motivo pelo qual a ciência e, em especial, a ciência médica reproduz um saber teórico e influencia técnicas corretivas. São sujeitos que se encontram sem voz, necessitando de uma representante (nem sempre sensível às suas demandas ou condição humana).

Essas vozes quando aparecem (dos subalternos), estão em análises de pesquisas nas quais os sujeitos são entrevistados, analisados e, algumas vezes, suas demandas são postas em discurso, mas nem sempre reconhecendo que os subalternos têm um saber e nem sempre tendo por objetivo refazer a gramática do conhecimento de modo que o subalterno ocupe outro lugar.

O usuário de substância psicoativa não legalizada é um sujeito subalterno/queer?

Até que ponto esses estudos deveriam se ocupar desses sujeitos e que condições eles reúnem para que esses aportes teóricos, até então muito focalizados na sexualidade, se ocupem de tais questões?

Há alguns elementos que respondem a essas questões, sendo um deles a constituição do “sujeito drogado” como uma identidade à parte ou diferente de outro sujeito. A concepção social dominante hoje é a de que o sujeito que faz uso de alguma substância psicoativa considerada ilegal é alguém que tem uma constituição específica, o que leva, por exemplo, Giddens (1993), reconhecido sociólogo da atualidade, a afirmar que o vício é uma degenerescência moral.

O discurso médico e popular, por vezes, atribui a esse sujeito uma identidade ou um traço identitário essencializante que explica sua relação com uma substância considerada ilegal. É como se esse sujeito fosse marcada ou essencialmente diferente de outro sujeito que não faz este uso.

Segundo Carneiro (2012), o surgimento do conceito de dependência de drogas surgiu conjuntamente com outros conceitos, como: homossexual, alienado, erotômano, ninfomaniaca e onanista. É no século XIX que esses conceitos são utilizados para pressupor uma substância de sujeito, uma identidade construída a partir de determinadas práticas, sejam sexuais ou de uso de substância. O “viciado” em drogas nasce de mãos dadas como os degenerados sexuais.

Se, antes do século XIX, o ato do sujeito que mantinha relações sexuais com o mesmo sexo era visto como um pecado, ou seja, uma prática que não constituía uma identidade essencializante ou que expressasse alguma verdade sobre o sujeito, do mesmo modo, o uso de determinada substância não era vista como um indicador de um tipo específico de sujeito. O hábito de beber (bebida alcoólica) em demasia não era visto como uma doença, mas como falta de autocontrole, prova de mau-caráter. Os usuários de determinadas substâncias não eram, então, vistos como doentes. (CARNEIRO, 2012) Não que essas práticas sexuais ou de uso de determinadas substâncias não fossem problematizadas, mas não circunscreviam sujeitos, identidades e personalidades. Essas práticas deixam de ser “vacilos” para constituírem tipos específicos de sujeitos, a ponto de pensarmos em divisões sociais do tipo, heterossexuais e homossexuais; normais e anormais; sadios e “drogados”. Essas divisões expõem estratégias discursivas do século XIX, ou

melhor, um surto discursivo deste período que, apoiado nas ciências, produz sujeitos problematizados.

Essas reflexões foram trazidas a partir das obras de Foucault (2002), que teorizou sobre a genealogia da anormalidade como a construção de um sujeito, no século XIX, descendente de três indivíduos: o monstro, o incorrigível e o masturbador. Este indivíduo ficaria marcado na prática médica e jurídica e nas instituições que o rodeiam como uma incorrigibilidade reificável.

Para a construção desse indivíduo, foi necessária certa engrenagem de mecanismos de poder, sendo alguns desses mecanismos característicos da instituição psiquiátrica, outros característicos do poder jurídico. Esses domínios dependiam um do outro, para uma transformação e constituição da psiquiatria como poder social. É no jogo desses poderes que determinados saberes podem exercer um domínio e uma gerência dos sujeitos, como forma de controle e intervenção, principalmente com os sujeitos agora considerados anormais.

A Campanha de Prevenção às Drogas, do governo da Bahia, no ano de 2010, é um indicativo desse jogo médico/jurídico entre a saúde e a segurança pública. Além de supor que a relação com a droga é um caminho sem volta ou que a droga enquanto substância produz uma permanência subjetiva da qual o indivíduo não sai nem mantém controle sobre sua vida, circunscrevendo uma identidade derrocada, atribuindo um fim trágico, dentro dos domínios do sistema médico/jurídico. Os sistemas que constroem os sujeitos como anormalizados estabelecem ou tentam estabelecer os limites de sua existência ou condição humana. Foucault considerou o poder não como repressivo, mas como produtivo, que fabrica corpos, sendo a repressão secundária, isto é, produz para depois reprimir. Esta repressão necessita da construção de ilegalidades que funcionam como mecanismos de dominação:

[...] riscar limites de tolerância, de dar terreno a alguns, de fazer pressão sobre outros, de excluir uma parte, de tornar útil outra, de neutralizar estes, de tirar proveito daqueles. Em resumo, a penalidade não 'reprimiria' pura e simplesmente as ilegalidades; ela os 'diferenciaria', faria sua 'economia' geral. E, se podemos falar de uma Justiça, não é só porque a própria lei ou a maneira de aplicá-la servem aos interesses de uma classe, é porque toda a gestão diferencial das ilegalidades por intermédio da penalidade faz parte desses mecanismos de dominação. Os castigos legais devem ser recolocados numa estratégia global das ilegalidades. (FOUCAULT, 1991, p. 240)

A reflexão de Foucault (1991) é que a prisão tem seu objetivo consolidado ao discriminar a delinquência, distinguir os tipos de comportamentos e, assim, produzir o sujeito delinquente e, por vezes, patologizado. Assim como a loucura, não haveria uma delinquência em si, mas para si, dentro de determinados contextos sociais.

Para Foucault (1991), a existência da proibição legal cria, em torno dela, práticas ilegais, o que permite o controle e a exploração da ilegalidade. A partir desta invenção da ilegalidade, cria-se, também, sujeitos perigosos dos quais deve se ocupar o Estado, através da gestão do controle por meio de um sistema carcerário e outros dispositivos aí incluídos.

O sujeito perigoso delituoso é objeto da Segurança Pública, sendo necessário que o usuário de substâncias psicoativas esteja também nos domínios médicos. Nesse sentido, a ideia de “degenerescência moral” atribui os selos necessários para que esse indivíduo seja considerado um doente/criminoso.

Retornando às ideias de Giddens (1993), os vícios, na atualidade, são indicadores negativos de movimento reflexivo do “eu” em direção a um estágio central: seriam gerados pela incapacidade do indivíduo de administrar o futuro. Trata-se de uma reação defensiva e de fuga, um reconhecimento da falta de autonomia que aponta para a incompetência do “eu”.

O indivíduo, agora criminoso, doente e incompetente, para pensar sua própria existência, torna-se objeto do saber do especialista, sujeito competente a administrar substâncias psicoativas lícitas ou usar outras técnicas de correção, a fim de recuperar os “anormais”, independentemente se essas técnicas têm ou não o consentimento dos sujeitos objetificados.

Os sujeitos objetificados, por sua vez, estão dentro da condição de subalternos – os que não podem falar. No caso da internação compulsória, já não são tomadas as falas dos especialistas como verdade absoluta, uma vez que essas falas divergem, mas de uma engrenagem de sistemas que não são apenas jurídicos, mas econômicos e sociais. A construção de ilegalidade, anormalidade e doença que se atribui a esses sujeitos produz um pânico social/moral que os desumaniza. Nesse sentido, Judith Butler pode trazer algumas considerações importantes para pensar o caráter social desses sujeitos ou de sua condição abjeta.

ABJEÇÃO E SUBVERSÃO DAS NORMAS SOCIAIS

O termo abjeção vem do latim *ab-jicere* e significa excluir, jogar fora, ou longe. O uso do termo não é novo, mas ele é reintroduzido nas discussões contemporâneas sobre sexualidade através da filósofa Judith Butler. Anteriormente, o termo havia sido utilizado pelo escritor francês Georges Bataille, para falar de transgressão, e pela psicanalista Julia Kristeva, para falar de constituição do eu.

O interesse de Butler está nas “zonas abjetas” dentro de um processo social que diz respeito à constituição subjetiva, construindo corpos e posições que lutam por existir socialmente, tomados como ameaças aos outros sujeitos sociais. (SANTOS, 2013)

Essas rejeições, exclusões e abjeções são formadoras dos laços sociais, mas é negada a esses sujeitos uma participação social ou representação inteligível, sendo reduzida sua condição humana.

Butler (2002) não pensa o abjeto como sujeito inerte, mas atribui uma mobilidade em direção à produção cultural e uma agência, considerando-os como merecedores de proteção e direitos civis. Apesar disto (a possibilidade de agência), as construções discursivas empurram o abjeto em direção às zonas de apagamento.

Embora a concepção de abjeção tenha sido utilizada para analisar os corpos de sujeitos que não se enquadram no padrão normativo de heterossexualidade, problematizando/marcando qualquer sujeito que não atenda às construções binárias e lineares de sexo e gênero, a ideia de Butler (2002, p. 161) é mais ampla, sendo a abjeção um processo que: “relaciona-se a todo tipo de corpos cujas vidas não são consideradas vidas e cuja materialidade é entendida como não importante”.

Poucas pessoas cabem tão bem nesse lugar de abjeto quanto os usuários de substâncias psicoativas, pois são tão desumanizados que alguns indivíduos ou grupos sociais chegam a desejar ou até mesmo a comemorar o fim de suas existências.

Essas existências são representadas como “vidas perdidas” sem, muitas vezes, se refletir acerca da relação que esse indivíduo estabelece com a substância, como no caso da expressão “drogado”, em que se apaga o indivíduo e ressalta-se a droga, tornando-o sem história, sem dores, sem lamentos. Determinadas campanhas de prevenção às drogas, por exemplo, homogeneizam os usuários e, tal como Giddens (1993), os representam como indivíduos sem controle ou autonomia.

Essa homogeneização foi refletida por Bataille, que considera que a abjeção é tomada como paradigma contemporâneo e revela um dos direcionamentos mais sombrios das experiências subjetivas, com atenção especial para as existências marginais e transgressoras. Na medida em que tais existências expõem a heterogeneidade (comportamental e subjetiva), são fundamentalmente tomadas pela exclusão, pois a sociedade toma como regra a homogeneidade. (SANTOS, 2013)

A proposta de Bataille é reconhecer, nessas formas de existências, valores positivos que elas têm na experiência afetiva, ou seja, perceber essas existências heterogêneas como não apenas decadentes, mas subversivas. Sob essas formas subversivas agiriam forças opressivas, não apenas de forma coercitiva, mas também com estratégias de sujeição que se dariam pela proibição do contato, relegando-os ao local de nojo, horror e intocável.

Parece ser esse horror e nojo que tomam parte da comunidade do bairro Santo Antônio, em Salvador, que, de acordo com matéria do jornal *A Tarde* (SANTOS, 2013), protesta contra o atendimento a usuários de drogas no Centro de Convivência para usuários de álcool e outras drogas. Na mesma reportagem, a fala de um professor de 30 anos é indicativa desse temor pelo contato: “Não somos contra o acolhimento. Só achamos que o trabalho deveria ser feito em outro lugar. Eles não tratam, não têm uma ressocialização efetiva, e os usuários ficam por aqui, pelo largo, onde rolam drogas e sexo”.

Embora a justificativa para a solicitação de retirada do serviço do local seja o aumento da violência, não há indicativos de que esta tenha aumentado em função da presença de usuários; o que parece trazer esse pânico é a presença desses sujeitos, usando drogas, fazendo sexo. Não se trata de uma rejeição (do serviço e do atendimento no bairro) apenas por medo da violência, mas, também, pelos prazeres expostos não condizentes com a condição de abjeto. Possivelmente, para onde quer que fosse o serviço enfrentaria o mesmo problema, as mesmas reclamações.

Que relação teria, então, o abjeto com a subversão e a transgressão? É essa resposta que Butler pode indicar, a partir de certas discordâncias de Foucault. Interessa aqui apontar essas questões para pensar a relação dos sujeitos com as substâncias consideradas ilegais.

Butler retoma algumas questões de Foucault, uma das quais a questão da formação dos sujeitos a partir dos discursos, em que ressalta que formação não é o mesmo que causação ou determinação, isto é, a formação foucaultiana é um processo produtivo ou de “restrição na produção”. (SALIH, 2012)

Se, nesse primeiro momento, Butler retoma o texto de Foucault para evitar uma leitura equivocada do termo “formação”, ela prossegue com uma crítica a esse filósofo, por ele ter reduzido psique a alma. Em *Vigiar e punir*, Foucault descreve a alma como efeito do poder que captura o corpo discursivamente regulado.

A questão de Butler é saber onde pode ocorrer a resistência, se a alma é um efeito do poder? Ou seja, se a alma é um efeito aprisionador, como poderia haver subversão do sujeito? E se a alma aprisiona os corpos, então, existiria um corpo anterior à alma? A partir destas questões, a filósofa vai pensar a psique (em lugar de alma) como aquilo que excede o poder, isto é, o poder não consegue capturar a psique em sua totalidade, embora o inconsciente não esteja livre dos discursos nem Butler se refira a um sujeito fora da norma, mas pensa a possibilidade de o discurso não abarcar toda a psique, o que abre espaço para a resistência e a subversão. (SALIH, 2012)

Butler não desconsidera, tal como Foucault, que o poder gera subversão, mas pensa a transgressão a partir de zonas que o poder não conseguiu totalizar na dominação da psique, ou seja, os limites da normalização. Sujeito e corpo emergem após o efeito normalizador do discurso, mas há um remanescente psíquico ou uma perda constitutiva que “teima” em assujeitar-se.

A resistência teórica de Butler para pensar corpo, alma e psique como efeito do discurso se dá porque a autora tenta chamar a atenção não apenas para a subversão como efeito da lei, mas como resistência à lei. Se a lei nos transforma em sujeitos e ser sujeito significa “ser” alguma coisa diante da norma, para alguns, as normas fracassam de modo que não “são” ou “são” o que não deveriam ser.

Como pós-estruturalista, Butler não acredita em um “ser” ou substância de sujeito e o define por suas práticas repetitivas e não por um núcleo, aderindo à ideia de que não há um ser por trás do fazer. (BUTLER, 2003) O ser só existe a partir de construções discursivas, mas há a possibilidade de não “ser” o que a norma espera, e é aí que se encontra a transgressão, em ser o ser não esperado.

Aqui não interessa fazer uma contraposição entre Foucault e Butler (2003), mas, de certo modo, alinhar as formulações destes dois filósofos para pensar os sujeitos em questão, os usuários de substâncias psicoativas, enquanto sujeitos marcados pelos discursos, produzidos no interior destes, enquanto patológicos, anormais e delinquentes. Mas, também, pensar essas relações com o proibido e problematizado não como uma sujeição ou perda de autonomia, mas como uma resistência ao poder disciplinar.

Se a lei exige que o indivíduo mantenha uma relação de dependência do trabalho assalariado para sobreviver com bens de consumo simbolicamente investidos, sublimando sua sexualidade, isto é, investir em atividades culturais ou laborais em substituição aos prazeres sexuais, até que ponto a substância psicoativa não pode ser um modo de resistência, de recusar a absoluta normalização do corpo e operar a partir dos lugares inóspitos, abjetos e excludentes?

Sendo a droga uma criação da lei que estabelece o devido e indevido, o legal e o ilegal, a substância aparece enquanto qualquer produto que altera estados de consciência e pode ser um modo de tentar sair da lei, da normalização e do discurso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Se o século XIX produziu, em seus discursos científicos, ideias que essencializaram posições de sujeitos como anômalos, desviados, viciados e doentes, a contemporaneidade não se desfez completamente deles. São sujeitos que mantêm relações de afetos com outros sujeitos ou com substâncias consideradas ilegais ou inapropriadas. Diante desse contexto, destaca-se a importância da teoria pós-estruturalista, como os saberes subalternos e os estudos *queer*, que se inscrevem no rol de teorias comprometidas em reescrever uma nova gramática do conhecimento e “retirar” os sujeitos dessa condição marginal, ao destituírem a linha que separa as concepções de normalidade e patologia enquanto substâncias essencializantes ou identidades naturalizadas.

Essas teorias pretendem refletir questões de sexo, raça, classe, entre outras, que envolvam a produção de sujeitos desajustados. No que concerne ao uso de substâncias psicoativas, as reflexões ainda são poucas, dentro desse arcabouço teórico, porém, no campo político, já é possível ver certas parceiras e laços de solidariedade entre demandas dos movimentos de minorias sexuais e pela liberação de drogas consideradas ilícitas.

Cabe pensar como as relações de saber/poder constroem indivíduos desajustados, considerados abjetos, de quem é retirada a humanidade através de práticas terapêuticas como a internação compulsória, por exemplo, quando o indivíduo perde sua autonomia e poder de escolha, isto é, deixa de ser sujeito para ser assujeitado.

Ao representar esses indivíduos que utilizam substâncias psicoativas consideradas ilegais como viciados, drogados e imorais, os saberes especializados os objetificam e os tornam abjetos. A abjeção não é

apenas resultado de um processo estigmatizante, mas, também, uma ação reiterativa que desumaniza os sujeitos – produz vidas silenciadas e mortes não lamentadas.

Importante apontar que essas experiências abjetas não apenas como assujeitamento, mas também, podem ser consideradas como resistências e transgressões que se insurgem contra as normas sociais que, rotineiramente, tenta capturá-los, produzindo experiências homogêneas e não-contestativas da ordem política e social.

Não se trata de romantizar e desconhecer efeitos problemáticos de determinados usos dependentes, mas de evidenciar que tais experiências demonstram tentativas de fuga, de resistência ou, tal como Fernandes (2013, p. 238) destaca:

Faço leituras-emendas, apenas as bestagens de um sujeito embriagado. Esse estado etílico faz vibrar no meu corpo tantas contraideias, desejos e impulsos: não entendo um mundo sem o efeito entorpecente-libertador de vinhos, cervejas, canções, licores, elixires, lisérgicos, poesias e outras substâncias. Não me refiro a fugas, euforias esporádicas, essas pequenas covardias, enganam-se os que não percebem as paredes por toda parte: corpos-paredes, existências-muros.

Entorpeço-me para sair da embriaguez apática de cotidianos, chãos e tetos. Não se trata apenas de escapar de algo ou alguém, mas do olhar engessado por limites, redes e traçados, esse sim um estado de ebriedade que me provoca temores, o medo de certos usos do verbo ser e o paradoxo da eminente derrota diante dele. Acendo um cigarro, sigo caminhando numa cadência coreográfica, essa dança urbana do (re)conhecer e experenciar as artérias da cidade e os organismos que circulam por elas.

Ou seja, o uso e até o abuso de substâncias psicoativas tem muitos significados que vão desde a tentativa de lidar com situações desprazerosas ou de mal-estar, bem como tentativas de transgressão e subversão.

REFERÊNCIAS

- BARBERO, G. H. *Homossexualidade e perversão na psicanálise: uma resposta aos gays & lesbians studies*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.
- BUTLER, J. Corpos que pesam: sobre os limites discursivos do “sexo”. In: LOURO, G. L. *O corpo educado: pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica, 2002. p. 151-172.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- CARNEIRO, H. A fabricação do vício. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 13., 2002, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2012.
- CHEIBUB, W. B. Práticas disciplinares e usos de drogas: A gestão dos ilegalismos na cena contemporânea. *Psicologia, Ciência e Profissão*, São Paulo, v.1, n. 4, p. 548-557, 2006.
- FERNANDES, F. A errância de um vagabundo deslizando por ruas, becos e vielas da alma flâneur. In: COLLING, L; THURLLER, D. *Estudos e Políticas do CUS*. Salvador: EDUFBA, 2013.p.237-262.
- FIGUEIREDO, C. V. D. S. Estudos subalternos: uma introdução. *Raído*, Dourados, MS, v. 4, n. 7, p. 83-92, jan. 2010.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.
- FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2002.
- GIDDENS, A. *A transformação da intimidade: sexo, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Ed. UNESP, 1993.
- HALPERIN, D. *San Foucault: para una hagiografía gay*. Buenos Aires: El cuenco de plata, 2007.
- LOURO, G. L. *Um corpo estranho*. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.
- MISKOLCI, Richard. *A teoria queer e a questão das diferenças*. Belo Horizonte, Autêntica, 2007.
- SANTOS, L. Centro que trata usuários de drogas gera polêmica. *A Tarde*. 13 set. 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/salvador/materias/1533616-centro-que-trata-usuarios-de-drogas-gera-polemica>>. Acesso em: 8 nov. 2013.
- SANTOS, M. Abjeto em disputa: dissidência ou não entre Baitalle, Kristeva e Butler. In: COLLING, L; THURLLER, D. *Estudos e políticas do CUS*. Salvador: EDUFBA, 2013, p. 61-86.
- SALIH, S. *Judith Butler e a teoria queer*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ESTRATÉGIA DE INTERNAMENTO COMPULSÓRIO PARA USUÁRIOS DE CRACK EM SITUAÇÃO DE RUA NO BRASIL

Ivan Farias Barreto

APRESENTAÇÃO

Trata-se aqui de uma revisão narrativa de literatura que problematiza a medida de internamento compulsório enquanto estratégia emergencial de combate ao consumo de crack no Brasil. Questiona-se o que está implicado nesta prática e se este pode ser considerado um modelo de cuidado eticamente responsável, eficaz e preocupado com a garantia dos direitos humanos fundamentais dos usuários de crack em situação de rua.

A princípio, situou-se social e historicamente a prática da internação forçada para usuários de drogas, constatando-se ser uma prática instituída desde o século XIX, denunciando que, apesar dos avanços científicos e de saberes acumulados, ações higienistas e de violação de direitos humanos continuam sendo praticadas em todo o território nacional. No segundo momento, caracterizou-se os consumidores de crack considerando indicadores como idade, escolaridade, padrões de consumo, meios de aquisição da substância, entre outros. Em seguida, foi analisado o plano de internamento compulsório na tentativa de conter a chamada “epidemia” do crack no país. Foram considerados os abusos desta proposta higienista imposta, a autonomia e a liberdade dos consumidores de crack, os programas de redução de danos, as comunidades terapêuticas e o modelo biomédico dominante nas políticas sobre drogas no Brasil.

Ao final, sugere-se a experimentação de estratégias bem-sucedidas mundo afora, a fim de reestruturar/reforçar os cuidados ao uso de crack no Brasil. Foram, portanto, explicitadas duas alternativas que conseguiram notória eficácia sobre essa questão, analisando a possibi-

lidade de adotar ou inovar a política brasileira de drogas a partir desses modelos.

ALGUMAS NOTAS HISTÓRICAS DA INTERNAÇÃO FORÇADA PARA USUÁRIOS DE DROGAS NO BRASIL

A história das primeiras políticas públicas voltadas para usuários de drogas no Brasil coincide com o surgimento de instituições psiquiátricas para os ditos alienados. Eram alienados os considerados incuráveis, idiotas, portadores de transtornos mentais, caducos, paralíticos, epiléticos, os afetados de *delirium tremens* etc. Esses eram encaminhados aos asilos de mendicidade, hospitais de misericórdia, penitenciárias, quartéis e cadeias públicas. (SÃO PAULO, 1889 apud ODA; DELGALARRONDO, 2005, p. 992)

Em 1852, no Rio de Janeiro, o Hospício Pedro II (renomeado, posteriormente, de Hospício Nacional de Alienados) inaugurou uma assistência em saúde mental de caráter excludente e baseada em princípios da Igreja católica. Segundo Guimarães e colaboradores (2013), o Brasil se tornou o primeiro país da América Latina a fundar um manicômio com base no alienismo francês o qual manteve a tradição asilar de abrigar desviantes de todos os tipos regidos sob a égide das mais diversas intervenções e arbitrariedades. “A crescente pressão da população para o recolhimento dos/as alienados/as ‘inoportunos/as’ a um lugar de isolamento fez com que o Estado Imperial determinasse a construção de um lugar específico com o objetivo de tratá-los [...] com a intenção de remover e excluir o ‘elemento perturbador’”. (FORTES, 2010, p. 324)

Há claras indicações de existência de uma pressão social no sentido da internação dos alienados, de sua retirada das ruas e ação de autoridades policiais, nas capitais e no interior das províncias. O processo de institucionalização dos alienados foi marcado pela construção de uma opinião pública consensual quanto à necessidade e, sobretudo, quanto à legitimidade de sua reclusão em hospícios públicos. (ODA; DELGALARRONDO, 2005)

No ano de 1903, por meio do Decreto nº 1.132, introduzia-se no Brasil o primeiro modelo de tratamento para pessoas acometidas com algum tipo de “insanidade mental”. Apesar de ter sido uma inovação para aquele momento da história, pois proibia a manutenção de alienados nas cadeias públicas, o decreto não se preocupava com a condição do doente,

e sim cuidava da internação compulsória somente para tornar “segura” a vida da sociedade e manter a ordem pública. (FRANÇA, 2012)

Já em 1920, surge a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM) enquanto entidade de fundamental importância para a produção, circulação e consolidação do discurso da psiquiatria higienista brasileira. Sua formação discursiva se baseava na luta antialcoólica, no controle da reprodução, da sexualidade e de imigração, na noção de nacionalidade, de questões raciais, assistência a alienados, trabalho terapêutico, educação escolar etc. (CARVALHO, 1999)

Um outro vetor de sua ação foi o combate ao alcoolismo, entendido à época como flagelo nacional, debilitante do sistema nervoso e predisponente à disseminação de doenças, como as nervosas e mentais, além de doenças venéreas e crimes. A luta antialcoólica, aliás, contava com o apoio do Estado, que reconhecia sua utilidade pública, subvencionando-a pecuniariamente, ainda que de maneira intermitente. (OLIVEIRA, 2011, p. 629)

Em 1932, o Decreto nº 20.930 normatizou a toxicomania ou a intoxicação habitual por entorpecentes enquanto doença de notificação compulsória e estabeleceu a internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não, quando provada a necessidade de tratamento ou a bem dos interesses de ordem pública. O Decreto nº 24.559/1934, além de regulamentar os estabelecimentos psiquiátricos, definiu os regimes de internação aberto, fechado e misto. Já em 1938, o Decreto nº 891 proibia o tratamento de toxicômanos em domicílio.

Perdoados os cortes históricos, foi somente a partir da década de 1980 – como afirmam Sadigursky e Tavares (1998) – que surgiram tentativas de transformação na instituição psiquiátrica brasileira, buscando a reversão do modelo asilar caótico, segregador e dissocializante, através da luta dos profissionais de saúde mental. No entanto, apesar do Projeto de Lei nº 3657/1989 (transformado posteriormente na Lei nº 10.216/2001) ter contribuído significativamente para o avanço da atenção psicossocial no Brasil – através da extinção progressiva dos manicômios –, a compulsoriedade continua sendo uma modalidade de internação que legitima o Poder Judiciário a realizar indicações terapêuticas para usuários de crack em situação de rua.

Na mudança ainda imprecisa da perspectiva policial para a perspectiva centrada na saúde, a internação compulsória acaba sendo uma medida de saúde policialesca. Lembro que a luta antimanicomial pregada pela Reforma Psiquiátrica já tornou públicos seus achados sobre as condições desumanas aplicadas aos que sofriam com transtornos mentais e que padeciam internados em um sistema hospitalar que mais parecia um sistema carcerário medieval e no qual a autonomia dos indivíduos era geralmen-

te reduzida ao mínimo. Agora, com o fechamento de grande parte desses antigos manicômios, a nova proposta de internação compulsória parece destinada a redirecionar o modelo manicomial, enfocando especificamente nos dependentes e/ou usuários abusivos de crack. É como se, no abuso do uso de crack, fossem aplicadas antigas estratégias já abandonadas na atenção ao transtorno mental. Entre os especialistas na área, há um grande dissenso sobre a questão.

As indicações de internamento compulsório têm sido feitas quase que arbitrariamente, pois não consideram as singularidades desses usuários, suas histórias de vida, propósitos de uso e padrões de consumo. Não são fundamentadas adequadamente em avaliações clínicas por uma equipe multiprofissional de saúde. São determinações centradas na droga que transformam a dimensão da exceção em regra, isto é, não consideram o caso a caso.

Como demonstra a experiência, quase todos os moradores de rua que consomem crack já foram internados em clínicas que, mancomunadas com a ação higienista, não possuem qualquer projeto terapêutico consistente que dê continuidade após a alta e que pense no estudo, no trabalho, na sexualidade e na moradia dessas pessoas. Os que não completam o tratamento, os que escapam e os que lá permanecem durante meses são reencontrados nas zonas de uso na sua absoluta maioria. (LANCETTI, 2012, p. 30-31)

É preciso ter em conta que o tratamento não voluntário não é eficaz, porque não conta com o pleno engajamento pessoal do sujeito na interrupção do hábito e na reestruturação de seu modo de vida. Além disto, qualquer que seja a abordagem terapêutica adotada, costuma ser comum a situação de recaída, o que, na lógica da internação, só pode gerar novos e sucessivos recolhimentos forçados. A exclusão social do dependente, e até do mero usuário ocasional, vem sendo escamoteada pelas autoridades através da adoção de um discurso supostamente humanitário de proteção e cuidado aos enfermos e vulneráveis. Este discurso busca seu “fundamento de realidade” na força das imagens veiculadas pela mídia nacional em que as chamadas cracolândias são apresentadas como palcos para cenas de degradação humana, exibidas como “prova irrefutável” da necessidade de intervenções proibicionistas e segregadoras. (CASTILHO, 2012) Assistimos, assim, ao retorno de antigas estratégias que, tal como ocorria no início do século XX, respondem ao suposto clamor da opinião pública leiga, estigmatizante, manicomialista e altamente influenciada pela mídia.

QUEM SÃO OS CONSUMIDORES DE CRACK NO BRASIL?

Pesquisa realizada em 2012 estimou que 0,81% da população das capitais do Brasil e Distrito Federal consumiram crack ou similares (pasta base, merla e/ou oxi) regularmente, ou seja, por, ao menos, 25 dias dentro de um espaço de seis meses. Deste valor, 0,11% são crianças e adolescentes e 0,70% maiores de idade. Cerca de 80% dos usuários utilizaram a substância em espaços públicos de interação e circulação de pessoas ou em locais possíveis de serem visualizados/visitados facilmente. (FIOCRUZ, 2013a) Em relação à escolaridade, verificou-se a baixa frequência de usuários que cursaram/concluíram o ensino médio e a baixíssima proporção de usuários com ensino superior. (FIOCRUZ, 2013)

As estimativas da pesquisa apresentam números significativamente mais elevados em relação aos levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005. Entretanto, trata-se de uma metodologia distinta, devido, principalmente, à natureza indireta das entrevistas, isto é, os usuários foram questionados sobre o comportamento de outras pessoas de sua rede de contatos e não sobre eles próprios. Segundo a Agência Brasil (2013), a Secretaria Nacional Sobre Drogas (Senad) considera ter, pela primeira vez, um dado muito confiável em relação ao número de usuários de crack nas capitais. Por outro lado, as informações preliminares não estimam a quantidade de usuários regulares nas cidades interioranas do país e os resultados disponíveis, se comparados com levantamentos realizados em anos anteriores, devem ser interpretados com cautela devido às diferenças metodológicas entre elas.

Ademais, embora não se possa afirmar de maneira simplista que os usuários de crack são uma população de/na rua, não se pode escamotear o dado de que algo como 40% deles passava parte expressiva de seus tempos na rua, representando uma significativa proporção de usuários nesta situação. Atividades ilícitas, como tráfico de drogas e furtos/roubos e afins, apesar de não serem as principais fontes de renda dos usuários de crack/similares, foram relatadas por uma minoria dos entrevistados, 6,4% e 9,0%, respectivamente. (FIOCRUZ, 2013b) Vemos, assim, que o uso da droga não leva o usuário necessariamente a praticar atos de violência, como o roubo, contrariando as informações comumente veiculadas na mídia e presentes no imaginário do senso comum. Tudo indica que a maior parte da violência relacionada ao crack resulta da agressiva política proibicionista e de “acertos de contas” entre traficantes e usuários inadimplentes. Neste sentido, Werb e colaborado-

res (2010) sugeriram, em uma pesquisa sistemática realizada em várias cidades dos Estados Unidos e em Sidney, que a repressão às drogas tende a contribuir para o acréscimo da violência associada ao mercado ilícito e ao aumento das taxas de homicídio.

Nas capitais, o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de, aproximadamente, oito anos, sendo 16 o número médio de pedras usadas por usuário. Já nos demais municípios, o tempo médio de uso do crack e/ou similares foi de cerca de cinco anos, com uma média de 11 pedras usadas ao dia. Segundo a pesquisa, estes resultados sugerem que o uso da droga vem se interiorizando recentemente e o tempo médio de uso contradiz as notícias comumente veiculadas de que os usuários de crack/similares teriam sobrevida inferior a três anos de consumo. (FIOCRUZ, 2013)

A antropóloga Luana Malheiro (2012), ao realizar uma pesquisa etnográfica sobre trajetórias de “carreira de uso de crack” no Centro Histórico de Salvador (BA), revelou usuários com histórico de 8 a 15 anos de uso da substância, também colaborando para desmistificar informações equivocadas sobre uma curta sobrevida destes usuários. A pesquisadora aponta para distintas modalidades de consumo da droga. Assim, o “sacizeiro” seria o consumidor iniciante, que não consegue regular o uso devido ao pouco tempo de contato com a substância. Normalmente, tem um maior comprometimento físico e social, apresentando um uso compulsivo e disfuncional de crack. Não tem emprego fixo e sua atividade de trabalho varia de pequenos furtos à mendicância. Já o “usuário” apresenta mais tempo de uso do crack e um saber acumulado a partir de suas experiências, chegando a fazer um uso controlado da substância e desenvolvendo um tempo e um lugar adequado para o consumo. Possui trabalho estável, ainda que não formalizado, que lhe permite uma renda fixa, como prostituição, guardador de carros e pequeno tráfico de drogas. Finalmente, o “patrão” se refere aos comerciantes mais especializados de crack. Dificilmente se observa um “patrão” fazendo uso compulsivo da substância, pois isto impossibilitaria a manutenção de um mercado lucrativo de drogas. Geralmente desprezam o “sacizeiro”, que está sempre devendo na boca de fumo.

A pesquisa acima citada aponta para certa semelhança do crack em relação a outras substâncias psicoativas quando consideradas as distintas modalidades de uso. Isto quer dizer que nem todos usam crack de modo compulsivo, nem todos apresentam um alto grau de dependência da substância, havendo, inclusive, aqueles que a utilizam ocasionalmente ou de modo recreativo, preservando uma razoável estrutura de vida. De fato, percebe-se novamente o erro de políticas públicas que

impõem tratamentos compulsórios indiscriminadamente, ignorando as histórias, contextos, propósitos e padrões de consumo de crack de cada usuário em sua singularidade.

Análise da estratégia de internamento compulsório

O uso de crack no Brasil teve início na cidade de São Paulo, no início da década de 1990. Por utilizar menores quantidades de substâncias químicas em sua fabricação, o custo do crack é mais baixo se comparado à cocaína, tornando-o acessível às mais variadas camadas sociais do país. O sítio eletrônico do programa do governo federal “Crack, é possível vencer” explica ainda que a popularização do crack está diretamente ligada à necessidade dos traficantes de aquecerem as vendas de drogas. Estes então retiraram dos pontos de distribuição outras substâncias ilícitas, de modo a estimular que usuários de drogas ilícitas, sem alternativa, passassem a consumir crack.

A prevalência exata de consumo de crack no Brasil permanece desconhecida. Reportagens da mídia têm divulgado estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) de 6 milhões de usuários no país, enquanto que o Ministério da Saúde diz que há 2 milhões. Contudo, dados epidemiológicos não confirmam este crescimento, ao menos entre a população de estudantes dos ensinos fundamental e médio. Uma comparação de duas pesquisas nacionais, realizadas entre 2004 e 2010, não mostrou diferença no uso de crack na vida ou no último ano. Ademais, ele ocupa o penúltimo lugar na classificação das 12 drogas mais comumente usadas. Pesquisas com estudantes universitários mostram um fenômeno similar, em que o crack aparece em 14º lugar entre as 16 drogas mais usadas e a prevalência de uso recente não se alterou nas investigações realizadas entre 1996 e 2009. (NAPPO; SANCHEZ; RIBEIRO, 2012, p. 1646)¹

Embora o uso de crack esteja presente em todas as classes sociais no país, o que tem chamado atenção da população e da mídia é o seu consumo em espaços públicos, a exemplo das cracolândias. O pânico moral propagado pela mídia tem sido utilizado como instrumento para uma política emergencial de repressão às drogas e de seus usuários, justificando a veiculação de ideias como “epidemia de crack” ao tempo em que associa seu uso com a violência e a morte.

O conceito de “epidemia de crack” reforça o caráter sensacionalista de um termo utilizado sócio-historicamente para outros fins. Neste

1 Nesta e nas demais citações de textos em outros idiomas, a tradução é livre.

sentido, cabe uma crítica a este conceito, sendo seu uso muito mais pertinente se forem levados em consideração os alarmantes determinantes sociais em saúde que caracterizam a maior parte dos usuários de crack em situação de rua, denunciando, portanto, a miséria instalada na sociedade brasileira, a invisibilidade desses usuários, a falta de políticas públicas para pessoas em situação de rua e evidenciando a função do crack enquanto estratégia para, talvez, amenizar a dor do sofrimento e da falta de perspectivas. Tratar o uso do crack como epidemia parece ser uma saída que superficializa as discussões, estigmatiza os usuários e desvia a atenção dos graves problemas estruturais no país.

Outrossim, parece sintomático que a arquitetura das cidades seja criadora de neuroses. A rua se apresenta como um espaço público de convivência entre pessoas e pessoas e coisas, uma espécie de vitrine da desigualdade social, lugar onde as desgraças humanas e sociais são escancaradas. Retirar forçadamente os usuários das ruas apenas serve para tornar invisível a questão.

Retratando os miseráveis de maneira estreita e preconceituosa, deixa-se de apontar as inúmeras deficiências dos serviços que deveriam atender às suas necessidades, as deficiências crônicas das áreas de saúde, educação e segurança. Elegendo como a grande responsável pela violência uma determinada substância ilícita, consumida por uma pequena minoria sem nenhum poder político ou econômico, ignora-se a substância realmente implicada em uma grande parte da mortalidade, violência e doença no país: o álcool. Enquanto publicações se mostram indignadas com as cracolândias, estampam, sem nenhuma crítica ou restrição, anúncios de bebidas e grandes festas populares promovidas por cervejarias. (MACRAE, 2013, p. 11-12)

Apesar dos avanços científicos e das novas compreensões sobre as substâncias psicoativas e seus modos de consumo, a temática continua sendo um tabu na sociedade brasileira e é comumente tratada de forma superficial ou displicente. As ações repressivas e autoritárias falham na tentativa de sustentar o discurso de guerras às drogas e, não obstante todos os esforços para evitar o uso de drogas ilícitas, os resultados surpreendem ao constatar o aumento do consumo geral dessas substâncias, o controle de territórios por grupos criminosos, os preconceitos e a violência gerada pela atual política proibicionista.

A lógica atual de cuidado em relação ao uso/abuso do crack por consumidores em situação de rua, salvo algumas exceções, não tem se diferenciado muito daquelas praticadas no século XVIII. Lembra Moraes (2008) que a literatura aponta para uma manutenção da lógica do

controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos “portadores de desvios”, dentre eles, os usuários de drogas. Comenta, ainda, que a história da doença mental, na qual está inserido o uso de drogas, é marcada por diversos “jogos de exclusão”.

Esses jogos de exclusão manifestaram-se dentro das instituições médico-jurídicas para onde os usuários de drogas iam ou eram mandados, cujos recursos terapêuticos utilizados tinham mais a função de punir do que de tratar e, muitas vezes tentavam reduzir o conflito entre o excludente e o excluído, como por exemplo, a partir do uso de medicamentos sedativos, que fixa o doente na sua posição de passividade. (BASAGLIA, 1985 apud MORAES, 2008)

Até pouco tempo, quase ninguém acreditava que era possível a existência de outra lógica que não fosse hospitalocêntrica ou manicomial no tratamento de “portadores de transtornos mentais”. O mesmo acontece em relação ao usuário de drogas no país. Entretanto, com o novo modelo de atenção psicossocial e a consequente implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), foi constatada a possibilidade de articular outra perspectiva de cuidado, outro modo de fazer e refletir a prática da saúde mental no Brasil, sendo o tratamento ambulatorial o mais indicado para esses casos.

Dessa maneira, a lógica que visa maximizar a eficácia do tratamento para usuários de crack em situação de rua deverá considerar o CAPS-AD enquanto instituição especializada, além de articular outras intervenções e modos de cuidado junto à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Deve-se levar em consideração os serviços de atenção básica em saúde, os consultórios de/na rua, os programas de redução de danos e riscos, a educação em saúde, as políticas assistenciais e de inclusão etc., de modo a ampliar as possibilidades de reposicionamento destes usuários dentro da sociedade na qual estão inseridos.

Embora esses serviços sejam os mais indicados, eles não são plenamente implementados, considerando a deficiente taxa de cobertura dessas instituições, o despreparo de uma parcela dos profissionais de saúde, o deficiente diálogo entre profissionais da RAPS, a falta de investimentos públicos em saúde, a corrupção ou má administração da verba pública, a burocracia, os estigmas frente ao usuário de drogas, a política proibicionista, entre outros. Esses problemas somados aos determinantes sociais em saúde que caracterizam os usuários de crack em situação de rua (e denunciam a exclusão e o abandono social no país) têm resultado em completa desassistência a esta população. Estes consumidores, por sua vez, podem encontrar no uso de crack um meio para suportar as perdas de sentido e

a ausência de perspectivas ou, segundo Hart (2014, p. 96), para lidar com “necessidades sociais não atendidas, sentimento de alienação e de dificuldade em se ligar aos outros”, alimentando, portanto, o círculo vicioso “exclusão–uso de crack–exclusão”.

No Brasil, constata-se que a marginalização social em torno do consumo de crack é muito maior se comparada ao uso de qualquer outra droga lícita ou ilícita. Muitos vivem em condições de extrema pobreza, de acentuada privação material e em situações de instabilidade doméstica. Embora o dano causado pelo uso da substância seja grande, ao contrário do que o senso comum nos leva a crer, uma parcela dessa população se mantém engajada no consumo da droga por períodos de anos e muitos têm contato com a substância sem progredir para sua dependência de forma imediata. (MOREIRA, 2013, p. 91)

Recentemente, diversos profissionais têm recorrido à promoção de internações forçadas para usuários de crack em situação de rua, apelando às previsões contidas no Art. 6º da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que legitima três modalidades de internação: voluntária, involuntária² (sem consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e compulsória. Esta última, determinada pelo juiz competente, tem sido perigosamente privilegiada, provavelmente como resposta ao pânico moral alimentado pela mídia e reforçado pela cobrança da sociedade que se sente incomodada/ameaçada com o uso de crack nos espaços públicos. Estas pessoas são geralmente encaminhadas para as chamadas “comunidades terapêuticas”, conhecidas por serem instituições privadas que priorizam a internação e o isolamento, além de orientarem suas práticas, na maioria das vezes, com base em argumentos religiosos e na lógica da abstinência. Estas carecem de estruturas e funcionários capazes de oferecer atendimentos adequados ao grande número de internos e contam com poucos profissionais de saúde. Seus posicionamentos políticos tendem a se restringir a pedidos de maior repressão ao comércio e uso de drogas ilícitas e à promoção de valores cristãos, entendidos dentro de uma ótica conservadora e fundamentalista. Pouco fazem para confrontar a situação de marginalização em que se encontra a população de onde provém a sua clientela. Embora contem com trabalho voluntário, essas instituições servem, muitas vezes, como fontes de poder econômico e político para seus dirigentes. Sua crescente influência

2 Esta deverá, no prazo de 72 horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo, esse mesmo procedimento, ser adotado quando da respectiva alta. (BRASIL, 2001)

chega a preocupar seriamente o Ministério da Saúde e os profissionais do ramo, já que reivindicam, com sucesso, verbas que seriam destinadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, por extensão, aos CAPS-AD. (MACRAE, 2013, p. 20)

Alguns profissionais de saúde, autoridades do judiciário, jornalistas e boa parte da população brasileira costumam alegar que o toxicômano ou, mais especificamente, aquele que faz uso abusivo de crack e/ou outras drogas frequentemente perde o discernimento e a capacidade de decisão racional sobre si mesmo ou seu comportamento. No entanto, o neurocientista estadunidense Carl Hart (2014) lembra que estudos com seres humanos e até mesmo com ratos e macacos indicam justamente o contrário, ou seja, que a disponibilidade de reforços alternativos que não sejam drogas diminui o uso dessas substâncias em toda uma variedade de condições.

Em sua pesquisa, por volta de 1999 nos Estados Unidos, Hart (2014) e sua equipe recrutaram consumidores de crack experientes e contumazes, que não buscavam tratamento (pois não seria ético dar cocaína a alguém que tivesse manifestado o desejo de parar) e gastavam com a droga algo em torno de US\$100 a US\$500 por semana. O fato é que esses usuários muitas vezes preferiram, por exemplo, US\$5 dólares em dinheiro a receber uma dose de crack.

Nenhum deles rastejava no chão, raspando partículas brancas para tentar cheirá-las. Ninguém falava descontroladamente nem se mostrava muito agitado. Nenhum deles tampouco implorava por mais, – e absolutamente nenhum dos usuários de cocaína que estudei tornou-se alguma vez violento. Os resultados eram semelhantes para os usuários de metanfetamina. Eles desmentiam os estereótipos. A equipe da ala onde os participantes do meu estudo sobre drogas viveram por várias semanas de testes nem sequer conseguia distingui-los de outras pessoas que lá se encontravam para estudos de condições muito menos estigmatizadas, como doenças cardíacas e diabetes. (HART, 2014, p. 12-13)

Carl Hart recordou-se ainda da pesquisa realizada pelo psicólogo canadense Bruce Alexander e seus colegas, na década de 1970, que ficou conhecida como Parque dos Ratos. Procurou-se descobrir se a falta de alternativas recompensadoras como os contratos sociais, os exercícios e o sexo poderia afetar as escolhas dos ratos no sentido de fazer uso de drogas ou não. (HART, 2014; ALEXANDER et al., 1981)

Para isso, os pesquisadores criaram um ambiente para os roedores, inspirados em seus habitats. A espaçosa habitação da colônia, feita de madeira, continha aparas de cedro, vasilhas vazias e refúgios

escuros para os ratos se esconderem e aninharem. Compararam então o consumo de opioides com ratos postos em gaiolas individuais de arame. Concluíram que os ratos da colônia consumiram em determinadas situações até 20 vezes menos opioides, provavelmente porque a substância interfere na performance de comportamentos específicos da espécie, como a construção de ninhos, acasalamento, luta e “coesão social”. Sugeriram ainda que a morfina atuou como aliviador de estresse para os ratos isolados socialmente e sensorialmente. (ALEXANDER et al., 1981)

Outros experimentos realizados posteriormente com cocaína e anfetamina chegaram em resultados semelhantes, ajudando a estabelecer uma crítica diante do senso comum, que apresenta a droga como fonte de prazer incomparável. No entanto, quando as pessoas dispõem de alternativas interessantes, em geral não optam por tomar drogas de maneira autodestrutiva, demonstrando que, na ausência de apoio social ou outras formas de recompensa, o crack pode ser muito atraente. “O que nos interessa é que constantemente nos diziam que drogas como o crack são tão irresistíveis que os usuários trocam qualquer coisa por elas. Mas as provas empíricas de que isso não é verdade são esmagadoras”. (HART, 2014, p. 100)

Méndez (2013) recomenda acabar com a detenção forçada de usuários de drogas e fechar centros de “reabilitação” imediatamente, implementando serviços sociais e de saúde voluntários, baseados em evidências científicas e que respeitem os direitos humanos. Indica, ainda, a realização de investigações de forma a garantir que abusos, incluindo torturas ou crueldades, tratamentos desumanos e degradantes, não aconteçam nas instituições de gestão privada para tratamento de dependência de drogas.

O Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, disponibilizado em 29 de novembro de 2011 pelo Conselho Federal de Psicologia [...] teve como objeto de análise os locais de internação para usuários de substâncias psicoativas SPAs. Foram inspecionadas 68 Comunidades Terapêuticas em várias unidades federais brasileiras e em todas foram registrados abusos contra os direitos constitucionais dos cidadãos. Em 25 estados avaliados houve casos de trabalho não remunerado (18), imposição religiosa (17), punições proibitivas e físicas (16), adolescentes e crianças abrigadas junto com adultos (13), prática de isolamento (11), situações constrangedoras (9) e apropriação de documentos (9). Assim, não poderão deixar de se questionar sobre as condições oferecidas de fato por esses locais de internamento para propiciar a futura reinserção social dos que neles são internados. (VALENÇA, 2013, p. 109)

Ainda de acordo com o psicólogo Valença (2013), estima-se que cerca de 3 mil comunidades terapêuticas abriguem mais ou menos 60 mil usuários. Mas, além dos vários abusos observados, estas instituições têm abafado outros modelos de cuidado, a exemplo daqueles baseados na lógica da redução de danos. Carneiro e Rego (2012) consideram que a redução de danos aponta para a necessidade do autocuidado, permitindo outros modos de uso da droga a fim de minimizarem os prejuízos a si e ao outro.

O internamento compulsório ainda tem sido utilizado como primeiro instrumento de aproximação do usuário de crack ao SUS e à assistência social, podendo ser compreendida como uma medida higienista e uma prática punitiva aos consumidores da substância. Ausentes desse programa estão a garantia dos Direitos Humanos desses usuários, a liberdade de crença e mesmo a observação de um projeto terapêutico singular. Para Szasz (2010), hospitais psiquiátricos são como prisões, a hospitalização psiquiátrica involuntária é um tipo de aprisionamento e psiquiátras coercitivos são como juízes e carcereiros. (SZASZ, 2010)

Percebemos que, com frequência, as internações psiquiátricas de adolescentes usuários de drogas ilícitas são tomadas como uma medida prévia à internação na Fundação de Atendimento Sócio-Educativo (FASE). Dessa forma, a internação psiquiátrica acaba funcionando como um tipo de “castigo”, um “tratamento moral” que, se falhar, pode ser substituído por uma intervenção mais rigorosa. (SCISLESKI; MARASCHIN, 2008, p. 460)

Outro dado importante que Scisleski e Maraschin (2008) abordam se refere à escassa produção em termos de pesquisa e publicação sobre o tema da internação psiquiátrica de adolescentes por ordem judicial. Destacam, ainda, que essa prática acaba convocando sempre a mesma categoria: a dos adolescentes em situação de marginalidade social, em conflito com a lei, usuários de drogas, geralmente, o crack, e que frequentemente são reinternados, revelando a ineficácia deste tipo de procedimento. Em consonância com essa pesquisa, Silveira (2011) aponta que as taxas de recaída após a utilização desse método podem chegar a 95% e os melhores resultados são aqueles obtidos por meio de tratamentos ambulatoriais questionando, ainda, se o uso de drogas não seria consequência direta das situações adversas a que tais pessoas estão submetidas.

Além dos altos índices de recaída desses usuários, parece não haver sentido para a prática de internação compulsória quando pesquisa da Fiocruz (2013b) aponta que 78,9% dos usuários de crack afirmaram desejar tratamento. Nesse momento, são problematizadas a forma como tem acontecido a aproximação desses usuários aos programas de saúde

e a adequação da cobertura oferecida pelos dispositivos de saúde especializados em termos de estrutura e número de profissionais qualificados para atender a essa demanda.

Na verdade, pouco se tem pensado sobre as reais consequências que o internamento compulsório poderá gerar na população que consome crack nas ruas, considerando suas subjetividades e interlocuções sociais. Até mesmo nosso conhecimento sobre a real situação dessa população é fragilizado, uma vez que, sob ameaça de internação compulsória, esses usuários se mostrarão mais refratários ainda a manter qualquer tipo de relação com pesquisadores, facilmente confundidos com agentes da repressão psiquiátrica. Assim, para produzir um efeito mais positivo para a população usuária, medidas de enfrentamento ao uso problemático de substâncias psicoativas deveriam ser concebidas em conjunto com diferentes outros setores governamentais, envolvendo cidadania, habitação, emprego, educação, meio ambiente etc.

Na busca de maneiras mais eficazes de oferecer cuidados aos usuários de crack em situação de rua, algumas práticas adotadas por países que obtiveram resultados positivos com propostas inovadoras, deveriam ser analisadas com mais interesse. Segundo o Relatório da Comissão Global de Políticas sobre Drogas, publicado em junho de 2011, entre diversas medidas sugeridas encontra-se a abolição de práticas abusivas, impostas sob o pretexto de tratamento, como a detenção forçada, trabalho forçado e abuso físico ou psicológico – que infrinjam os direitos humanos ou violem o direito das pessoas à autodeterminação.

Como afirmou a Alta Comissária das Nações Unidas para os Direitos Humanos, Navenethem Pillay, 'Pessoas que usam drogas não perdem seus direitos humanos. Com muita frequência usuários de drogas sofrem discriminação, são forçados a aceitar tratamento, são marginalizados e vítimas de políticas de criminalização e punição, quando deveriam se beneficiar do acesso a tratamento para a redução de danos e respeito pelos direitos humanos.' (COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA, 2011, p. 5)

Dentre as ações que poderiam promover mudanças significativas, deve-se considerar a regulamentação das substâncias tornadas, a abolição de posturas agressivas aos usuários de drogas, a criação de espaços para uso seguro de drogas, a ampliação da estratégia da redução de danos, incentivos fiscais a empresas que contratam toxicômanos etc. Conclui-se, portanto, que a quebra de paradigmas é extremamente recomendável para a abertura de novos caminhos na abordagem da questão, na medida em que promove um alerta contra as atitudes con-

dicionadas e que se repetem nos discursos do senso comum alardeados por numerosos representantes políticos da sociedade brasileira.

O que pode ser feito para ajudar a transformar essa realidade?

Nos últimos 10 a 20 anos, salas para consumo de drogas têm sido incorporadas nas estratégias de cuidado e redução de danos em uma variedade de países da Europa ocidental, América do norte e na Austrália. Contudo, elas ainda não foram estabelecidas na maioria dos países do mundo. A existência de cenas abertas de uso de drogas e o aumento do número de mortes relacionadas ao consumo fizeram com que políticos e profissionais se dessem conta de que políticas criminais repressivas e programas baseados na abstinência não foram capazes de reduzir o consumo destas substâncias e os danos associados. (SCHATZ; NOUGIER, 2013)

A meta dos espaços de uso é abordar problemas de populações específicas, como os usuários de drogas consideradas de alto risco, que as consomem em público e, frequentemente, não têm acesso aos dispositivos de saúde. Os principais objetivos são alcançar o máximo da população-alvo, promover um ambiente seguro que permita um menor risco e um consumo de drogas mais higiênico, reduzir a mortalidade e a morbidade dos usuários, estabilizar e promover saúde, reduzir uso de drogas em espaços públicos e incômodos associados e evitar o aumento da violência. Dentre os serviços oferecidos, além de programas de educação para uso seguro de drogas e ensino de regras básicas de higiene, os serviços de cuidados em saúde incluem tratamentos de pequenas feridas e orientação psicossocial. (HEDRICH, 2004)

Consumidores de crack são conhecidos por terem uma alta prevalência de lesões orais, incluindo queimaduras, bolhas e ferimentos nos lábios e boca que podem facilitar a transmissão de infecções. Além disso, pesquisa feita no Canadá demonstrou que eles apresentaram maior probabilidade de se engajarem em comportamentos sexuais de risco e formas perigosas de consumo da substância, associados tanto com infecções de hepatite C quanto de HIV. (SHANNON et al., 2006)

A referência acima corrobora com pesquisa realizada pela Fiocruz, em 2012, sobre perfil dos usuários de crack no Brasil, constatando o preocupante número de mais de 70% de usuários que disseram compartilhar os apetrechos utilizados para o consumo da substância. Além disso, 7,8% das pessoas que consomem crack afirmaram que, nos 30 dias anteriores à pesquisa, haviam tido episódios de intoxicação aguda. Embora a autopercepção do que é overdose seja bastante difícil e

imprecisa frente a diversos outros problemas de saúde, é expressiva a proporção de usuários que relataram ter vivenciado tal experiência. (FIOCRUZ, 2013b)

Na contextualização para a realidade brasileira, seria razoável pensar que as salas de uso seguro fossem destinados a usuários de drogas que apresentassem padrão de uso compulsivo, incluindo moradores de rua, profissionais do sexo ou pessoas que, inicialmente, não desejassem tratamento. Dessa forma, esse serviço de saúde, baseado na lógica da redução de danos, contaria com uma equipe interdisciplinar e interagiria com outros dispositivos da RAPS.

Já é consenso para muitos pesquisadores que a repressão aos usuários e às drogas tornadas ilícitas não tem funcionado. O Brasil chegou ao seu limite quanto às graves consequências sociais provocadas pela teoria proibicionista, refletindo em preconceito, estigmas e violação de direitos humanos sobre a liberdade e a privacidade de pessoas que fazem uso de drogas. Uma política realmente eficiente e eticamente responsável apenas será possível quando as autoridades, a exemplo dos ministros do Supremo Tribunal Federal (STF), do Congresso Nacional, do presidente da República, juízes, profissionais de saúde e a sociedade começarem a pensar sobre outras lógicas de controle das substâncias e estabelecer regras mais adequadas para o seu consumo. A aposta no modelo de regulamentação é análoga ao que ocorre com os psicoativos lícitos, a exemplo do álcool e tabaco. Por sinal, vale ressaltar que as campanhas antitabagistas no Brasil conseguiram reduzir significativamente o consumo de tabaco nas últimas décadas, sem necessariamente proibir o consumo da droga, sendo modelo para o todo o mundo.

Muitos são os efeitos da política proibicionista dentre os quais, de acordo com a Comissão Latino-Americana Sobre Drogas e Democracia (2011), destacam-se: o desenvolvimento de poderes paralelos; a criminalização dos conflitos políticos; a corrupção da vida pública, sobretudo na estrutura policial, na Justiça e no sistema penitenciário; e alienação da juventude. Para Grund (1993), a proibição de psicoativos pode levar a sanções desproporcionais prejudicando a estrutura de vida desses usuários, como perda de emprego, expulsão da escola, negação de atendimento em saúde, despejo de moradia, confisco de propriedade, prisão etc.

Pode-se ainda considerar que a política proibicionista tem relação direta com a saúde mental de pessoas usuárias de drogas tornadas ilícitas. De modo análogo, como se sentiriam as pessoas que fazem uso de bebidas alcoólicas diante da possibilidade de internação forçada, repro-

vação social, abuso policial, detenção ou acusação de tráfico de drogas, por consumirem ou portarem certa quantidade da substância?

Diante dessas constatações, urge o rompimento de paradigmas para ceder espaço a propostas mais humanas e condizentes com a realidade. O flagrante insucesso da “guerra às drogas” tem motivado a revisão das políticas de repressão, considerando que o uso e comércio das substâncias psicoativas ilícitas devam ser compreendidos por uma visão que considere cuidados em saúde humanizados, determinantes sociais em saúde, o direito civil, o direito à privacidade, os programas de cidadania, inclusão social, educação e os saberes acumulados informalmente pelos consumidores de drogas ilícitas. A Global Commission on Drug Policy (2011) também recomenda estimular os governos a experimentarem modelos de regulação legal de drogas, com o objetivo de enfraquecer o poder do crime organizado e preservar a saúde e a segurança de seus cidadãos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse trabalho apontou que a internação forçada está indo de encontro aos direitos à liberdade e à privacidade de usuários de substâncias psicoativas. Reproduz, deste modo, antigas práticas higienistas ocorridas em séculos anteriores, não sendo condizente com os valores atuais da atenção psicossocial e, tampouco, com os saberes científicos sobre uso de drogas acumulados, principalmente, a partir da segunda metade do século XX.

Constatou-se que a maioria dos que usam crack nas ruas está em situação de grande vulnerabilidade social, denunciando o uso dessa substância enquanto reflexo das desigualdades sociais, da corrupção política, das precárias infraestruturas das cidades e do descaso das autoridades com a educação, saúde e segurança. Do ponto de vista do psiquismo, para quem já está morto socialmente ou para quem é, de fato, invisível-excluído, este pode ser um sintoma de quem está lutando para se manter vivo ou se adequar à existência social.

Notou-se que as comunidades terapêuticas, do modo como estão estruturadas, têm um potencial terapêutico de pouca efetividade, pois carecem, em número suficiente e em qualidade, de profissionais capazes de realizarem atendimentos adequados. Em sua maioria, a orientação de suas práticas de cuidado tem sido baseada em preceitos moralistas de base religiosa e os recursos públicos pleiteados por estas iniciativas

privadas deslocam parte do financiamento que poderia ser destinado, por exemplo, a serviços especializados públicos, como os CAPS-AD.

Finalmente, esse trabalho recomenda implantar espaços para uso seguro de crack e outras drogas no contexto brasileiro, bem como mudar o cenário político para uma postura bem menos repressora e deslocada do eixo criminal. Sugere, portanto, a regulação do mercado de psicoativos, como a maconha e a cocaína, e maiores investimentos em programas de redução de danos, educação em saúde e inclusão social.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDER, B. et al. Effect of early and later colony housing on oral ingestion of morphine in rats. *Pharmacology Biochemistry & Behavior*, v. 15, n. 4, p. 571-576, 1981. Disponível em: <<http://www.brucekalexander.com/pdf/Rat%20Park%201981%20PB&B.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2018.
- BRASIL. Decreto nº 20.930, de 11 de Janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio de substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 16 jan. 1932. Seção 1, p. 978.
- BRASIL. Decreto nº 24.559, de 3 de julho de 1934. Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 14 jul. 1934. Seção 1, p. 14254.
- BRASIL. Decreto nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, 28 nov. 1938. Seção 1, p. 23843.
- 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, DF, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.
- CALVACANTE, T. Maior pesquisa sobre o crack já feita no mundo mostra o perfil do consumo no Brasil. *FIOCRUZ*, set. 2013. Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil>>. Acesso em: 6 fev. 2018.
- CARNEIRO, L.; RÊGO, M. O crack na perspectiva da religiosidade e da redução de danos. In: NERY FILHO, A. et al. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012.
- CARVALHO, A. M. T. de. Trabalho e higiene mental: processo de produção discursiva do campo no Brasil. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 133-156, jun. 1999.

CASTILHO, Ela W. V. A eficácia invertida da internação involuntária. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012.

COMISSÃO LATINO-AMERICANA SOBRE DROGAS E DEMOCRACIA. *Drogas e democracia: rumo a uma mudança de paradigma*. 2011.

FORTES, H. M. Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 10 , n. 2, p. 321-330, dez. 2010.

FRANÇA, G. L. de. *Internação compulsória do dependente químico: violação do direito de liberdade ou proteção do direito à vida?* 2012. 78 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Direito) – Faculdade de Direito de Presidente Prudente, Presidente Prudente, SP, 2012.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. *Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do país*. 2013a. Disponível em: <http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude_mental/Estimativa_usuarios_crack.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. 2013b. Disponível em: <http://www.mpdf.mp.br/saude/images/saude_mental/Perfil_usuarios_crack.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2018.

GLOBAL COMMISSION ON DRUG POLICY. *Guerra às drogas: relatório da comissão global de políticas sobre drogas*. 2011.

GRUND, J. P. C. *Drug use as a social ritual: functionality, symbolism and determinants of self-regulation*. Thesis (Dissertation) - Institut Voor Verslavingsonderzoek (IVO), Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam, 1993.

GUIMARÃES, A. N. et al. Tratamento em saúde mental no modelo manicomial (1960 a 2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. *Texto e Contexto-Enfermagem*, Florianópolis, SC, v. 22, n. 2, p. 361-369, abr./jun. 2013.

HART, C. L. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*. Tradução Clóvis Marques. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

HEDRICH, D. *European report on drug consumption rooms*. fev. 2004.

LANCETTI, A. Desmistificação da existência de epidemia de álcool e outras drogas e medidas higienistas. In: GRUPO DE TRABALHO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

MACRAE, E. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, 14., 2007, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

- MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (Org.). *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013. (Drogas: clínica e cultura).
- MALHEIRO, L. Tornando-se um usuário de crack. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 79-100.
- MÊNDEZ, J. *Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*. United Nations, Feb. 2013.
- MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 fev. 2018.
- MOREIRA, E. C. Padrões de consumo de crack: comentários sobre seus mitos e verdades. In: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (Org.). *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 87-103. (Drogas: clínica e cultura).
- NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. M.; RIBEIRO, L. A. Is there a crack epidemic among students in Brazil? comments on media and public health issues. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, set. 2012.
- ODA, A. M. G. R.; DELGALARRONDO, P. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. *História, Ciências Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set./dez. 2005.
- OLIVEIRA, C. Eugenizar a alma: a constituição da euphenia no projeto de higiene mental voltado à infância da Liga Brasileira de Higiene Mental. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 627-641, dez. 2011.
- RIO DE JANEIRO (Estado). Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932. Fiscaliza o emprego e o comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 16 jan. 1932. Seção 1, p. 978.
- RELATÓRIO DA COMISSÃO GLOBAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. *Guerra às Drogas*. Global Commission on Drug Policy, 2011.
- SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. L. Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 23-27, abr. 1998.
- SCHATZ, E.; NOUGIER, M. *Drug consumption rooms: evidence and Practice*. London: International Drug Policy Consortaine, June 2012. Disponível em: <<file:///C:/Users/larissa.caroline/Downloads/SSRN-id2184810.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

SCISLESKI, A.; MARASCHIN, C. Internação psiquiátrica e ordem judicial: saberes e poderes sobre adolescentes usuários de drogas ilícitas. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 13, n. 3, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300006>. Acesso em: 6 fev. 2018.

SHANNON, K. et al. Potential community and public health impacts of medically supervised safer smoking facilities for crack cocaine users. *Harm Reduction Journal*, v. 3, n. 1, p. 1-8, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.harmreductionjournal.com/content/3/1/1>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

SILVEIRA, D. Dependência não se resolve por decreto: tendências e debates. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 25 de jun. 2011.

SZASZ, T. S. *The myth of mental illness: foundations of a theory of personal conduct*. New York: Harper Perennial, 2010.

VALENÇA, T. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (Org.). *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 105-134.

WERB, D. et al. Effect of drug law enforcement on drug-related violence: evidence from a scientific review. *International Centre for Science in Drug Policy*, Canada, c2010. Disponível em: <<http://www.countthecosts.org/sites/default/ICSDP-1%20-%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2018.

PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE APRISIONAMENTO PELO ENVOLVIMENTO COM DROGAS

Teresa Paula Costa

Jeane Oliveira

A COMPLEXIDADE SOCIAL E A INVISIBILIDADE FEMININA

A invisibilidade do envolvimento feminino com as drogas é predominante. As funções e os papéis sociais estabelecidos para as mulheres e culturalmente afirmados como incongruentes ao consumo e ao tráfico de drogas potencializa esta realidade. As circunstâncias de ilicitude e transgressão postas e de constrangimento social relacionado evidencia a complexidade para o desvelo das múltiplas repercussões pessoais, sociais e de saúde.

A principal causa do aprisionamento de mulheres decorre de crime por envolvimento com as drogas, principalmente por tráfico, representando o encarceramento de 68%, comparado a 25% dos homens. A população absoluta de encarceradas brasileiras cresceu 567% enquanto que a masculina, 220%, no período de 2010 a 2014. (BRASIL, 2014)

O número de pessoas que apresentam transtornos relacionados ao consumo de drogas aumentou de maneira desproporcional e inédita nos últimos seis anos. A falta de acesso à prestação de cuidados continuados na dependência do uso de drogas alcança mais as mulheres do que os homens apesar de eles consumirem mais. (UNODOC, 2016)

Insurge a necessidade de tornar visível o processo subjetivo decorrente dessa vivência feminina. Subjetivação remete à estruturação psíquica em uma dimensão pessoal imbricada à social através das relações interpessoais vivenciadas em uma cultura. (ELIAS, 1994) A experiência posta da maneira como a pessoa percebeu e interpretou, rerepresentando-a por meio do discurso, possibilita ter acesso à experiência do outro de modo indireto através de narrativas. (SILVA; TRENTINI, 2002) As narrativas possibilitam apreensões de uma realidade em um momento determinado e, so-

bretudo, reinterpretações que conferem novos sentidos a acontecimentos passados. (CARVALHO, 2010)

Parte do inconsciente humano consiste em uma profusão de pensamentos, imagens e impressões (percepções sensoriais) que influenciam bastante na maneira como se reage. Essa dinâmica acontece diferentemente para cada ser, de modo que, em uma mesma cultura ou mesmo nível social, têm-se sentidos diferenciados de uma palavra, gesto ou imagem.

O motivo destas variações é que uma noção geral é recebida num contexto individual, particular e, portanto, é também compreendida e aplicada de um modo individual particular. As diferenças de sentido são maiores, naturalmente quando as pessoas têm experiências sociais, políticas, religiosas ou psicológicas de nível desigual. (JUNG, 1964, p. 41)

PERCURSOS DA EXPRESSÃO E ANÁLISE SIMBÓLICAS

Os dados apresentados neste trabalho são oriundos de uma pesquisa qualitativa realizada com 26 mulheres aprisionadas por tráfico de drogas, em uma instituição penitenciária feminina localizada no município de Salvador, no período de julho a setembro de 2011. Neste período, a instituição contava com 152 internas, das quais 92 estavam aprisionadas pelo Artigo 33 do Código Penal Brasileiro ou qualquer outra infração relacionada ao fenômeno das drogas. Dentre estas, foi considerada a condição de saúde mental indicada pela equipe de saúde da unidade e a disposição para participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme normas estabelecidas pela resolução que trata das questões éticas relacionadas com pesquisa em seres humanos, em vigor na época. (BRASIL, 2014)

Situações comuns ao contexto prisional (rebeliões, greves, mutirão da justiça) e o tempo limitado para desenvolvimento da pesquisa foram definidores do número de participantes. Dentre as investigadas, nove manifestaram reconhecimento sobre a relação da experiência de aprisionamento pelo envolvimento com as drogas com a própria vida, fazendo referências subjetivas às dimensões de relações interpessoais.

As participantes tinham idade entre 25 a 50 anos, possuíam baixo nível de escolaridade e renda. Declararam estar solteiras e serem de cor parda. Todas tinham filhos e moravam em bairros periféricos de Salvador ou no interior do estado da Bahia. Antes do aprisionamento,

exerciam a função de chefe de família, embora a maior parte estivesse desempregada e/ou exercendo atividades de baixa remuneração.

Para apreensão dos dados foi aplicada a técnica projetiva desenho estória com tema. Trata-se de uma técnica oriunda da psicologia clínica, desenvolvida por Aiello-Vaisberg (1997) a partir do procedimento de Desenho-Estórias criado por Valter Trinca (1976). É recomendada para explorar conteúdos de indivíduos ou grupos que vivem em situações problemáticas ou que dificultem a expressão do sujeito possibilitando expressão de crenças, valores e emoções de forma mais espontânea. (CARVALHO, 2010)

Para a sua aplicação foram dispostos sobre uma mesa, em sala privativa, os seguintes materiais: papel em branco sem pauta em tamanho A4, lápis grafite, lápis de cores diversas, borracha e caneta. Os desenhos foram elaborados tendo “O que representa a droga atualmente para você?” como questão norteadora. Feito o desenho, solicitou-se que o mesmo fosse associado a uma estória e que esta tivesse um título, conforme orientação de Coutinho, Nóbrega e Catão (2003).

O desenhar é definido como a seleção de elementos e símbolos que integram a realidade de vida e a representação de mundo, jamais sendo apenas uma mera resposta a uma solicitação feita. Nesse contexto,

Se a figuração simbólica, ou seja, traz implicados significados e sentidos, esta possibilidade está inexoravelmente articulada à palavra. Portanto o significado da figuração só é possível de ser revelado pela própria palavra daquele que a imagina. Palavras e desenhos entrelaçados expressam a interferência de fatores culturais e sociais, ou seja, circunstanciais a sua acomodação na psique. (AGUIAR, 2004, p. 173)

Definimos símbolo como um termo, um nome ou uma imagem familiar no cotidiano, sendo produto natural e espontâneo com significado evidente e convencional, implicando em algo além de seu significado manifesto, aparente e óbvio. (JUNG; FRANZ; HENDERSON, 1964) A definição, explicação ou compreensão integral de um símbolo tem uma dimensão complexa. “Quando a mente explora um símbolo, é conduzida a ideias que estão fora do alcance da nossa razão”. (JUNG; FRANZ; HENDERSON, 1964, p. 24)

Os símbolos são imagens expressadas de conteúdos emocionais e os desenhos são projeções da vida individual, do que é vivenciado, das pessoas com quem se relaciona e de tudo que circunda as experiências de vida. Os símbolos e os desenhos só podem ser compreendidos a partir de sua associação com o sentido individual atribuído aos mesmos.

Um dos maiores perigos das técnicas projetivas reside no não-reconhecimento de que a obra é extremamente individual. Os elementos estéticos, os tons, as cores, o que agrada e desagrade, etc. são fatores subjetivos que cada criador inclui em seus desenhos com toda liberdade. Mas a riqueza de dados encontra-se nos comentários [...] sobre o seu desenho – o que ele retrata e como retrata, o tom afetivo. (AGUIAR, 2004, p. 73)




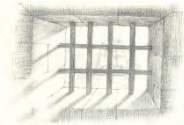
Na análise do material, inicialmente, foi feita a identificação gráfica, em que se observou quais eram os símbolos expressados em cada desenho, registrando a frequência de aparição dos mesmos. Em seguida, procedeu-se à análise dos significados dos símbolos expressados nos desenhos em correlação com as histórias desenvolvidas. Por fim, proferiu-se a leitura em profundidade do conteúdo realizando-se associação analítica entre as histórias, os significados dos símbolos e o grafismo realizado, identificando as emoções expressadas e os elementos compositores de processos de subjetivação da experiência feminina de aprisionamento pelo envolvimento com drogas.

PANORAMA EXPRESSIVO SIMBÓLICO

Verificamos que pessoa humana, casa, prisão e caixão/destruição foram os símbolos com maior aparição gráfica dentre todos, sendo expressos individualmente e em associação entre si. As evidências interpretativas provenientes da análise dos significados dos símbolos, correlacionando o grafismo com o enredo das histórias desenvolvidas estão esboçadas na Figura 1:

Interpretação simbólica

Figura 1 – Evidências interpretativas dos símbolos expressados nos desenhos-estória com tema das nove participantes

SÍMBOLOS	EVIDÊNCIAS DE INTERPRETAÇÃO
<p>Pessoa humana</p> 	<p>Evidência simbólica de centralidade e representação de si própria, expressando relações com a singularidade e com a situação de existência individual.</p>
<p>Casa</p> 	<p>Expressa, em geral, subjetivação com as relações construídas com o meio mais imediato e com a vida doméstica.</p>
<p>Caixão/destruição</p> 	<p>Representações projetivas de finalização, acabamento e morte com emoções associadas de arrependimento e sofrimento.</p>
<p>Prisão</p> 	<p>As grades desenhadas conotam expressão do reconhecimento da situação vivenciada e emoções associadas de contenção e imobilidade.</p>

Fonte: Elaborada pelas autoras.

Os desenhos-estória com tema foram classificados de acordo com semelhanças no grafismo e nas estórias, a partir da frequência de aparição e da interpretação do significado dos símbolos. Verificamos que

todas as participantes se referiram à relação familiar com expressões emocionais diversas relativas à perda, à tristeza, ao arrependimento e à culpa seja pela convivência que deixou de possuir seja pelo sofrimento vivenciado pelos familiares, produzindo uma categoria geral: “distanciamento da família”. Associadas a esta, produzimos as cinco subcategorias de análise seguintes:

... droga como objeto de destruição...

Participante 1: 34 anos, primeiro grau incompleto, dona de casa, solteira, possui dois filhos, de cor autodeclarada preta e sem religião. Desenhou uma mulher chorando e, do lado, escreveu “destruição”. Os símbolos utilizados e o conteúdo da estória expressam sentimentos de solidão e carência afetiva. Ela referiu que, por se sentir abandonada pelo marido e familiares, realizou consumo e comercialização de drogas. Na condição de aprisionada, a referida participante manifesta sentimento de arrependimento e o desejo de não manter o consumo e a comercialização de drogas após sua saída da prisão.

Figura 2 – Desenho-estória da Participante 1



Fonte: Elaborada pelo participante da pesquisa.

Participante 2: 49 anos, primeiro grau completo, autônoma, solteira, tem seis filhos, declarou-se de cor branca e com religião espírita. Desenhou uma pessoa chorando e um caixão com cruz e escreveu estó-

ria em que relata que está “[...] passando por uma experiência que nunca pensei em toda minha vida, estou presa angustiada, triste e sofrendo demais longe de meus familiares e amigos”. Os símbolos e a estória da Participante 2 revelam sentimentos de tristeza, abandono e a representação da droga como agente de destruição: “a droga é realmente uma droga errada e destrói o ser humano”.

Participante 3: 48 anos, primeiro grau completo, dona de casa, em união estável, tem 11 filhos, de cor autodeclarada parda e religião evangélica. Utilizou símbolos de casa, pessoa humana e destruição. Constituiu sua estória escrevendo: “Eu mesma me sinto muito triste por ter meu lar e minha família destruída por causa dessa droga”, expressando sentimentos de tristeza pelo distanciamento da família e pela modificação na convivência familiar.

... estórias em narrativas da comercialização e aprisionamento...

Participante 4: 45 anos, primeiro grau incompleto, dona de casa, solteira, possui nove filhos, de cor autodeclarada parda e religião católica. Expressa fortemente emoções que fazem referência a representações simbólicas de finalização e acabamento. Sua estória é construída como um relato da situação vivenciada no momento do aprisionamento em flagrante:

A estória começa eu feliz na minha casa. Era mês de Natal, meus filhos estavam felizes quando o policial bateu na minha porta perguntando pelo meu filho que morava em cima da minha casa. Eu disse que não sabia. Ele subiu as escadas do meu filho e demorou lá. Minha nora de 14 anos estava sozinha e ela pediu para eu chamar parentes de minha nora. Eu fui! Quando retornei, o policial estava embaixo com a droga na mão dizendo que era do meu filho. Ele me levou junto com a nora para a delegacia. Lá, ele liberou a nora e me trouxe para a nona delegacia e depois para o presídio. Depois disso, houve a destruição da minha casa, houve a separação dos meus filhos e eu estou aqui até hoje.

Participante 5: 28 anos, primeiro grau completo, funcionária de serviços gerais, em união estável, tem três filhos, declarou-se parda e religião do candomblé. Sua estória foi desenvolvida também em formato de narrativa com personagem:

A minha vida desde o dia em que fui aprisionada ficou assim com o meu coração partido. Estava brincando com a minha filha, quando fui surpreendida pela polícia exigindo que abrisse a porta para uma busca e apreensão na minha casa. Daí encontraram 62 pedras de crack no varal da avenida e perguntou quem era responsável e eu me apresentei, daí me deram o flagrante! Desde esse dia me encontro presa e perdi a guarda da minha filha.

A outra história desta subcategoria foi realizada pela Participante 6: 30 anos, primeiro grau incompleto, vendedora ambulante, solteira, três filhos, que se declarou de cor negra e religião católica:

Tudo começou quando uma amiga falou para mim: C [nome da participante], porque você não pega 50g de pedra que custa R\$1.000,00 e faz R\$2.000,00. R\$1.000,00 é seu e R\$1.000,00 é o pagamento. Com menos de R\$1.000,00 você pega 25g e coloca sua própria guia. Ai eu fiz. Depois disso, eu peguei 50g de pó e embalei e comecei a vender no Barradão junto com a cerveja e daí sucessivamente.

... estórias em narrativas com personagens...

Participante 7: 27 anos, primeiro grau incompleto, balconista, solteira, tem dois filhos, declarou-se de cor parda e religião evangélica. Utilizou os símbolos de caixão e de pessoa humana para expressar seus sentimentos em relação ao seu envolvimento com as drogas. Na sua história ela relata: “Essa história começa com uma garota jovem que se envolve com o cara errado que acabou cometendo atos que ela não pode voltar atrás [...] ela acabou perdendo a vida sem ter direito a uma segunda chance”. Sua história reproduz o papel de coadjuvante da mulher no envolvimento com o tráfico em relação com uma pessoa do sexo oposto na condição de influenciador. Ressalta, ainda, o distanciamento dos filhos e da família como uma das consequências pelo seu envolvimento com as drogas. Manifesta gratidão por ainda estar viva.

Participante 8: 45 anos, terceiro grau incompleto, servidora pública (atendente), divorciada, com dois filhos, declarou-se de cor parda e religião católica. Sua história é uma narração de uma história fictícia e descritiva do desenho realizado:

Maria foi seduzida pelo mundo das drogas, perdeu praticamente tudo que possuía, foi presa e foi dada a oportunidade para ela voltar a seu lar, para o seio de sua família e buscar ajuda espiritual na igreja de sua comunidade. Porém, caso não aceitasse, seu caminho era a morte. Pois a droga nada mais é do que um caminho que se não souber aproveitar a oportunidade que foi dada leva a morte.

... vivacidade e opacidade expressiva...

O desenho da Participante 6 com expressão dos símbolos pessoa humana, casa e caixão/destruição em associação foi realizado utilizando cores diferentes – verde, azul, preto e vermelho. Além desses símbolos, utilizou árvore com frutos e chão com raízes ampliando análises interpretativas na associação com os citados anteriormente. “Hoje eu me sinto muito triste

por não estar perto de meus filhos, fazendo as atividades que tínhamos costume de fazer e principalmente dar um beijo de boa noite e levar à escola”.

Figura 3 – Desenho-estória da Participante 6



Fonte: Elaborada pelo participante da pesquisa.

O desenho de Participante 8 teve a utilização das cores azul, verde, vermelho, rosa, laranja e marrom. Ela inseriu nele os quatro símbolos mais frequentes e, além destes, igreja e céu.

9: 32 anos, segundo grau completo, secretária, solteira, tem dois filhos, de cor autodeclarada parda e religião evangélica. Ela escreveu: “*Assim que eu for embora será tudo diferente, tudo se fará novo na minha vida*”. Ocorre expressão de tristeza, arrependimento, valorização materna e sofrimento em relação à família, no entanto, o seu processo subjetivo é direcionado ao enfrentamento da realidade de aprisionamento. “*As grades me fizeram chorar, mas me ensinou a dar o real valor a minha mãe. Sei o quanto ela está sofrendo por mim!*”. Desenhou grades e, ao lado delas, duas mulheres identificadas “mãe” e “eu” e entre elas um coração escrito dentro “amor mãe”.

A Participante 4 também traz no enredo de sua estória evidências de esperança e perspectivas de vida nos trechos: “*foi dada a oportunidade*” e “*a droga nada mais é do que um caminho que se não souber aproveitar a oportunidade que foi dada leva a morte*”.

A COMPLEXIDADE SIMBÓLICA E A VISIBILIDADE SUBJETIVA FEMININA

Encontramos que a relação com a família ocupa a centralidade subjetiva para mulheres que experienciam aprisionamento por envolvimento com as drogas. A família pode ser concebida como uma comunidade, ocasionando sentido de pertença, fundamentando subjetividades e ordenando as interações sociais de seus membros a partir de seu funcionamento, uma organização com papel fundamental de estruturação psíquica de seus elementos e função ideológica potente na reprodução dos modos de vida. (DIAMANTINO, 2010)

Todas as participantes referiram contextos de fragilização emocional, expressando, diferentemente, sentimentos de carência afetiva, solidão, arrependimento, valorização materna, abandono, saudade e tristeza, com reconhecimento das consequências de perda da convivência, da distância e do afastamento dos familiares. As relações construídas com o meio mais imediato e com a vida doméstica ocupam relevância e sua falta produz sofrimento.

O impacto na estrutura subjetiva de uma mulher inserida em uma sociedade em que as questões de gênero e poder que permeiam o cotidiano das relações sociais demarcam desigualdades entre as pessoas é inevitável quando ela realiza envolvimento com as drogas. Existe discriminação social pelo consumo e, mais ainda, pela comercialização, proveniente da sociedade em geral, incluindo profissionais de saúde e ressaltando-se a mídia em sua produção e reprodução. (OLIVEIRA, 2008)

Esse contexto circunscreve outro resultado predominante nos desenhos-estória com tema: uma estruturação discursiva que faz referências à representação da droga como agente de destruição do ser humano e da vida e ao envolvimento com ela como finalização e acabamento da vida ou de si, sustentando-se em emoções de arrependimento e culpa. Ocorre a utilização de recurso subjetivo de justificar o envolvimento e a situação de aprisionamento em elemento externo.

Algumas mulheres entrevistadas se reconhecem agentes, assumindo a implicação pessoal no ato de comercializar, demonstrando ponderação quanto aos riscos associados a essa prática ilícita enquanto outras apresentaram dificuldade de assunção da responsabilidade e das consequências produzidas pelos seus atos. Inferimos a dificuldade de enfrentar a realidade e a existência de sofrimento. Outras participantes expressaram processo de rememoração constante do momento vivenciado de flagrante prisional, representando uma paralização afetiva traumática e circulante.

A decisão de abandonar o tráfico e o consumo é influenciada pela distância, pelo abandono e pelo risco que envolve os filhos e os familiares em função da atividade exercida, evidenciando mudanças e planejamentos de vida. (BARCINSKI, 2009) Nos desenhos-estória das participantes a expressão do sentimento de esperança e o desejo da aquisição de vida nova e diferente evidencia um processo subjetivo direcionado ao enfrentamento da realidade de aprisionamento.

Defendemos a ideia de que o cumprimento da pena tenha a constância da presença familiar, além da prestação de serviços em relação social, na direção de gerar maior restituição subjetiva para enfrentamento da situação vivenciada, de reconstrução de perspectivas de vida e diminuição de reincidência. Os sistemas de justiça penal são sobrecarregados com o uso excessivo da pena de prisão por crimes relacionados às drogas de natureza menor produzindo ineficácia na redução da reincidência e da penalidade de crimes mais graves.

A taxa de mortalidade por overdose entre egressos que recentemente saíram do sistema prisional é bem mais alta em comparação com a população em geral. (UNODOC, 2016) Este panorama requer mudanças e apostamos nelas através do reconhecimento necessário da dimensão psíquica e na produção de ações para seu fortalecimento.

De acordo com Aguiar (2004), o uso de cores nos desenhos aponta o grau de vivacidade. Nessa perspectiva, cores vibrantes expressam vida e energia na situação que a pessoa vive no momento, enquanto cores escuras representam esvaziamento afetivo e desvitalização. Ao conside-

rar que, na maioria dos desenhos, houve predominância do emprego de poucas cores e da utilização de cores escuras, fica evidente a fragilidade emocional das participantes com traços expressivos de frágil integração e organização subjetiva, com referências emocionais a representações simbólicas de finalização e acabamento.

Entretanto, dois desenhos demonstraram profunda riqueza simbólica e subjetiva além de integração expressiva devido à utilização de várias cores, demonstrando existência e preservação de vitalidade e energia mesmo encontrando-se em sofrimento. Estes demonstraram significativa centralidade subjetiva e a importância da família na vida, indicando como esta as nutre, fortalece e dá sustentação emocional e identitária, gerando reflexões a respeito da impossibilidade de condicionar a situação de aprisionamento a emoções ruins ou a um estado subjetivo desintegrado.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, E. *Desenho livre infantil: leituras fenomenológicas*. Rio de Janeiro: E-Papers, 2004.

AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Investigação de representações sociais. In: TRINCA, W. (Org.). *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimento de desenhos-estórias: procedimentos de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor, 1997. p. 255-288.

BARCINSKI, M. Centralidade de gênero no processo de construção da identidade de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, p. 1843-1853, 2009.

BARCINSKI, M. Mulheres no tráfico de drogas: a criminalidade como estratégia de saída da invisibilidade social feminina. *Contextos Clínicos*, Porto Alegre, v. 5, n. 1, jan./jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Justiça. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias InfoPen Mulheres*. 2014. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/noticias/estudo-traca-perfil-da-populacao-penitenciaria-feminina-no-brasil/relatorio-infopen-mulheres.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

CARVALHO, E. S. de S. *Viver a sexualidade com o corpo ferido: representações de mulheres e homens*. 2010. 225 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

CARLINI, E. L. de A. et al. *VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública*

e privada de ensino nas 27 Capitais Brasileiras 2010. São Paulo: SENAD, Brasília, DF, 2010.

COUTINHO, M. da P. L. *Representações sociais e práticas de pesquisa*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2005.

COUTINHO, M. da P. de L.; NÓBREGA, S. M. da; CATÃO, M. de F. F. M. Contribuições teórico-metodológicas acerca do uso dos instrumentos projetivos no campo das representações sociais. In: COUTINHO, M. da P. de L. (Org.). *Representações sociais: abordagem interdisciplinar*. João Pessoa: Ed. UFPB, 2003. p. 50-66.

DIAMANTINO, R. M. *“Internar ou cuidar”*: investigando as dinâmicas familiares no contexto da reforma psiquiátrica em Salvador. 2010. 245f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010. Disponível em: <https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/rui_diamantino.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.

ELIAS, N. *A sociedade dos indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

JUNG, C. G.; FRANZ, M. L. V.; HENDERSON, J. *O homem e seus símbolos*. 15. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1964.

OLIVEIRA, J. F. de. *(In)visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde pública num contexto assistencial: uma abordagem de gênero*. 2008. 187 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2008.

SILVA, D. G. V; TRENTINI, M. Narrativas como técnica de pesquisa em enfermagem. *Rev Latino-am. Enfermagem*, v. 10, n. 3, p. 423-432. maio/jun. 2002.

TRINCA, W. *Investigação clínica da personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Belo Horizonte: Interlivros, 1976.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. *Relatório Mundial sobre Drogas 2016*. New York, 2016. Disponível em: <<https://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>>. Acesso em: 4 set. 2013.

QUANDO O OBJETO SE SOBREPÕE, ONDE ESTÁ A GRAÇA? CONSIDERAÇÕES SOBRE UM COMERCIAL DE TELEVISÃO E O ABUSO DE ÁLCOOL

Sueli Santos Arão de Oliveira

“É impossível encarar a própria morte objetivamente e assoviar ao mesmo tempo”.

Woody Allen (1998, p. 61)

INTRODUÇÃO

Ao longo do processo civilizatório, a relação dos humanos com objetos de consumo se constituiu de diversos modos. Desde períodos muito antigos nos quais a autossuficiência econômica e o comunismo primitivo predominavam, até os dias atuais – em que a relação de consumo se mostra extremamente enfatizada e com finalidade em si mesma – sempre houve a presença de alguma estratégia que valorizasse os objetos, dando-lhes a visibilidade necessária para que fossem adquiridos pelas pessoas. Neste sentido pode-se pensar que o *marketing*, enquanto estratégia utilizada para favorecer a troca e a venda de produtos para consumo, está presente nos mais diversos períodos da história ao lado da necessidade humana de consumo desses produtos.

A bebida alcoólica, que tem seus primeiros registros encontrados por volta de 3 mil a.C. (BERTONI, 2007) é um desses objetos que acompanha o homem ao longo de seu processo civilizatório. Em sua história, as bebidas fermentadas (vinho e cerveja) se apresentam como tipos mais antigos e, muitas propriedades foram atribuídas a esses produtos, tais como: alimento, bebida divina, remédio poderoso. (GUARINELLO, 2008) Sobre as inúmeras significações que existiram e existem em torno do álcool e sua variabilidade, de acordo com as idiossincrasias culturais, Carneiro (2010, p. 241) aponta:

As bebidas cumprem diversos papéis na ‘construção do mundo como ele é’, ao servirem como mercadores de identidades e limites de inclusão/exclusão social. Isto se verifica desde o seu papel ritual na transição do trabalho para o lazer até na constituição de ‘rotuladores’ sociais (por exemplo, no conhecimento de vinhos como um indicador de excelência social). A bebida ou a marca que se bebe define a camada social a que pertence a pessoa.

Segundo Trad (2004), uma vez reconhecidas enquanto mercadorias, as substâncias psicoativas, dentre elas o álcool, passaram a fazer parte da engrenagem da sociedade de consumo. O produto alcoólico, portanto, passa a ser exibido e consumido obedecendo à lógica de mercado vigente na qual a publicidade tem papel fundamental. É a estratégia responsável pela exibição e apresentação dos objetos a serem consumidos.

Apesar da dificuldade de diferenciar publicidade e propaganda, Muniz ([201-]) diz que esta última é a difusão de valores, ideologias, a exemplo de propagandas eleitorais e religiosas que criam seguidores, enquanto a publicidade está diretamente ligada ao comércio de produtos e serviços, principalmente pela manipulação de ações, através de símbolos e representações que gerem ações coletivas.

Neste trabalho, será utilizada a expressão “comercial” para designar uma peça publicitária específica do produto alcoólico. O objetivo do uso desse termo é destacar a relação de consumo estabelecida entre um tipo específico de bebedor e a bebida. Além disso, importa ressaltar o poder persuasivo da publicidade, pois, não basta tornar o objeto público, é necessário convencer o consumidor a comprá-lo e, ainda mais, vale persuadir o público-alvo na seguinte direção: consuma-o, independentemente de suas consequências.

Para tanto, este artigo tece considerações sobre um comercial de cerveja veiculado na televisão brasileira e em um canal de vídeos da internet, no ano de 2012, utilizando essa peça publicitária para ilustrar os pontos citados acima. Destaca elementos desse comercial que exhibe, de forma direta, um padrão de uso que ignora os riscos, caracterizados pela banalização da morte, o rechaço à sexualidade e a primazia do produto na economia libidinal do bebedor.

Será feito um percurso histórico sobre o *marketing*, com o objetivo de examinar o lugar que os objetos, dentre eles, o álcool, ocupavam e ocupam na vida do homem e de que forma o marketing está inserido neste processo. Além disso, considera esse comercial como exemplo primoroso em relação ao que a sociedade de consumo atual pretende: a extrema exaltação do objeto, em detrimento do sujeito, o que, para alguns

autores que se debruçam sobre a clínica das toxicomanias, configura sua montagem ideal.

SOBRE O MARKETING E SEU LUGAR ESTRATÉGICO

A prática humana da simples troca de objetos surge por volta de 4 mil anos a.C, quando o tipo de economia vigente se caracterizava pela descoberta do princípio da especialização. Tribos e famílias começam a produzir de forma excedente produtos de suas maiores habilidades. No entanto, os primeiros registros da utilização de propagandas datam, aproximadamente, do século VIII a.C. Nesta época, apesar de a propaganda oral ser a mais recorrente, já eram utilizadas tabuletas para divulgar lutas, venda de escravos, animais, além de outros produtos e eventos. O objetivo desta estratégia era chamar a atenção das pessoas para as características e para os atributos daquilo que era divulgado.

O homem, ainda que de forma rudimentar, começava a dar visibilidade aos seus produtos, em meio a outros vendedores, delineando o início de um caminho na história do *marketing*. Neste período, essa estratégia teve caráter primeiramente informativo, mas de alguma forma também persuasivo, quando atribuiu ao produto algumas características e/ou funções (MUNIZ, [201-]) atraindo pessoas para a aquisição de tal objeto.

O dinheiro já existia na Idade Média, sem tanta relevância, mas concorrendo com autossuficiência e com o excedente de mercado. Com as Cruzadas, ocorre um impulso no comércio e na diversificação de mercadorias. No entanto, foram as grandes feiras deste período que colocaram a monetarização em novo patamar. (HUBERMAN, 1981) O comércio passa a se preocupar com a lei da oferta e da demanda e objetos, antes desconhecidos, ganham o potencial de estimular o consumo, na medida em que valores como “novo” e “diferente” são agregados a esses produtos.

O mercantilismo marca a intensificação do comércio, a circulação de mercadorias, moeda/metals. Especiarias chegam do “Novo Mundo” anunciadas como emissárias de um “lugar especial”, “longe”, “exótico”, “poderoso”, “fantástico”, conferindo atributos de distinção aos seus consumidores. Neste período, surge uma relação particular entre sujeito e objeto que perdura até os dias atuais. Pode-se dizer que este é, de fato, o primeiro registro do consumo que não tinha como objetivo apenas o usufruto do produto, característico da autossuficiência econômica.

Segundo Huberman (1981), os recursos arrecadados e acumulados no mercantilismo viriam a se tornar o alicerce do desenvolvimento industrial dos séculos XVII e XVIII, com o surgimento da figura do capitalista. No bojo das disparidades e descontentamentos com os efeitos do mercantilismo na vida da população, o século XVIII foi marcado por revoltas e pela ascensão de ideais liberais. Com a expansão máxima dos mercados consumidores e da divisão do trabalho, inaugura-se o sistema de produção capitalista que, junto com a Revolução Industrial, muda radicalmente a forma como homem se relaciona com os objetos. Eric Hobsbawn (1979 apud LUCCHESI, 2010, p. 8) aponta característica desse processo:

[...] rápido crescimento da população mundial, melhoria dos meios de transporte e comunicação, desenvolvimento das grandes cidades, afastamento das nações em relação à auto-suficiência econômica, caminhando na direção da especialização econômica e a acumulação de riqueza.

O modelo de produção capitalista possibilitou a expansão globalizada do comércio, apesar de gerar instabilidade nas relações de trabalho e de exercer forte influência sobre o consumo. (TRAD, 2004) Para Marx (1998 apud MONTEIRO, 2012), a relação das pessoas com as mercadorias muda completamente e o que antes era representado estritamente pelo Valor de Uso,¹ passa a se embasar, prioritariamente, na função da agregação de valor.

Para Goes (2008 apud MONTEIRO, 2012), dentro desse modelo, a mercadoria é colocada no lugar de objeto externo que, por suas propriedades verificadas ou anunciadas, satisfariam necessidades concretas ou criadas, por exemplo, através das ações de *marketing*. Com o objetivo de que estes produtos fossem consumidos na mesma proporção em que passaram a ser produzidos, observou-se que seria necessário o aprimoramento de técnicas que dessem vazão a esta oferta. Para tanto, a técnica publicitária passa por algumas transformações no decorrer da história e seu último estágio, de acordo com Muniz ([201-]), contempla a concepção de que “[...] a publicidade atua sobre as motivações inconscientes do público, obrigando-o a tomar atitudes e levando-o a determinadas ações”.

Laranjeira (1997), afirma que o álcool, até a Revolução Industrial, era produzido de forma artesanal e utilizado principalmente como ali-

1 Monteiro (2012) descreve esse conceito como o que é determinado pela utilidade que uma mercadoria tem para alguém e sua noção está, necessariamente, implicada com o ato do consumo, entendido aqui como o usufruto possibilitado por uma mercadoria.

mento. A partir desse marco, ocorre uma mudança significativa nas grandes concentrações urbanas que geram mudanças no perfil das relações sociais. A mercadoria alcoólica é influenciada pelos desdobramentos desse período e passa a ser divulgada e propagada, obedecendo à lógica de mercado capitalista: quanto maior o volume de produção, maior a redução de custos e maior o acesso ao produto. Sua veiculação nos meios de comunicação de massa se consolida, seu preço cai e, com isso, a bebida se torna um produto mais disponível a todas as classes sociais. Para exemplificar essa mudança e o lugar que as substâncias psicoativas passam a ter durante e depois da Revolução Industrial, Martins e MacRae (2010, p. 21) esclarecem:

[...] Intelectuais buscavam inspirações e transcendência através do uso de ópio e haxixe, enquanto membros de classes sociais menos favorecidas e mais expostas às mazelas da Revolução Industrial recorriam às bebidas alcoólicas e a medicamentos baratos à base de ópio e cocaína, para enfrentar sua dura realidade.

Nessa lógica, o consumidor é parte fundamental deste sistema e a publicidade do tipo comercial se faz como um meio de comunicação que acaba por instigar o público ao consumo e à possibilidade de adquirir novas invenções. Além disto, o verbo “descartar” se torna comum e, assim como a nova conformação social gera populações excluídas, à margem – que, segundo Rodrigues (2008) representam o refugio social, o descartável – a relação com os objetos de consumo exhibe uma analogia a este processo. Para Betts (2004, p. 79):

O que está em jogo no discurso do capitalista é o superego enquanto imperativo de gozo sob três formas: acumula! (goza da acumulação do capital); o que dá a entender um segundo imperativo, endereçado a quem trabalha, inclusive o capitalista: trabalha! (goza, sobre do excesso de trabalho); e há um terceiro imperativo de gozo: consuma e consuma-se no processo, intoxique-se!

O homem de hoje é convocado a deixar de lado suas dores, angústias e tristezas, descartando-as, como se assim fosse possível. Há uma ênfase constante dada à possibilidade da eterna felicidade na qual a falta não é permitida. Neste sentido, a escolha não é por abrir mão, mas sim agregar tudo que for possível, porque o sujeito de hoje não se permite deparar com a possibilidade de perda. (BAUMAN, 1998)

Portanto, para ilustrar o imperativo de consumo que tenta dar conta do impossível da felicidade intrínseco ao indivíduo, uma peça publicitária tipo comercial de televisão será descrita e analisada. Esta aná-

lise terá um fundamento psicanalítico, o que favorece o reconhecimento de elementos peculiares ao humano.

DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO COMERCIAL

O comercial publicitário escolhido para ilustrar esse trabalho foi ao ar em 2012, com duração de apenas 30 segundos. Exibindo quatro homens, aparentemente adultos jovens, sentados em uma praia, lado a lado e em um dia ensolarado. Suas vestimentas de praia são diferentes entre si e um dos rapazes está de óculos com os pés em cima de uma caixa térmica fechada, de cor laranja. A logomarca da cerveja está estampada em uma das laterais da caixa. Há uma referência forte à passagem do tempo, indicada pela alteração dia/noite, mudança de clima e, enfim, o envelhecimento dos personagens, que passam a ser representados por esqueletos humanos. O local continua o mesmo e, apesar da passagem de tempo, o grupo de rapazes continua no mesmo lugar, nas mesmas posições.

Durante todo o comercial, as latas de cerveja se mantêm nas mãos dos personagens. Alguns objetos desaparecem ou sucumbem ao tempo, mas a caixa e as latas de cerveja são os únicos objetos que não sofrem quase nenhuma modificação com o passar do tempo. A montagem da propaganda segue um padrão de cor laranja que é uma das características do produto ofertado. Camisas, boné, cadeiras, caixa de cerveja, o biquíni da mulher, a roupa do salva-vidas, sombreros etc. seguem este padrão.

Os personagens falam apenas em dois momentos. No primeiro, um deles equipara a bebida ao sol: “solzão”; e outro diz: “*cervejão*”. No segundo momento, uma mulher sai do mar de biquíni e um dos personagens, agora já com aparência de esqueleto humano, dispara: “*Ô brother, olha só que gata!*”, imediatamente após, o outro retruca: “*Iiii, só pele e osso!*” e olha para os demais. Todos se entreolham e gargalham!

Também é possível identificar nesse comercial a mensagem que objetiva influenciar o consumidor ao uso abusivo do produto, pois associa a felicidade da vida eterna ao uso ininterrupto do álcool. A mensagem teria, portanto, um efeito oposto ao preconizado pelo *marketing*, na medida em que aponta para a morte, mas a ignora. Entretanto, este dado é veiculado de modo secundário e até mesmo disfarçado pelo humor do comercial.

Para Freud (1969), a função do humor está relacionada aos processos de defesa aos desprazeres próprios da vida humana. No caso desse comercial, as consequências desprazerosas do uso toxicomaniaco de álcool são quase que ignoradas, apesar de estarem explicitamente ali apresentadas. O humor enquanto defesa é esclarecido por Freud (1969, p. 153):

Obteremos alguma informação sobre o deslocamento humorístico se o encaramos à luz de um processo defensivo. Os processos defensivos são os correlativos psíquicos de um reflexo de fuga e realizam a tarefa de impedir a geração do desprazer a partir de fontes internas. Ao cumprir esta tarefa servem aos eventos mentais como uma espécie de regulação automática, que no fim, incidentalmente, torna-se prejudicial e tem que ser sujeitada ao pensamento consciente. Indiquei uma forma particular dessa defesa, a repressão fracassada, como o mecanismo operativo do desenvolvimento das psiconeuroses. O humor pode ser considerado como o mais alto desses processos defensivos. Ele desdenha retirar da atenção consciente o conteúdo ideacional que porta o afeto doloroso, tal como o faz a repressão, e assim domina o automatismo da defesa. Realiza isto descobrindo os meios de retirar energia da liberação de desprazer, já em preparação, transformando-o pela descarga em prazer. [...] A exaltação do ego, que o deslocamento humorístico testemunha, e cuja tradução inegavelmente seria 'sou grande demais (ou bom demais) para ser atingido por essas coisas', pode se derivar da comparação do ego atual com o infantil. Tal concepção é, até certo ponto, apoiada pela parte desempenhada pelo infantil nos processos neuróticos de repressão.

O material em questão apresenta propriedades de um uso de álcool que perpassa o tempo, sem que sofra alterações. Contudo, é um uso que prescindir das relações com o outro. Praticamente tudo o que poderia ser vivido por essas pessoas fica de fora. Mantém-se apenas a relação no grupo, que também parece precária. Além disto, é um comercial que sugere a promessa da eterna felicidade, ao exibir esqueletos humanos que falam e sorriem, servindo-se da fantasia humana da imortalidade. Ao trabalhar toxicomania e publicidade, Melman (2000, p. 94) esclarece:

[...] o que se chama para nós 'a sociedade de consumo' repousa sobre um ideal, mas ignora que este ideal é o toxicômano que o realiza. Com efeito, o sonho de todo publicitário, de todo fabricante é de realizar o objeto do qual ninguém poderia mais passar sem; objeto que teria qualidades tais que apaziguaria, ao mesmo tempo, as necessidades e os desejos, que necessitaria de uma renovação permanente, uma perfeita dependência.

A constituição de grupo e a ocorrência de efeitos de massa foram abordadas por Freud (1980) em *Psicologia das massas e análise do eu*. Nas massas, as singularidades dos indivíduos se perdem em favor de uma unidade coletiva vinculada a um ideal único. Os comportamentos dos integrantes, portanto, são orientados pela identificação a esse ideal de Eu emergente da dinâmica grupal, ideal este passível de dependência a um líder ou causa comum, no caso, o uso abusivo da bebida alcoólica.

Um dos personagens se mostra como porta-voz do grupo, reproduzindo, de modo imperativo, a condição na qual todos ficarão sem que haja, por parte dos outros rapazes, qualquer questionamento a este imperativo. Associado a isso, esse personagem se coloca como um guardião do produto: a caixa térmica com as cervejas está com ele; as pernas que descansam sobre a caixa são as dele.

Quanto ao campo do sexual, o comercial exibe um integrante do grupo se referindo a uma mulher de biquíni, saindo do mar e exibindo estética corporal condizente com modelo de beleza vendido na atualidade: “*Ô brother, olha só que gata!*”. No entanto, o porta-voz remonta a homeostase do grupo, ridicularizando a mulher: “*Iiii, só pele e osso!*”. A figura do feminino, representante do campo do sexual, é claramente rechaçada.

A morte (na forma das caveiras) e o campo do sexual são conteúdos que aparecem no referido comercial de forma, no mínimo, curiosa. São elementos apresentados como que deslocados e esvaziados de seus significados mais aparentes, indicando ao consumidor bebedor que o uso do produto veiculado será capaz de deixá-lo imune aos conflitos inerentes ao humano. Roudinesco (2000, p. 19) aponta essa tendência humana, exemplificando-a com o que ela denomina de estado depressivo:

a concepção freudiana de um sujeito do inconsciente, consciente de sua liberdade, mas atormentado pelo sexo, pela morte e pela proibição, foi substituída pela concepção mais psicológica de um indivíduo depressivo, que foge do seu inconsciente e está preocupado em retirar de si a essência de todo conflito.

A morte, banalizada através da sobrevivência do humano em forma de caveira, não representa o limite do humano. Pelo contrário, prescinde-o, associando o uso da bebida alcoólica à imortalidade, à promessa de felicidade eterna. Nesta passagem, o objeto se sobrepõe e supera o consumidor, já que são os objetos que compõem a cena que permanecem praticamente intactos. Quanto aos personagens, quase tudo deixa

de existir, principalmente a sua condição de sujeito. Todo o interesse está voltado para o consumir.

Freud (1980) afirma que, dentre outros efeitos da civilização, a insatisfação própria aos relacionamentos monogâmicos surge a partir do conflito entre duas correntes libidinais. Ilustrou, nesse trabalho, a aderência do bebedor à bebida com sua parcela de satisfação sexual à embriaguez, a um tipo específico de bebida, no caso, o vinho. Nesse caso, seria desnecessário permutar e desvalorizar certos objetos para encontrar repetidamente a satisfação. Haveria, portanto, a ilusão de uma união plena e harmoniosa entre o bebedor e sua bebida de eleição. Contudo, Freud (1980) também enfatiza a importância da manutenção do desencontro com a satisfação plena relacionada a um objeto privilegiado. Para o autor, o progresso da humanidade está diretamente ligado a esse desencontro.

O rechaço à sexualidade, realizado pelo grupo de bebedores fiéis, demonstra uma via da relação que os indivíduos podem estabelecer com os objetos de satisfação dos impulsos sexuais. Esses demandam uma bifurcação entre os impulsos afetuosos e os sensuais, a fim de dirimir a incidência das questões incestuosas recalcadas. Uma das saídas observadas por Freud (1980) para esse impasse é a depreciação do objeto, notadamente a mulher que, para alguns homens, se aparentaria como possível destinatária de toda a sua potência sexual (quando desvalorizadas) em comparação ao objeto para sempre perdido do incesto.

Portanto, vale ressaltar que esse comercial apresenta elementos que, reunidos em uma mesma peça publicitária, explicitam o dito mais comum da atualidade: consuma! E como se isto não bastasse, consuma sem limites!

CONSIDERAÇÕES

O material publicitário explorado neste trabalho vende a promessa da eterna felicidade como se fosse possível tamanha façanha, ilustrando, de forma clara, o que o discurso do capitalismo e da ciência pretendem, incessantemente. As questões de ordem subjetiva ficam de lado e a medicalização do sofrimento impera. A lógica utilizada para dar ênfase ao consumo do produto se sustenta de forma persuasiva, desconsiderando toda a repercussão do padrão abusivo do uso de álcool. Interessa vender e, se este objetivo é alcançado, nada mais cabe à indústria da cerveja e/ou à indústria midiática. Seus papéis estão cumpridos e todas

as responsabilidades éticas e de cuidados com a saúde física e psíquica dos compradores não lhes interessa.

Nos últimos anos, os comerciais de cerveja no Brasil se tornaram motes de conversas cotidianas, suscitando algumas discussões éticas relacionadas aos elementos utilizados como, por exemplo, conteúdos infantis, sexual, veiculação de artistas e atletas e a mais recente nomeação de estádios de futebol. Contudo, as questões sobre alcoolismo e saúde são pouco debatidas neste contexto.

Sabe-se que o uso abusivo desta substância possibilita inúmeros comprometimentos de ordem clínica, além da perda quase que total do interesse por atividades da vida cotidiana através do rompimento de laços com o outro. Mas, nesse comercial, o prazer de ter encontrado o objeto que lhe confere a satisfação plena e permanente supera toda essa realidade. O ideal se sobrepõe ao real, quando até a morte é desconsiderada.

O uso de uma substância, que pode ser feito de outros modos não danosos, na medida em que outros padrões de consumo também são possíveis para o álcool, parece não atender mais às exigências de mercado. Vale, então, sugerir um consumo eterno, sem restrições, no qual a substância não é só introduzida no corpo, provocando seu efeito psicoativo. O produto se acopla ao corpo, na medida em que a lata está, todo o tempo, nas mãos dos consumidores, sem descanso.

Nessa perspectiva, a veiculação deste produto com ênfase na redução de riscos e danos implicaria diretamente na forma de consumo. Há pouco espaço para este tipo de reflexão na lógica capitalista: esse modelo não favorece brechas ao questionamento. A palavra de ordem é imperativa: ConSUMIR, não importa como, quanto e o quê. Este comercial está atrelado a uma propaganda ideológica da pós-modernidade que é o avanço do hedonismo, marca da contemporaneidade. Como concorrer a um espaço para redução de danos neste contexto? Para Carneiro, a arrecadação fiscal explicaria a dificuldade de haver espaço para isso, sendo elemento garantidor da circulação econômica na economia da embriaguez:

Por outro lado, outras rendas ligadas ao mercado publicitário, ao turismo e à indústria do entretenimento associam-se com a economia da embriaguez. Mas, acima de todas essas, deve ser levada sempre em conta a importância das bebidas alcoólicas, assim como de outras drogas lícitas, para arrecadação fiscal. [...] As drogas viciam os cidadão e o governo é viciado na renda das drogas. (CARNEIRO, 2010, p. 234-235)

Se, em um determinado momento na história, a relação do homem com os objetos era atrelado ao valor de uso até esgotarem sua função, séculos depois, o ato de consumir é que passa a ser consumido. CONSUMIR o consumo pode ser entendido como o processo de aquisição de mercadorias a partir de uma necessidade produzida. Pode-se pensar, então, que o objeto impera diante do homem. Portanto, cabe perguntar: se o produto veiculado é o único elemento na propaganda que permanece intacto, não perece com o tempo e o humano é o que se degrada, onde está a graça?

REFERÊNCIAS

- ALLEN, W. *Cuca fundida*. Porto Alegre: L&PM, 1998.
- BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BERTONI, L. M. *Se beber não dirija*: representações sociais de universitários sobre propaganda televisiva de cerveja. 2007. 184 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Ciência e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, SP, 2007. Disponível em: <<http://www.histedbr.fae.unicamp.br/>>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BETTS, J. A. Sociedade de consumo e toxicomania: consumir ou não ser. *Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre*, Porto Alegre, n. 26, p. 65-81, 2004. Disponível em: http://www.apoa.com.br/uploads/arquivos/revistas/revista26_sociedade_de_consumo_e_toxicomancias.pdf. Acesso em: 10 out. 2013.
- CARNEIRO, H. *Bebida, abstinência e temperança*. São Paulo: Senac, 2010.
- FREUD, S. “*Sobre a tendência universal à depreciação na esfera do amor*.” Rio de Janeiro: Imago: 1980. v. 11.
- FREUD, S. Psicologia de grupo e a análise do ego. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. v. 18.
- FREUD, S. Os chistes e sua relação com o inconsciente. In: FREUD, S. *Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas completas de Freud*. Tradução Jayme Salomão. Rio de Janeiro: Imago, 1969. 290p. v. 8.
- GUARINELLO, L. N. O vinho: uma droga mediterrânica. In: LABATE, B. C. et al (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 189-197.
- HOBSBAWM, E. *A era do capital: 1848-1875*. São Paulo: Paz Terra, 1979.
- HUBERMAN, L. *História da riqueza do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?q=huberman%2C+1981&btnG=&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5#>. Acesso em: 10 out. 2012.

- LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. *O alcoolismo: mitos e verdades*. São Paulo: Contexto, 1997. Disponível em: <<http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/Mitos%20e%20realidades%20sobre%20o%20Alcoolismo.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2013.
- LUCCHESI, R. N. Marketing: da origem à sociedade de consumo. *Revista Hórus*, v. 4, n. 1, p. 75-96, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/Edit%2015/Documents/retorno/3958-14725-1-PB.pdf>>. Acesso em: 19 fev. 2012.
- MARTINS, J. S.; MACRAE, E. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: NERY FILHO, A.; RIBEIRO, A. L. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto do consultório de rua*. Salvador: CETAD, 2010.
- MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 2000.
- MONTEIRO, L. F. C. Dinheiro na mão é vendaval: fissura, dinheiro e toxicomania. In: NERY FILHO, A. et al (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 259-288.
- MUNIZ, E. Publicidade e propaganda: origens históricas. *Eloá Muniz consultoria em comunicação*, [201-]. p. 1-8. Disponível em: <<http://www.eloamuniz.com.br/arquivos/1188171156.pdf>>. Acesso em: 5 set. 2013.
- RODRIGUES, T. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, B. C. et al (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 91-104.
- ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar, 2000.
- TRAD, S. Mídia e drogas: confrontando texto e contexto da publicidade comercial e de prevenção. In: ALMEIDA, A. R. B. de. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 49-58.

PARTE II

POLÍTICA, LEGISLAÇÃO E ÉTICA

APRESENTAÇÃO

Os aspectos político-jurídicos e éticos no campo das substâncias psicoativas são fundamentais para compreender as ações que vêm sendo organizadas no Brasil nessa área. Este tema abarca as políticas de saúde e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS); o processo de formulação e implementação da Política Nacional de Saúde Mental/Álcool e outras Drogas; a legislação sobre substâncias psicoativas ilícitas e sua interface com as políticas públicas e os mecanismos de controle social; os aspectos éticos que envolvem a assistência aos usuários de substâncias psicoativas, bem como a promoção e proteção dos seus direitos.

Cabe ressaltar que o marco legal e institucional nacional vem passando por modificações, sobretudo a partir da última década, na tentativa de tratar as questões relacionadas às substâncias psicoativas não apenas no âmbito da segurança pública, mas, sobretudo, nas áreas da saúde e da assistência social. Daí o reconhecimento e a ampliação das estratégias de redução de danos, pois considera o respeito à autonomia e aos direitos humanos de cada pessoa.

No âmbito da constituição federal e do SUS, é garantido aos usuários dos serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por causa de transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas – a universalidade de acesso e direito à assistência. A descentralização do modelo de atendimento também é uma das diretrizes, quando se determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, devendo-se configurar redes de cuidado mais atentas às desigualdades existentes, ajustando as ações às necessidades da população de forma equânime e democrática.

Assim, este capítulo apresenta textos que tratam desses aspectos ao refletir sobre as produções científicas brasileiras sobre a temática de álcool e outras drogas no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, a importância das Conferências Nacionais de Saúde Mental como espaços de participação social e definição das políticas sobre drogas, as práticas em saúde nas Comunidades Terapêuticas e o significado da aplicação de medida educativa prevista na Lei nº 11.343/2006 em um CAPS-AD, na perspectiva dos usuários.

Os artigos aqui reunidos possuem a preocupação de proporcionar aos leitores e leitoras não só uma reflexão crítica acerca dos temas abordados, mas a busca da transformação da realidade, com a superação do modelo proibicionista de guerra às drogas.

DISCURSO SOBRE DROGAS E ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Tatiana Lacerda Medeiros

INTRODUÇÃO

As conferências sobre políticas públicas têm se institucionalizado de forma crescente como um importante elemento do processo de ampliação da participação social no Brasil. Para que se constituam como espaços legítimos de participação, representação e deliberação, são apontadas como necessárias a mobilização social, a representatividade política e a presença de diálogo e pactuação em relação à construção de uma determinada agenda de política pública. (FARIA et al., 2012)

No caso específico do setor da saúde, o sistema público sanitário, introduzido na Constituição de 1988, veio acompanhado da expectativa de garantia do controle social pela participação democrática da sociedade civil na política pública de saúde. De acordo com Paim (2012, p. 612), o movimento de Reforma Sanitária Brasileira arquitetou não apenas a seguridade social, baseada no pressuposto de “cidadania universal”, mas “uma engenharia decisória calcada em conselhos e conferências, paritários e deliberativos”.

Nesse ínterim, as Conferências de Saúde foram instituídas, em 1990, como espaços que assegurariam a participação da sociedade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e materializariam um lugar institucional avaliativo da situação da saúde, dos avanços e desafios, mas, também, propositivos das diretrizes para a formulação de políticas de saúde pública.

Pautadas pelo equivalente princípio de participação social do SUS, as Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) também se propuseram como espaços públicos de debates e deliberações coletivas sobre diretrizes que devem orientar a construção da política nacional de saúde mental. Os pactos firmados através destas conferências vêm servindo

como alguns dos pilares de sustentação do processo da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB).

Diante disto, como parte de um estudo documental e de cunho exploratório, busca-se discutir, neste artigo, os pontos dedicados à questão das drogas e da atenção à saúde dos usuários, através de uma análise discursiva, tendo por fonte de dados os relatórios finais das quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental ocorridas no Brasil nos anos de 1987, 1993, 2001 e 2010.

Parte-se da hipótese de que as CNSM se configuraram como cenários de compartilhamento e produção de um discurso contra-hegemônico, mesmo em um contexto social, político e institucional de disputas, em que prevalece a ideologia proibicionista.

O estudo documental visa a análise de textos que podem ser reavaliados ao se esquadriñar interpretações novas ou complementares, ou textos que ainda não ganharam tratamento analítico. (GODOY, 1995) Como uma das vantagens desta categoria de estudo, este autor aponta: o acesso a situações que não podemos abordar de outro modo que não através de documentos, a presença de dados estáveis e análises longitudinais através do estudo de longos períodos de tempo, mapeando tendências ou outras questões.

Para contextualizar a análise, será apresentada uma revisão de literatura acerca do discurso hegemônico antidrogas e, também, dos seus impactos nas respostas estatais no campo das drogas no Brasil; e, de outro lado, mais especificamente no setor da saúde, um discurso contra-hegemônico em relação ao discurso ideológico antidrogas, na hipótese de que ele articula a apresentação dos elementos históricos e discursivos da Reforma Psiquiátrica, da Redução de Danos (RD) e da Saúde Mental (SM). Em momento posterior, os resultados da análise documental serão apresentados e discutidos.

São esperados dois desdobramentos deste estudo, a saber:

a) maior aprofundamento do debate que envolve o campo das drogas articulado ao campo ampliado da Saúde Mental e da saúde pública, de forma geral;

b) contribuir com a reflexão acerca de possíveis avanços que podem ser buscados pelo conjunto de atores sociais em futuras conferências.

Metodologicamente, foi realizada uma imersão analítica nos relatórios finais das conferências, compreendendo-os como acontecimentos históricos, interpretados de modo crítico e contextualizado. Para fins da análise, dialoga-se com a teoria da Análise do Discurso, proposta por

Michel Pêcheux, que aborda “como a linguagem é materializada na ideologia e como esta se manifesta na linguagem”. (ORLANDI, 2005, p. 10) Concebe-se, assim, a ocorrência desta relação como sendo o discurso e, segundo Orlandi (2005, p. 10), sua análise como explicitadora “da determinação histórica dos processos de significação”.

Esta teoria tem contribuído no trabalho analítico com os sentidos não literais dos discursos, considerando a dimensão sócio-histórica da linguagem. Tal perspectiva aponta para o caráter indissociável da linguagem com o conjunto das práticas humanas. (ORLANDI, 2010)

Antes de proceder ao momento analítico-interpretativo, foi realizada uma exploração textual mediante leituras rigorosas dos documentos para identificar os principais elementos discursivos, em articulação com a revisão de literatura prévia, com base nas expectativas, sentidos e proposições impressas nos relatórios. Para isto, combinou-se a leitura vertical – de cada um dos relatórios finais – com a leitura horizontal – realizando uma comparação entre todos eles, configurando-se numa análise longitudinal das tendências ou regularidades discursivas em relação ao tema das drogas e da atenção à saúde dos usuários.

HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DO DISCURSO ANTIDROGAS

Para compreender como se articula e os elementos que compõem o discurso antidrogas é importante retomar sua relação com a política proibicionista, de repressão ao uso, ao comércio e à produção de drogas, organizando-se como um modo hegemônico de lidar com a questão.

A política de repressão às drogas foi forjada em “um processo de ordem política, econômica, social, religiosa e moral iniciada nos Estados Unidos [...]” (TEIXEIRA, 2012, p. 56), mas que se disseminou amplamente, no território internacional, como um consenso político, enraizando um discurso como dominante: o discurso antidrogas.

A produção deste discurso tem suas bases no discurso médico-jurídico e na ideologia da pureza moral (CARVALHO, 2011), sob a alegação de manter certas estruturas sociais de poder, a exemplo da democracia e da segurança nacional. (RODRIGUES, 2002) Além disto, o discurso antidrogas se ancora em uma argumentação alarmista e condenatória, com foco no combate e na “guerra às drogas” a nível mundial. (BUCHER; OLIVEIRA, 1994)

Este discurso se encontra na base de pressupostos da política proibicionista e encerra um sistema explicativo que vem sustentando

“relações assimétricas de poder, da injustiça social e da distribuição desigual de direitos e rendas”. (BUCHER; OLIVEIRA, 1994, p. 138)

Seus efeitos podem ser capturados na história de mais de 100 anos de proibicionismo em relação às drogas cujo enredo nos revela um verdadeiro fracasso mundial da política antidrogas em suas intenções manifestas de reduzir o consumo, ou mesmo de criar “uma sociedade livre das drogas”. O que se tem observado, em verdade, são as consequências do forte impacto negativo desta “guerra às drogas”: superlotação do sistema penitenciário, com a presença massiva da juventude negra e de pessoas de classe social menos favorecida economicamente; o alto índice de violência nos espaços do mercado ilegal de drogas; a interdição do necessário debate sobre drogas (abrangendo a questão em sua complexidade), além de outros efeitos.

Nas palavras de Karam (2012, p. 1), percebe-se que esta política “vem destruindo vidas e espalhando violência, mortes, prisões, estigmas, doenças, sem sequer obter qualquer resultado significativo em seu declarado objetivo de erradicar ou reduzir a circulação das selecionadas drogas tornadas ilícitas”.

Quanto aos indicativos do fracasso da política de combate às drogas em nível mundial, percebe-se também que os impactos negativos se sobrepõem significativamente aos demais resultados. Corroboram com esta questão as colocações mais recentes feitas pelo ex-presidente do Brasil, Fernando Henrique Cardoso (FHC), em um artigo publicado por um jornal britânico no qual o ex-presidente afirma o fracasso mundial da “guerra às drogas”, localizando a importância de se rever a “política linha dura”, com seus efeitos desastrosos. (GUERRA..., 2009)¹

O alinhamento brasileiro ao discurso antidrogas e a formulação da política nacional antidrogas

Os caminhos traçados por cada país na construção de políticas e intervenções proibicionistas alinhadas à política hegemônica antidrogas podem ser analisados como processos sócio-históricos instituídos em diálogo e inter-relação com o cenário mundial, embora balizados por certas peculiaridades. De maneira geral, neste percurso de 100 anos de proibicionismo, alguns países se colocaram em posições mais hege-

1 Sem aprofundar a discussão desta questão, por não se tratar de objetivo deste estudo, vale destacar que o ex-presidente FCH, quando do seu mandato, foi “peça-chave” na confluência do Brasil à política proibicionista em relação às drogas.

mônicas, enquanto outros permaneciam em posição de subalternidade, como foi o caso do Brasil.

Ao apreciar o posicionamento do Brasil em relação ao contexto de acordos e políticas internacionais na direção do combate às drogas, Gehring (2012) situa-o como um dos países signatários de convenções e tratados que se comprometeram a engendrar políticas proibicionistas – seguindo a linha de enfrentamento estadunidense, com repressão à produção, ao tráfico e ao consumo de drogas ilícitas – e, em maior abrangência, colaborador da expansão do cenário de “guerra às drogas” a nível internacional.

Até o ano de 1910, inexistia o controle por parte do Estado brasileiro sobre a venda e o consumo de drogas, havendo apenas alguns artigos abordando a questão, como o do Código Penal de 1890. (CARVALHO, 2011) As preocupações contornavam mais as medidas disciplinadoras do espaço urbano e as medidas sanitárias, visando profilaxia e higienização social. O controle das drogas apenas tangenciava a pauta sanitária, sem se colocar como preocupação central, embora Rodrigues (2002, p. 103) aponte que, à época, “havia a condenação pública do uso de drogas por jornais conservadores e grupos moralistas”.

Segundo Trad (2009), havia uma inquietação do Estado brasileiro em relação ao uso de drogas, na década de 1920, sobretudo em relação aos “vícios elegantes” (populares entre a burguesia, a exemplo do uso de cocaína) não com a finalidade de proibição total, mas de existência de um controle mais rígido pelo Estado.

Quando estes vícios se disseminaram “entre as ‘classes perigosas’, ou seja, entre negros, pardos, imigrantes e toda a plebe urbana nacional” (CARNEIRO, 1993 apud RODRIGUES, 2002, p. 104), contribuíram para a adoção da medida legal proibitiva que se seguiu, em 1921, quando surgiu a primeira lei restritiva do país com penalidades previstas para o comércio e o uso não medicinal de ópio, morfina, heroína e cocaína, em desdobramento da Convenção de Haia.² (GEHRING, 2012) Esta lei pode ser considerada como marco do alinhamento do Brasil ao discurso antidrogas e à política proibicionista que se projetavam em nível internacional.

2 A Convenção de Haia ocorreu em 1911 na cidade holandesa de Haia, com intento de buscar algum controle sobre as drogas. Desta, produziu-se um documento que foi assinado em 1921 pelos países signatários, coibindo o uso não medicinal de opiáceos e cocaína. (GHERING, 2012) Nota-se que, neste período, o saber médico em construção e em processo de legitimação pelo Estado, vinha justificando a proibição do uso indiscriminado das drogas que desviariam comportamentos. (RODRIGUES, 2002)

Importante destacar que o Brasil faz fronteira com “países produtores” de drogas, tais como Peru, Bolívia e Colômbia, estando “no centro desta guerra como ‘país de rota’ do tráfico internacional”. (CARVALHO, 2011, p. 17) Mas, em contraste à sua participação como rota do narcotráfico, o Brasil se fez presente em todas as conferências internacionais sobre o controle de drogas, ratificando os compromissos internacionais de posicionamento antidrogas, ou seja, a prática de repressão à produção, comércio e consumo como questão central na intervenção estatal. (RODRIGUES, 2002)

O Estado brasileiro que, desde o início do século XX, vinha seguindo o projeto internacional de criminalização, aumentou o seu aparato repressivo após o Golpe Militar de 1964, quando o uso de drogas foi fortemente associado à subversão e aos comunistas, transformando o modelo da política criminal de sanitário para bélico. (CARVALHO, 2011)

Se, durante o período da ditadura, o país pôde idealizar um projeto nacional de uma política pública repressiva sobre drogas, este será concretizado no governo FHC, quando se radicaliza a implementação da política neoliberal.

Iniciada no governo Collor, a política neoliberal ganhou força no governo FHC, produzindo efeitos como privatizações, terceirizações e a deslegitimação dos movimentos sociais. (FILGUEIRAS, 1997; CARVALHO, 2011) Importante observar que, a partir dos anos 1990, estas políticas implicaram na sistemática redução dos gastos públicos de caráter social, com grande impacto no desinvestimento e desestruturação de políticas sociais, ao tempo em que é possível observar o fortalecimento das ações repressivas do Estado, a exemplo da criminalização e combate às drogas.

Dessa maneira, assiste-se ao modo como o discurso antidrogas foi se articulando e se assentando no Brasil, sendo posto em prática, até os dias atuais, através de medidas repressivas de combate ao uso e ao comércio de drogas consideradas ilícitas, com impactos sobre as políticas públicas, incluindo as políticas de saúde.

Sobre o impacto do discurso antidrogas no setor da saúde

É notável o impacto do discurso antidrogas sobre a legislação brasileira e na formulação das políticas (ALVES, 2009) e o conseqüente distanciamento do setor da saúde em relação à abordagem da questão das drogas, com frágeis respostas sanitárias ante o cenário repressivo e criminalizador.

A partir de um olhar lançado à história do Brasil, do início do século XX aos dias atuais, observa-se que as respostas do Estado à questão das drogas foram construídas, na sua origem, em vinculação predominante com os âmbitos da justiça e da segurança pública, com ampla dificuldade de articulação com o setor da saúde, o que contribuiu para a “indefinição e sobreposição de atribuições e de responsabilidades pela implementação de ações de saúde na área de drogas”. (MACHADO, 2006, p. 43)

Se avaliadas as ações desenvolvidas no âmbito da saúde e da justiça brasileiras, é possível notar que, de maneira geral, ambos se orientam por pressupostos e racionalidades dissonantes. Se, mais recentemente, no setor da saúde pública, as práticas têm se baseado na prevenção, na promoção da saúde e no tratamento psicossocial, considerando os usuários em sua autonomia e cidadania, no setor jurídico-policial tem-se a presença de ações enfocando a redução da oferta e a repressão do consumo, da produção e do comércio de drogas. (MACHADO, 2006)

É importante destacar que isso nem sempre ocorreu desta maneira no setor da saúde, já que, dentre outros fatores, o discurso antidrogas e as políticas proibicionistas “impuseram limites tanto à democracia quanto ao campo da saúde quando este se encontra regido pelo ‘paradigma da abstinência’”. (SOUZA, 2007, p. 12) Importante ressaltar que a lógica da abstinência, ordenadora das práticas de saúde por longo período histórico, colocou obstáculos em termos de acesso ao tratamento, podendo ser compreendida como uma “abordagem de ‘alta exigência’”, em que nenhum padrão de consumo é tolerado. (ALVES, 2009, p. 2311)

Em verdade, antes do aparecimento deste discurso, tinha-se o cenário de “psiquiatrização dos diferentes desvios sociais” (PORTOCARRERO, 2002, p. 89) que, atravessado pelas concepções de anormalidade, desvio e degenerescência, se colocou por longo período no Brasil, sustentado no discurso psiquiátrico e no projeto higienista dos séculos XIX e XX. Em articulação com o âmbito da Justiça, os saberes médico-científicos foram se materializando em estreita relação com o Estado e, como “braços do Estado”, operavam em uma suposta defesa da população ante as ameaças dos “degenerados” e das “classes perigosas”.

O isolamento, o tratamento moral e medicamentoso, a desintoxicação e as internações psiquiátricas em Comunidades Terapêuticas (CT) e clínicas particulares se mantiveram como recursos assistenciais praticamente exclusivos para lidar com os desviantes/degenerados. É importante lembrar que “as intoxicações voluntárias do tipo do alcoolismo, cocainismo, morfismo, etc.” (PORTOCARRERO, 2002, p. 50) também foram tor-

nadas objetos da psiquiatria, juntamente com a loucura, sendo colocadas como uma prática ameaçadora à ordem e convívio social.

Em um breve resgate histórico, no trabalho desenvolvido por Alves (2009), é possível observar as mudanças concernentes às intervenções do setor saúde na questão do uso de drogas. A autora citada faz referência à Lei nº 5.726, de 1971, colocando a ausência de menção ao tratamento para a população usuária de drogas. Excetuavam-se os casos dos “infratores viciados”, já que estes eram submetidos à internação em hospital psiquiátrico como medida de tratamento, visando sua “reabilitação criminal”, acompanhando o que havia sido proposto na legislação penal brasileira da década de 1920, que preconizava a internação compulsória por tempo indeterminado. (ALVES, 2009)

A internação psiquiátrica era, então, a principal resposta do Estado brasileiro na abordagem do uso “criminoso” de drogas. No entanto, uma mudança ocorreu em 1976, através da Lei de Entorpecentes nº 6.368/76, quando foi conferida maior atenção à questão do tratamento de usuários de drogas no discurso normativo: a assistência estendeu-se aos “dependentes” de drogas, não apenas restringindo-se aos “viciados infratores”, recomendando estabelecimentos próprios com esta finalidade. No entanto, o que pareceu se apresentar como avanço, em verdade, não se efetivou, restringindo-se ao discurso normativo que apenas recomendou, mas não determinou a criação destes serviços terapêuticos. (ALVES, 2009)

A lacuna da rede extra-hospitalar pode ser localizada no conjunto dos fatores que contribuíram para o fortalecimento e a sustentação política e ideológica das internações psiquiátricas que até então eram o único recurso assistencial disponível para o tratamento relacionado às questões do uso de drogas no SUS.

Ressoando com o campo antidrogas, os serviços hospitalares ficaram colocados como produtores de práticas excludentes, repressoras e violadoras de direitos humanos fundamentais, também, em se tratando da assistência às pessoas usuárias de drogas, o que só irá começar a ser transformado com o advento do processo da Reforma Psiquiátrica e da Redução de Danos.

HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DE UM DISCURSO CONTRA-HEGEMÔNICO SOBRE DROGAS

Elementos para a conformação de um novo discurso começam a ser gestados, sobretudo na cena da saúde pública, através de contribuições dos movimentos sociais e de atores sociais que buscaram tornar mais complexos a abordagem e o diálogo com a realidade social brasileira. Assim, os debates em torno dos temas da cidadania, da autonomia, do direito à saúde e à participação social se colocam como transformadores de uma abordagem centrada quase exclusivamente na proibição e criminalização envolvendo a questão das drogas.

Nos anos 2000, contexto de avanço da Reforma Psiquiátrica, a Redução de Danos (RD) e a Saúde Mental (SM) se inserem enquanto campos emergentes na cena política e assistencial brasileira, reafirmando inspirações e princípios democráticos constitucionais, além de princípios do SUS (integralidade e universalidade). É no encontro destes campos que a construção de um discurso contra-hegemônico em relação ao discurso antidrogas se fortalece e se insere nos espaços de gestão, mas também concretiza novos dispositivos, a exemplo da política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

Breve histórico sobre a reforma psiquiátrica

O contexto inicial da Reforma Psiquiátrica Brasileira remonta a um conjunto de denúncias sistemáticas ao modelo manicomial, obtendo maior projeção na década de 1980, ao se articular com o discurso de fortalecimento da cidadania e do direito universal à saúde, em meio à conjuntura de redemocratização do país, quando os movimentos sociais retornavam à cena político-social. Este processo apresentou elementos para a construção de um novo campo no âmbito da saúde pública: a Saúde Mental. Um dos seus objetivos centrais era a defesa radical da cidadania das pessoas tuteladas e segregadas sob a custódia do saber psiquiátrico e das instituições manicomiais. Além dos questionamentos ao modelo vigente, elaborou ainda propostas de cunho político, jurídico, assistencial, teórico, social e cultural (TENÓRIO, 2002), transformando saberes e fazeres na cena da saúde pública, articulando o campo mais estrito da SM.

Em síntese, é compreendido como um processo complexo, que se enraíza nos planos político e social, sendo construído e impulsionado pela mobilização dos diversos atores sociais e institucionais: um mo-

vimento que ainda se faz presente e avança atravessado por tensões e desafios.³ Merece destaque o envolvimento das organizações de trabalhadores, de usuários e seus familiares, aspecto que pode ser ressaltado com a declaração de Desviat (MINAS GERAIS, 2006, p. 31): “A participação social, esta grande ausente dos processos de transformação de Saúde Mental em todo o mundo, adquire carta de cidadania aqui no Brasil”.

A mobilização social, juntamente com a entrada de lideranças do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental⁴ (MTSM) na gestão em secretarias estaduais de saúde, fez com que as vozes da RPB ecoassem nos aparelhos do Estado, na década de 1980, gerando uma série de mudanças: aumento das intervenções nos hospitais estatais e privados; expansão da rede ambulatorial em Saúde Mental; restrição na criação de novos leitos hospitalares; humanização e reinserção nos hospitais psiquiátricos estatais, dentre outras. (VASCONCELOS, 2008)

Em 1987, emergiu o Movimento de Luta Antimanicomial (MLAM), que trazia em sua composição pessoas que pertenciam ao MTSM, inserindo, no campo da Reforma Psiquiátrica, a necessidade de articulação com movimentos populares e com a sociedade civil, buscando ampliar seus pilares de sustentação e radicalizar a relevância da participação social para o projeto pretendido através da bandeira “Por uma sociedade sem manicômios”, afirmando a luta pela criação de serviços efetivamente substitutivos aos hospitais psiquiátricos. (VASCONCELOS, 2008)

Embora, no final dos anos 1980 e início dos anos 1990, a história do Brasil tenha ficado marcada “pelo fechamento temporário do espaço político de mudanças a partir do Estado [...] para os interesses democráticos populares, nos últimos anos do Governo Sarney em âmbito federal” (VASCONCELOS, 2008, p. 32), colocando-se como certo entrave ao processo de avanço da RPB, é possível situar o surgimento de uma Política Nacional de Saúde Mental, a partir do início da década de 1990, contando com as edições das Portarias do Ministério da Saúde (MS) (LUZIO; YASUI, 2010), além de outros avanços, como a consolidação da desinstitucionalização e implantação dos serviços psicossociais. (VASCONCELOS, 2008)

3 Tenório (2002) apresenta uma breve revisão de literatura sobre a RPB, na qual é possível observar de forma mais extensa os antecedentes, conceitos e valores envolvidos neste processo.

4 Para uma abordagem mais extensa sobre os movimentos sociais (e seus atores) que marcaram a RPB neste período, ver Vasconcelos (2008).

Na década de 1990, muitos problemas de saúde já eram associados ao consumo prejudicial de drogas.⁵ Machado (2006) faz a leitura de que havia, neste período, condições adequadas à formulação de uma política pública voltada à atenção integral das pessoas em uso prejudicial de álcool e outras drogas no campo da SM, o que, no entanto, não se efetivou.

Embora algumas práticas inovadoras tenham se colocado neste contexto, como iniciativas isoladas, em oposição ao modelo hegemônico, somente no avançar para o ano 2000 foi que se observou uma maior solidez do campo da SM e a incorporação de suas intenções por setores estatais, ocorrendo de forma mais efetiva a transformação do modelo manicomial hegemônico, passando a contar com o apoio de duas leis nacionais, a Lei nº 10.216/01⁶ e a Lei nº 10.708/03.⁷ Estas produziram mudanças significativas, sobretudo ao institucionalizar um novo cenário assistencial, ao transformar uma ação setorial em política de Estado que, junto com outros fatores, “imprimem definitivamente o marco da saúde pública na saúde mental”. (COUTO; MARTINEZ, 2007, p. 9)

Em relação à questão mais específica da atenção ao uso de drogas, observa-se que houve uma maior inclusão desta modalidade na política de SM, com ênfase na estratégia da RD e na implantação dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD). (VASCONCELOS, 2008) Neste cenário, incidiram algumas alterações às demandas e desafios da RPB, com ênfase nas questões envolvidas com a população usuária de drogas e pessoas em situação de rua. Em paralelo, ocorreu a redução significativa do financiamento público aos manicômios, sem a construção paralela de uma rede assistencial substitutiva e adequada às demandas. No panorama socioeconômico, percebeu-se o aumento do desemprego, da desfiliação, da miséria e da violência social, gerando “mais estresses, ansiedades, pânico, quadros de dependência química, etc.”. (VASCONCELOS, 2008, p. 37)

5 Dados apresentados na década de 1990 pelo MS indicavam que “o alcoolismo e as psicoses alcoólicas eram responsáveis pelo maior número de internações psiquiátricas”. (BRASIL, 1981 apud MACHADO, 2006, p. 75) Embora o consumo de álcool estivesse entre as principais causas de internação, a saúde pública não oferecia outras respostas neste campo, mas algumas sociedades de caráter privado, tal como o grupo de ajuda mútua, Alcoólicos Anônimos (AA) e similares, vinham assumindo a educação “anti-álcool” e as primeiras respostas assistenciais, de caráter moralista e higienista. (VASCONCELOS, 2008)

6 Após tramitar por 12 anos no Congresso, esta Lei será sancionada em 2001, sob o número 10.216, a partir do Projeto de Lei da autoria do deputado Paulo Delgado, e consolida a RPB como política de Estado no Brasil. (VASCONCELOS, 2008)

7 Institui o auxílio financeiro de reabilitação psicossocial.

Com o processo da RPB, as preocupações do Estado brasileiro passaram a incorporar mais evidentemente a demanda e o debate da questão do uso de drogas como parte do seu campo de reflexão e atuação, gerando respostas neste sentido, sobretudo no setor da saúde: reorganização da rede e na priorização dos novos modelos de atenção também na área de drogas. (COUTO; MARTINEZ, 2007) Este tema será desenvolvido em maior densidade no item seguinte com a apresentação das contribuições da RD e do campo da SM na construção da Política de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas.

A redução de danos, a saúde mental e a política de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas

É possível compreender que a RD contribuiu muito no processo de aproximação da questão da atenção ao uso de drogas com o campo da saúde pública.⁸ Andrade (2011) aborda que esta estratégia se alinhou com a saúde pública, sobretudo por objetivar a preservação da vida das pessoas expostas aos prejuízos decorrentes de certos modos de consumir drogas.

Se, no Brasil, a saúde se colocou como “um campo de lutas a favor de uma nova democracia, criando pontos de articulação para uma nova política pública sobre drogas” (SOUZA, 2007, p. 12), a RD também ofereceu elementos neste contexto, colocando-se como mais um lastro ao discurso em defesa da vida e da cidadania.

No entanto, não é de forma linear que ocorre sua inserção no cenário das políticas nacionais. A história da RD no Brasil “é composta por pontos de tensão, rupturas e alianças [...]” (SOUZA, 2007, p. 11), sendo possível observar a mudança neste campo, que, para além da troca de seringas, desenvolveu, ao longo da história, “outros dispositivos concretos de atenção e gestão [...] para dar solução à complexidade tanto clínica quanto política que envolve o campo drogas”. (SOUZA, 2007, p. 15)

O trabalho de Souza (2007) nos permite, ainda, compreender como a RD se torna um recurso de intervenção que se situa na interface entre duas políticas: saúde mental e AIDS. Merece breve destaque a relação entre o surgimento da AIDS, em meados da década de 1980, sendo uma

8 Andrade (2004, p. 88) mostra que não há consenso sobre a definição da RD na literatura, ou mesmo entre as pessoas que trabalham com esta abordagem, embora aponte uma significação a partir de suas práticas: “trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias”.

parcela significativa de pessoas portadoras do HIV aquelas que faziam uso de drogas injetáveis (UDI), e o desafio de desenvolver ações que minimizassem o impacto à saúde desta população. (FERNANDEZ, 1997) Este cenário contribuiu para a promoção de certa responsabilização pelo campo da saúde pública sobre problemas associados ao uso de drogas, com respostas mais efetivas, sobretudo devido à urgência e gravidade da questão do HIV/AIDS. (MACHADO, 2006)

Assim, acompanhando o ocorrido em outros países, houve a adoção de ações de RD na abordagem dos UDI no Brasil, evitando o risco de alastramento do HIV e a transmissão de outras infecções pelo compartilhamento de seringas. (MACHADO, 2006) As práticas de RD presentes nas políticas preventivas de AIDS, além de fornecer subsídios técnicos para lidar com os prejuízos decorrentes do consumo, “[...] passou a questionar o ideal de um mundo sem drogas, mudou o foco das intervenções que deixaram de objetivar exclusivamente a abstinência e passaram a trabalhar com objetivos como a redução das consequências adversas do consumo”. (MACHADO, 2006, p. 31)

Localiza-se em 1989 a primeira tentativa de implantar um programa de trocas de seringas (PTS) entre usuários de drogas injetáveis, no Brasil, em Santos (SP).⁹ No entanto, esta experiência foi abandonada em função da decisão da Promotoria¹⁰ evidenciando a tensão do encontro “entre as forças conservadoras que sustentam uma política antidrogas e as forças progressistas que adotavam a RD como uma estratégia em defesa da vida e da democracia”. (SOUZA, 2007, p. 19) Somente em 1995 será efetivado o primeiro PTS do Brasil e da América Latina, em Salvador (BA) e, entre os anos de 1995 e 2003, iniciaram-se mais de 200 Programas de Redução de Danos (PRD) vinculados ao campo da saúde pública e, em sua maioria, financiados pela Coordenação Nacional de DST/AIDS (CN-DST/AIDS), vinculada ao MS. (ANDRADE, 2011)

Assim, as ações dos PRD foram se consolidando e sendo ampliadas para outras populações (presidiários, crianças em situação de rua,

9 Santos também se destacou por seu papel pioneiro de transformações que impulsionaram a RPB, tendo sediado a implantação do primeiro CAPS do país em 1987, além de ter sido a primeira cidade a desativar um hospital psiquiátrico; fatores que, segundo Souza (2007, p. 14), “aproxima no espaço e no tempo o início da luta antimanicomial e o início da RD”.

10 A estratégia do PTS encontrou entraves à sua implantação no país, sendo compreendida erroneamente como forma de incentivo ao uso de drogas. Um fator contribuinte à posterior abertura ao PTS remete à influência das publicações científicas de experiências exitosas em outros países, reconhecendo que estes “salvavam vidas, não aumentavam o consumo de drogas e ofereciam grande vantagem na relação custo-benefício para governos e populações”. (ANDRADE, 2011, p. 4667)

profissionais do sexo, usuários de crack, de anabolizantes etc.) que não somente a UDI. Até este momento, a RD estava restrita aos PRD que, como abordado, estavam vinculados ao Programa Nacional-DST/AIDS, sem aproximação direta com a Coordenação de Saúde Mental.¹¹ Neste sentido, uma mudança irá ocorrer no ano de 2003, quando da desarticulação da CN-DST/AIDS, da criação da Coordenação Nacional de SM, Álcool e outras Drogas/MS e da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas-SENAD/MJ as quais, apesar das divergências, assumirão papel destacado nas políticas sobre drogas. (MACHADO, 2006)

No decurso desta mudança, no ano de 2003, o MS admitiu enfaticamente o atraso no reconhecimento da questão Álcool e outras Drogas (AD) na agenda da saúde pública (MACHADO, 2006; ALVES, 2009), através da elaboração da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, inserida no campo da SM, ao afirmar a responsabilidade do SUS na atenção especializada aos consumidores de drogas. Nesta política, foram definidas diretrizes que, de maneira geral, foram inspiradas na concepção ampliada de RD, que afirmou a construção da rede de atenção em AD através da implantação dos CAPS-AD e em articulação com outros serviços de suporte sociocomunitários e de saúde. (ALVES, 2009; SOUZA, 2007)

Acompanhou estas transformações, a presença de novos elementos discursivos no campo das drogas, em uma perspectiva crítico-transformadora, que apresenta uma abordagem mais complexa da questão. Esta envolve os determinantes históricos, políticos e sociais do uso de drogas, com a redução do moralismo e do sensacionalismo no tratamento do tema, opondo-se, ainda, à marginalização desta questão no que tange à garantia de políticas públicas de interesse social.

Em consonância com os princípios do SUS, estes elementos se colocam ao lado da defesa de maior participação social na elaboração e no controle das políticas públicas, da universalização da saúde pública, na construção de novos modelos assistenciais. Conjuntamente, observam-se outros modos de lidar com a questão das drogas, afastando-se do discurso antidrogas e de sua ideologia de construir “uma sociedade livre

11 A história da RD no Brasil não pode ser considerada linear: tem períodos de avanços e recuos. A partir do ano de 2003, tem-se o enfraquecimento da CN-DST/AIDS e a desarticulação e diminuição dos PRD já consolidados no país, em decorrência da transferência de responsabilidade sobre o financiamento das ações de RD do governo federal para estados e municípios, que não tinham conhecimento/cultura necessários à continuidade e expansão destas ações. (MACHADO, 2006)

das drogas” através da criminalização, repressão e proibição, com base em uma política neoliberal.

ANÁLISE DO DISCURSO SOBRE DROGAS NAS CONFERÊNCIAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

As quatro CNSM ocorridas no Brasil, nos anos de 1987, 1992, 2001 e 2010, se colocaram em diferentes contextos sociopolíticos, manifestando as principais intenções e expectativas quanto à política nacional de saúde mental pelo conjunto de atores sociais que participaram dessa construção.

De maneira geral, é possível encontrar algumas tendências discursivas que, de algum modo, se colocam transversalmente em todos os relatórios e, também, alguns elementos que se diferenciam, com outras interpretações e articulações, e que se transformam no tempo, em relação ao tema das drogas. Estes serão apresentados a seguir, em um recorte exploratório-analítico dos discursos sobre drogas contidos nos textos dos relatórios de cada conferência.

I Conferência Nacional de Saúde Mental

A I CNSM aconteceu em 1987, em um contexto em que estavam na pauta dos movimentos sociais a defesa de valores democráticos e a construção de um novo projeto político. Esta conferência inseriu o debate das especificidades relativas ao campo da SM na conjuntura de criação SUS, tendo prevalecido as teses do movimento de RPB no seu relatório final, em uma compreensão crítica sobre as relações entre saúde e sociedade, transcendendo a questão técnico-assistencial, ao envolver aspectos mais abrangentes, como a transformação da organização social, econômica e política do país.

Além das questões envolvidas com a reorganização técnico-assistencial e da defesa dos direitos de cidadania, realçadas no relatório final, esta conferência revelou a crítica ao modelo de desenvolvimento do capitalismo brasileiro e da organização social, marcada por extremas desigualdades sociais e pela precariedade das condições materiais de vida dos trabalhadores, que aparecem no texto associadas às causas do “adoecimento mental”. (BRASIL, 1987, p. 38) Ao discorrer sobre as relações entre economia, sociedade e Estado, o relatório coloca a inserção da SM no campo macrossocial ao enfatizar que “o setor de SM espelha

as contradições da organização social brasileira” (BRASIL, 1987, p. 12) e ao apresentar os impactos destas relações sobre a SM da população.

No entanto, a questão do “adoecimento mental” foi abordada de modo que, praticamente, não versou sobre o uso de drogas, embora “autointoxicação por álcool, tabaco, medicamentos e outros tóxicos” (BRASIL, 1987, p. 38) tenha sido apresentada como um dos fatores que podem atuar como causa, seguindo uma tendência que principiava a se esboçar desde as primeiras ações em relação a AIDS, de aproximar o campo das drogas ao campo da saúde pública, embora não estrito à esfera da SM.

Outro ponto do relatório desta I CNSM remete à mudança da legislação trabalhista em relação ao alcoolismo e outras dependências (BRASIL, 1987), o que faz notar a questão da articulação com outros setores e a complexificação da questão da dependência de drogas sendo incorporada ao âmbito da saúde. A medida recomendada na esfera trabalhista seria assistencial e não mais associada à demissão, conforme proposto: “Que se retire da CLT o alcoolismo como causa de demissão e que nenhuma outra dependência seja causa de exclusão do trabalho”. (BRASIL, 1987, p. 27)

Como exposto anteriormente, o discurso da RD preconiza a construção compartilhada do saber sobre o fenômeno do consumo de drogas, atentando para os fatores de risco e de proteção envolvidos, o que, de algum modo, embora sem citar a RD, parece ter sido incorporado no discurso dos atores da primeira conferência, fazendo constar no relatório final a indicação da necessidade de compartilhar os saberes sobre os fatores de proteção e de risco em relação ao uso de drogas, pelos profissionais da SM e a população.

Importante resgatar que a I CNSM ocorreu no período em que a RD já apresentava certa aproximação com o contexto brasileiro, sobretudo através da divulgação das experiências europeias de PRD e das primeiras iniciativas de criar práticas similares no Brasil. O discurso engendrado por este campo recomenda a importância de transformar a abordagem em relação à questão das drogas e promover uma mudança cultural, com o questionamento do ideal de um mundo sem drogas, na busca por se relacionar de uma forma diferente com o uso de drogas, entendendo-o como parte da experiência humana, o que parece estar implícito no texto do relatório desta primeira conferência.

II Conferência Nacional de Saúde Mental: a reestruturação da atenção em saúde mental no Brasil

Se a I CNSM teve a maioria de suas proposições centradas na esfera político-ideológica e no âmbito jurídico (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001, p. 16), servindo de base para o discurso e as práticas que se seguiram em contraposição à lógica asilar, a segunda conferência, ocorrida em 1992, teve como tema central a reestruturação da assistência e os modelos de atenção em SM no Brasil, tendo “atenção integral” e “cidadania” como conceitos direcionadores das deliberações.

Em seu relatório final, está expresso:

o clima de frustração e grande inquietação diante de possíveis mudanças na relação entre o Estado e a Sociedade, renunciadas pela revisão constitucional de 1993, e pela frustração histórica de suas expectativas por melhorias da qualidade de vida com justiça social. (BRASIL, 1994, p. 5)

Assim, não é de surpreender que este texto tenha apresentado uma ampla reivindicação da garantia dos direitos conquistados e previstos na constituição, nas leis e estatutos, sendo o direito à saúde um deles.

Em paralelo, sustentou a confiança da sociedade civil na possibilidade de realizar um novo projeto social, o que conferiu significativa importância para o seu relatório ao reafirmar as teses da RPB, buscando sua consolidação através da superação do modelo hospitalocêntrico. Foram as principais proposições:

- a) intensificar a desospitalização;
- b) articular com recursos da comunidade;
- c) transformar e humanizar as relações cotidianas entre trabalhadores de saúde mental, usuários, famílias, comunidade e serviços, em busca da desinstitucionalização. (BRASIL, 1994)

Em sintonia com a proposta de criação de programas na área de drogas, a II CNSM trouxe uma importante contribuição às definições deste campo de atenção, ao buscar que as drogas lícitas (álcool, tabaco, tranquilizantes etc.) também fossem reconhecidas como causadoras de transtornos mentais, apresentando, pela primeira vez, a preocupação com o uso prejudicial de medicamentos.

No corpo do relatório final, em consonância com o contexto de revisão da legislação da SM (direitos civis, trabalhistas, código penal etc.), foram pautadas mudanças na legislação sobre drogas, ao defender que se transforme o enfoque punitivo e coercitivo em relação às mesmas, tendo, assim, a seguinte recomendação:

Mudar o enfoque punitivo e coercitivo em relação às drogas, pois a lei trata assim os usuários, não combatendo os produtores e grandes traficantes. Que a lei interfira mais neste último nível e, quanto aos usuários, que lhes seja dado o enfoque da assistência, tratamento e programas sociais de prevenção, cabendo-lhes incentivar que os cuidados sejam desenvolvidos em centros especializados. (BRASIL, 1994, p. 10)

Conforme relatório, a II CNSM refletiu ainda o apoio à proposta do Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) à época: descriminalização do usuário com a substituição dos procedimentos penais por recomendação para tratamento. Também indicou a modificação do art. 16 do Código Penal, visando contemplar tratamento e reabilitação aos usuários de drogas. Nota-se, assim, o entrelaçamento de um discurso que busca transformar o que vinha sendo posto como hegemônico na forma de compreender e responder a questão do consumo de drogas no Brasil.

Ainda no bojo das mudanças da legislação vigente e acompanhando a tendência das proposições dispostas no relatório da I CNSM, foi reafirmado no relatório final da segunda conferência o parecer por mudança na legislação trabalhista:

[...] *a preservação do emprego aos trabalhadores alcoolistas, drogaditos e portadores de transtornos mentais deve ser assegurada com garantia de estabilidade no emprego por 12 meses após o retorno ao trabalho, penalizando-se as empresas e empregadores que desrespeitarem a lei e garantindo-se que nenhuma outra dependência cause exclusão do trabalho.* (BRASIL, 1994, p. 27, grifo nosso)

No setor da Educação, propõe-se a garantia de acesso e permanência nas escolas de usuários (e/ou de dependentes) de drogas, novamente ressaltando a necessidade de tratamento e inserção social, afastando-se da ideia do uso/abuso de drogas como algo necessariamente incapacitante para a vida social, escolar e produtiva.

Foram também colocadas algumas propostas no âmbito da comunicação, em interface com o tema das drogas, a saber: a) debater com os profissionais de comunicação a questão das drogas com a intenção de minimizar o impacto das comunicações escandalosas e danosas; b) promover campanhas de saúde pública para combater o alcoolismo (sugestão de financiamento através dos impostos da produção e comercialização de bebidas alcoólicas); c) proibir a veiculação de propaganda direta/indireta de fumo, álcool, agrotóxicos, medicamentos etc.; d) e recomendar que seja publicado nos recipientes de bebidas alcoólicas: “O Ministério da Saúde adverte: beber faz mal à saúde”. (BRASIL, 1994, p. 29)

III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não.

Em 2001, foi realizada a III CNSM com a intenção de fortalecer o consenso e efetivar a RPB, enfatizando a proposta de implantação de uma rede de serviços totalmente substitutiva ao modelo manicomial. Importante destacar que esta conferência ocorreu por demanda do Plenário do Conselho Nacional de Saúde dirigida ao MS, decorrido menos de um ano da aprovação da Lei Federal nº 10.216/01, podendo ser localizada como momento histórico importante na reafirmação dos pressupostos da RPB.

A terceira CNSM apresentou a bandeira “Cuidar, sim. Excluir, não”, em um contexto favorável às discussões que remeteram ao processo de avanços e consolidações da RPB, contando com expressiva participação social nas três etapas. Foram apontadas, no seu relatório final, as seguintes questões: acesso, qualidade, humanização e controle social (BRASIL, 2002), seguindo a tendência das conferências anteriores na construção da política de SM, preconizando o cuidado psicossocial dos usuários em uma rede de serviços extra-hospitalares.

Na leitura do relatório desta conferência, observa-se o resgate da proposição sobre a reorientação do modelo assistencial, com ênfase no desenho da política de SM, mediante a implantação de serviços substitutivos, com a garantia da assistência na rede de atenção básica:

Articular as ações de assistência, promoção, prevenção e reabilitação psicossocial mediante o desenvolvimento da atenção básica [...], implementando uma rede de serviços territoriais, substitutivos ao hospital psiquiátrico, composta por urgência psiquiátrica, leito psiquiátrico em hospital geral [...], Centro ou Núcleo de Atenção Psicossocial, núcleo de atenção à população usuária de álcool e outras drogas, [...] serviço residencial terapêutico, que trabalhem de forma integrada e complementar. (BRASIL, 2002, p. 39, grifo nosso)

Nota-se, ainda, o esforço em detalhar, no relatório, as propostas que se dirigem ao modelo assistencial, pautando a adequação da rede de SM municipal de acordo com a realidade local e no contexto do SUS, devendo colocar-se como substitutiva ao hospital psiquiátrico e integrada à rede básica com garantia de retaguarda hospitalar (serviço de urgência psiquiátrica e leito psiquiátrico em hospital geral) e de atenção integral aos usuários.

Em comparação com as anteriores, percebe-se uma significativa modificação na abordagem da questão das drogas na III CNSM, tanto quantitativamente, no sentido do aumento do número de proposições, como em relação à maneira pela qual o tema se insere na agenda da

saúde pública, assumindo, de forma enfática, a necessidade da intervenção estatal.

Se, no relatório da I CNSM, colocou-se o uso prejudicial de drogas relacionado ao “adoecimento mental” sendo compreendido como uma questão do âmbito da saúde, sem proposições assistenciais concretas, no relatório final da III CNSM, emerge a proposta de criar programas específicos para as demandas de “alcoolistas e demais dependentes químicos, a serem prestados por equipes capacitadas, constituídas por profissionais de nível superior e agentes de saúde, tanto no nível ambulatorial quanto nas unidades de internação”. (BRASIL, 1994, p. 29) Este discurso revela a mudança da tendência do setor da SM em apenas tangenciar a questão, sem propor programas ou serviços mais específicos para lidar com ela.

Observa-se, ainda, uma mudança na forma de se referir aos usuários, com uso de termos como “usuários de drogas” (BRASIL, 1994, p. 34), “usuários abusivos de substâncias psicoativas” (BRASIL, 1994, p. 9), “pessoas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas” (BRASIL, 1994, p. 20) não se restringindo aos termos “drogaditos” (BRASIL, 1994, p. 27) ou “dependentes químicos” (BRASIL, 1994, p. 9), como na conferência anterior.¹² Juntamente com isto, observa-se que os “usuários de drogas” foram apresentados no relatório como “população específica” (BRASIL, 2002, p. 9) e “grupo de maior vulnerabilidade” (juntamente com “população de rua”), recomendando-se:

Incorporar na rede de serviços do SUS ações de saúde mental dirigidas a populações específicas, tais como portadores de deficiências múltiplas, *usuários abusivos de substâncias psicoativas (drogas) e dependentes químicos, na perspectiva da política de redução de danos* [...] (BRASIL, 2002, p. 9, grifo nosso)

Nessa linha, preconizou-se que o Programa de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas estivesse vinculado à Coordenação de SM, em interface com outras políticas e setores, nos três níveis de governo, expondo a necessidade de responsabilização pelo atendimento de usuários de drogas através do SUS, mas sem reduzi-la a uma problemática restrita ao setor da saúde. Foi ainda proposta, no relatório, a criação de uma rede de serviços de atenção integral em drogas na rede SUS,

12 No relatório da I CNSM (BRASIL, 1987) não foi feita referência aos termos “droga”, “usuários de drogas” e similares. A questão das drogas foi tratada através dos termos “toxicodependências” (Ibid. p. 33), “substâncias causadoras de dependências” (Ibid., p. 36), “dependência” (Ibid., p. 27), “alcoolismo”. (Ibid., p. 27)

evitando internação em hospitais psiquiátricos e em clínicas até então destinadas a este fim:

Proibir que os leitos psiquiátricos de serviços conveniados sejam utilizados para a internação de usuários de álcool e outras drogas; Exigir que o SUS promova o descredenciamento de clínicas destinadas à internação de usuários de álcool e outras drogas, e proíba novos credenciamentos. (BRASIL, 2002, p. 62, grifo nosso)

Além da implantação da rede, no relatório, foi expressa a necessidade de o MS definir e normatizar políticas públicas de atenção em álcool e outras drogas, com respeito aos direitos humanos e aos princípios e diretrizes do SUS e da RPB: “Definir instrumentos que garantam o sigilo profissional, o anonimato e o voluntariado do usuário de drogas psicoativas, e o direito ao acesso irrestrito ao tratamento”. (BRASIL, 2002, p. 116)

Em paralelo, houve a proposição de criar fóruns municipais interinstitucionais permanentes para que as políticas de saúde voltadas aos usuários de drogas fossem discutidas, criadas, avaliadas e ampliadas. Ficou colocada, também, uma proposta de realização de levantamento epidemiológico sobre a incidência do uso abusivo de drogas para ampliar o conhecimento e qualificar o planejamento das ações. E, ainda, a realização de um censo, de base epidemiológica, para conhecer o perfil de usuários de drogas com internações de longa permanência na rede hospitalar, a fim de estabelecer a desinstitucionalização destes.

No sentido da reversão da tendência hospitalocêntrica, estão colocadas como proposições no Relatório da III CNSM, no que tange, especificamente, aos serviços que prestariam assistência integral ao uso prejudicial de droga, garantir:

a) a proibição do credenciamento de serviços especializados que preconizem internação de longa permanência ou que não submetam seu projeto terapêutico às assessorias de SM estaduais, ouvindo os Conselhos de Saúde;

b) a fiscalização sobre a internação dos usuários de drogas, a ser realizada em hospitais gerais e não psiquiátricos;

c) a desintoxicação em serviços de emergência e enfermarias de hospital geral, evitando hospitais psiquiátricos;

d) que o SUS descredencie clínicas destinadas à internação destes usuários e proíba novos credenciamentos;

e) a rede básica como porta de entrada para usuários de drogas etc. (BRASIL, 1994)

Nas discussões sobre legislação, retomou-se a necessidade de desenvolver esforços voltados à descriminalização do uso de drogas, além da criação de legislação destinada a proibir veiculação de propagandas que incentivem uso de drogas lícitas. Sobre a lei que permite a demissão por justa causa dos trabalhadores usuários de drogas, manteve a proposição de modificação da lei, com a garantia do acesso do trabalhador ao tratamento.

Ao reconhecer que a questão da discriminação e preconceito recai sobre o usuário de drogas, sendo um fator que interfere na assistência, colocou a importância de garantir recursos orçamentários à promoção de debates, fóruns, publicações e campanhas educativas que, dentre outros aspectos, objetivassem contribuir para a desconstrução do estigma.

No relatório final da III CNSM, há uma novidade quanto à ênfase na questão do financiamento da política de SM incluindo o campo das drogas, colocando que as políticas locais deveriam buscar financiamento junto ao poder público, às arrecadações de IPI pela comercialização de bebidas alcoólicas e tabaco, aos recursos provenientes de multas sobre bens móveis e imóveis apreendidos em ações de repressão ao tráfico, além de firmar parcerias com segmentos da sociedade organizada (organizações não governamentais (ONG), empresas, 3º setor, igrejas, universidades e voluntariado). Quanto à participação das ONG que, historicamente, atuam na assistência, faz a ressalva de que, para que prestem serviços aos usuários de drogas, é preciso que se integrem às políticas sociais e que seus projetos sejam financiados pelo poder público e divulgados pela mídia. Esta conferência recomendou, ainda, a fiscalização e a delimitação da ação das CT na assistência a usuários de drogas.

Note-se que, no mesmo ano em que ocorreu a III CNSM, aconteceu um seminário sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas proposto pelo MS no qual se discutiu a inclusão da atenção a usuários de drogas no SUS e que, no ano seguinte, houve a publicação de portarias ministeriais na área de álcool e outras drogas, favorecendo a consolidação no MS da posição dos que defendiam que a atenção integral em álcool e outras drogas deveria acontecer no SUS, conferindo maior concretude àquilo que foi pautado nesta conferência. (MACHADO, 2006)

IV Conferência Nacional de Saúde Mental: intersetorial

A quarta conferência ocorreu no ano de 2010, com o intento de consolidar os avanços e enfrentar os desafios do setor da SM, em um contexto no qual a RPB avançava na formulação de uma legislação que desse suporte às transformações pretendidas com expansão da rede de

serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos e a redução destes últimos, mas também se colocavam como entraves os contextos macropolítico e econômico.

Nesta teia complexa de desafios, a garantia de participação social se colocou como um destes: a realização da IV CNSM ocorreu mediante pressão popular através da Marcha dos Usuários dos Serviços de SM, ocorrida em 30 de setembro de 2009, em Brasília, com a participação de cerca de duas mil pessoas. A proposta geral era formar um palco de debates intersetoriais, colocando a SM como um direito universal e compromisso de todos os atores sociais. (BRASIL, 2010)

Na cena das CNSM, esta introduziu com veemência a questão da intersetorialidade. Esta noção havia aparecido, de forma mais explícita, uma única vez nos relatórios das conferências anteriores, quando, na III CNSM, aparece uma única referência ao termo “intersectoriais”, remetendo-se às políticas públicas que possam garantir “a efetiva qualidade de vida de todos os cidadãos e que se confrontem com os mecanismos e processos de exclusão social”. (BRASIL, 2002, p. 21)

Assim, a IV CNSM conferiu maior ênfase ao debate com os diversos setores sociais, com a intenção de formular propostas e recomendações para o SUS e políticas sociais envolvidas com a SM. Suas discussões circularam em torno de três principais eixos temáticos:

1. Saúde Mental e Políticas de Estado: pactuar caminhos intersetoriais;
2. Consolidar a Rede de Atenção Psicossocial e fortalecer os movimentos sociais;
3. Direitos Humanos e Cidadania como desafio ético e intersetorial. (BRASIL, 2010)

Observe-se que existiu um hiato de dez anos entre a ocorrência da terceira e da quarta CNSM, sendo importante resgatar que, na década de 1990, quando aconteceu a III CNSM, foram criadas certas condições no setor saúde – a partir dos processos de implementação do SUS, da reestruturação da atenção em SM e dos PRD – que favoreceram a formulação da política pública de saúde para usuários de álcool e outras drogas no ano de 2003.

Até este período, havia um largo distanciamento entre o campo da SM e o campo AD que, segundo Machado (2006, p. 84), só começou a ser efetivamente reduzido a partir do ano 2000, com a construção das condições técnicas e políticas para “o encontro efetivo da área de álcool e outras drogas com a saúde mental e com o SUS por meio do estabe-

lecimento da política pública de saúde para usuário de álcool e outras drogas”.

Como abordado, uma posição foi se materializando no MS, através da permeabilidade aos elementos da RD e do campo da SM, ressaltando a importância de reduzir os problemas decorrentes do consumo de drogas,¹³ dando maior ênfase às articulações intersetoriais, em uma proposição político-assistencial mais consolidada que está evidenciada no relatório final da quarta conferência.

Como exemplo de atuação intersetorial na área de drogas, teve-se, no relatório, a proposta de criação de programas federais, estaduais e municipais de avaliação para promoção, prevenção e tratamento nesta área, com foco preventivo ao uso abusivo de drogas, além do tratamento e reabilitação, em parceria com secretarias de assistência social, saúde, educação e segurança pública. Outro exemplo remete à criação e ampliação de um recurso socioassistencial, as Casas de Passagem de curta permanência para “acolhimento transitório” e “atenção integral” a usuários de drogas “em situação de risco social na comunidade e compulsão intensa”, funcionando como “dispositivos de gestão e financiamento bissetorial (Saúde e Assistência Social)”. (BRASIL, 2010, p. 90)

É relevante notar que a IV CNSM conferiu certo destaque ao tema das drogas, apresentado neste contexto como um dos desafios para o setor saúde e para as políticas intersetoriais. Em seu relatório, é possível observar o incremento do interesse sobre a atenção ao uso de drogas, através da implantação e desenvolvimento, nos três níveis de atenção, de políticas públicas intersetoriais, em consonância com as diretrizes da reforma psiquiátrica, do SUS, do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), da Política Nacional de Humanização (PNDH) e da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.

Também em consonância com estas diretrizes deveriam estar o financiamento da política pública intersetorial na área de drogas. É importante a ressalva para a questão que envolve o uso de álcool e tabaco,

13 Observar que um fator a ser considerado no contexto mais imediato que precede a IV CNSM remete ao progressivo aumento e visibilidade do consumo de crack. Com destaque para a preocupação manifesta pelo governo federal nesta direção, foi lançado o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (PEAD) no ano de 2009, e o Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas, o Plano Crack, no ano seguinte. Em uma análise crítica feita por Andrade (2011), em relação às ações dos planos citados, é importante destacar que algumas delas se colocam de forma antagônica ao preconizado pela RPB, a exemplo da previsão de financiamento para criação de leitos para usuários de drogas em hospitais psiquiátricos. (ANDRADE, 2011)

que foram destacados no relatório dentre as demais substâncias psicoativas que requerem o desenvolvimento de uma política de enfrentamento das problemáticas em decorrência do uso/abuso: “Desenvolver política pública intersetorial para o enfrentamento da problemática do uso/abuso de álcool e outras drogas, *especialmente álcool e tabaco*, garantindo o financiamento, de acordo com as diretrizes da reforma psiquiátrica, nos três níveis de atenção à saúde”. (BRASIL, 2010, p. 89, grifo nosso)

Uma novidade se inseriu neste relatório em comparação aos anteriores através de uma proposição que indica a necessidade de efetivar “a estratégia de redução de danos como política pública de saúde”. (BRASIL, 2010, p. 85) No contexto do relatório, a RD é colocada como uma ação transversal que deve estar implantada “em todos os serviços e políticas públicas”. (BRASIL, 2010, p. 87) Observa-se, ainda, a ênfase em garantir os programas de RD nos municípios “garantindo o financiamento, custeio e sustentabilidade, através das três esferas de governo, e parcerias com o terceiro setor [...]”. (BRASIL, 2010, p. 87) De modo análogo, o relatório reforça a importância de expandir “em todo território nacional, a rede de cuidados em SM para usuários de drogas, garantindo de forma irrestrita o direito à saúde e a uma melhor qualidade de vida” (BRASIL, 2010, p. 85) e recomenda a presença do redutor de danos através da regulamentação desta categoria profissional e de sua garantia no quadro de recursos humanos da rede pública de SM.

Sobre a criação e expansão desta rede, em todo o país, recomendou a atualização da Portaria GM nº 336/2002, estabelecendo a implantação de CAPS-AD III, CAPS-AD e CAPS-AD infante-juvenil. Os CAPS-AD permanecem, então, como os dispositivos estratégicos, através da recomendação de operar com a lógica de RD e promover a inserção social, com sugestão para a revisão de critérios normativos para implantação (contemplando municípios de menor porte).

Ainda em relação à composição da rede, também ficou colocada no relatório a necessidade de implantação de equipes de atendimento na rua, no modelo da Equipe de Saúde da Família, *garantindo ações em RD para atendimento às pessoas com transtorno mental e/ou álcool e outras drogas que se encontram em situação de rua*, assegurando retaguarda em serviços especializados de *atenção diária e serviços com hospitalidade para desintoxicação*. (BRASIL, 2010, p. 88, grifo nosso)

Retomando a proposição da III CNSM, apontou a necessidade de investir na comunicação com a sociedade através de divulgação, nos meios de comunicação, das políticas e ações visando reduzir preconcei-

tos e estigmas associados ao consumo de drogas, estimulando “o acesso à informação, sensibilizando e mobilizando a comunidade a respeito dos direitos de cidadania e deveres das pessoas com transtorno mental e dos usuários de álcool e outras drogas”. (BRASIL, 2010, p. 143) Em paralelo, sugere-se a criação de fóruns municipais e estaduais, de caráter permanente e intersetorial com fins de discutir, articular e acompanhar questões relativas ao uso abusivo de drogas.

Quanto à educação permanente dos profissionais, ressaltou a necessidade de que esteja garantida não apenas no setor saúde, mas nos variados setores que atuam com a questão das drogas: segurança pública, educação, assistência social, justiça etc.; e que estejam organizadas com base “na prevenção, no tratamento e em estratégias de redução de danos”. (BRASIL, 2010, p. 90)

Outro ponto que pode ser destacado, relaciona-se às colocações sobre as instituições de caráter asilar, em regime fechado, a exemplo das CT e hospitais psiquiátricos que, historicamente, também vêm se colocando como recursos para tratamento/abrigamento de pessoas que fazem uso de drogas. Neste sentido, recomenda-se, no relatório da IV CNSM, a necessidade de qualificar e fortalecer a regulação, através de controle, avaliação e fiscalização, garantindo a notificação compulsória de ocorrências de violência e óbitos nestas instituições, observando a preocupação sobre o financiamento público destas instituições, ao enfatizar como proposição: “Manter a decisão do Ministério da Saúde de não remunerar Comunidades Terapêuticas”. (BRASIL, 2010, p. 58)

Foi incluída no relatório uma moção de repúdio à política estadual de álcool e outras drogas do governo do estado de Alagoas, devido ao “incentivo à terceirização dos serviços, com *investimentos em comunidades terapêuticas privadas, o que favorece o desmonte do SUS*” (BRASIL, 2010, p. 169, grifo nosso), sugerindo uma crítica aos processos de terceirização e investimento em instituições privadas nem sempre com princípios e funcionamento consoantes aos do SUS. Ainda demonstrando esta questão, também foi colocado, dentre 21 propostas que foram apresentadas em forma de anexo do relatório final.

Que os Conselhos Profissionais em nível Federal e Regional e a AN-VISA, exerçam *efetivo controle sobre as prescrições indiscriminadas de medicamentos psicotrópicos, bem como na fiscalização e cumprimento dos critérios da normativa* em relação ao funcionamento das Comunidades Terapêuticas. (BRASIL, 2010, p. 182, grifo nosso)

As preocupações que tangem à questão da regulação, fiscalização e qualificação das CT refletem o cenário de expansão destas instituições que, em decorrência da leitura do relatório, podem ser percebidas como dispositivos que funcionam em uma lógica divergente daquela dos serviços de atenção psicossocial na área de atenção ao uso de álcool e outras drogas do SUS, que concretizam os princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica brasileiras, a exemplo dos CAPS-AD, dos consultórios de rua, dos centros de convivência, das residências terapêuticas, dentre outros.

Nesta medida, foi apontado no relatório que o investimento do MS nestas comunidades prejudicaria o financiamento dos serviços efetivamente públicos pertencentes ao SUS cujos pressupostos estariam afinados ao preconizado pelo projeto político-sanitário dos movimentos em prol do sistema público de saúde e de luta antimanicomial.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em uma leitura horizontal, percebe-se que as teses do movimento de RPB e a consonância com o projeto do SUS prevalecem em todos os relatórios das conferências, ratificando, a cada nova conferência, a necessidade de reversão da tendência “hospitalocêntrica”, priorizando o sistema extra-hospitalar e multiprofissional no que tange à reorganização da assistência em SM.

De maneira geral, o que inicialmente se colocou de forma mais específica no campo da SM foram denúncias em relação à segregação, exclusão, opressão e violência nas instituições manicomiais, além de discussões sobre a mercantilização da loucura e a hegemonia da rede assistencial privada. Acompanhando as diretrizes da RPB, ressaltaram, os relatórios das duas primeiras conferências, as expectativas em torno da transformação das formas de lidar com as experiências da loucura, mediante a transformação da organização política, econômica e social.

Posteriormente, assistiu-se ao deslocamento do esforço em denunciar as relações entre a psiquiatria tradicional e a instituição manicomial com as estruturas políticas e econômicas da sociedade, para uma abordagem mais enfática das questões relativas ao âmbito técnico-assistencial, com a formulação de proposições que serviram de base e foram dando concretude ao novo modelo assistencial e à rede de atenção psicossocial brasileira.

Em relação à questão das drogas, observou-se que, a partir da III CNSM, com a maior permeabilidade da gestão e da sociedade aos elementos da RD e do campo da SM, houve uma transformação na abordagem do fenômeno com ênfase em configurar um novo modelo de atenção à saúde de usuários de drogas. (ALVES, 2009) Afastando-se das práticas repressivas de caráter moralista e patologizante que pautavam a abstinência como meta assistencial exclusiva, o discurso sobre drogas caminhou, progressivamente, em todas as conferências, na direção de formular propostas reconhecedoras dos direitos e deveres dos usuários e de sua condição cidadã.

Isto pode ser percebido no corpo do texto dos relatórios das CNSM, na medida em que expressam os sentidos das mudanças pretendidas para o setor da saúde pública, em sua tarefa de se ocupar da prevenção e tratamento de transtornos associados ao uso de drogas, a partir de um novo modelo assistencial que se contrapõe aos modelos de exclusão, às históricas “‘alternativas de atenção’ de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal objetivo a ser alcançado a abstinência”. (BRASIL 2005, p. 38)

A constatação de que o uso de drogas se coloca como grave questão de saúde pública ressoa no corpo do texto dos relatórios finais, ganhando maior força a partir da III CNSM, trazendo à cena das Conferências uma série de proposições que contemplam de forma mais integral as relações entre a pessoa, a droga e o contexto social. Desse modo, deixou transparecer a recomendação por novas ofertas assistenciais, o que irá se refletir no MS com a implementação do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2002, marco da construção da política pública específica à atenção ao uso de drogas no campo da saúde mental. (BRASIL, 2005)

Também, através da leitura das CNSM, é possível dizer que, atualmente, temos no setor da saúde pública, mais especificamente no setor da SM, a presença de uma abordagem discursiva que vem se fortalecendo, ao rejeitar uma análise reducionista da realidade social e opor-se ao discurso antidrogas e seus efeitos, deslegitimando o processo eminentemente repressor e punitivo. Esta abordagem vem instaurando um processo crítico e mais democrático, inclusive no sentido mais amplo do pertencimento social dos usuários de drogas. Aposta no potencial transformador da realidade, através da participação social e da formulação de políticas públicas intersetoriais, e na análise complexa do fenômeno das drogas, colocando-se como contraponto à conservação da hegemo-

nia da política proibicionista, seus dogmas e seus efeitos desastrosos. A RD e a SM são fortes colaboradoras desta formulação que pode ser pensada como um discurso crítico-transformador, que ainda estaria em construção.

Dessa maneira, pela conjunção da contribuição de múltiplos campos de saberes com apoio dos elementos discursivos da RD, da RPB e do âmbito da SM, o uso de drogas vem sendo reconhecido como um fenômeno complexo e um discurso crítico-transformador sobre este estaria sendo engendrado por alguns segmentos da sociedade, refletindo-se também nos relatórios finais das CNSM. Seu componente crítico adviria, principalmente, da intenção de assumir o tratamento analítico do fenômeno considerando sua complexidade. Já o elemento transformador se colocaria especificamente na busca pela transformação das relações da sociedade diante do uso de drogas.

Uma formação discursiva crítico-transformadora romperia, assim, com o entendimento hegemônico e ideológico arraigado no senso comum de que o uso de determinadas substâncias deva ser entendido como “um mal em si”. Irá, então, considerar os usuários, suas particularidades, seus motivos, a historicidade e as circunstâncias do uso, seus significados culturais, suas inscrição nas relações sociais, além de outros aspectos macrossociais, visando uma compreensão mais crítica do que ocorre e intervenções mais afinadas com a ética e os direitos humanos, o que se colocaria como muito próximo dos elementos da RD.

Embora a RD apareça nos relatórios finais da III e da IV CNSM, parecendo incluir-se como um alicerce no conjunto de iniciativas e diretrizes na área da atenção ao uso de drogas, ainda carece de maior consistência quanto à sua definição e ao seu alcance dentro da atenção psicossocial, em um contexto sociopolítico marcado por profundas contradições sociais, em que o uso de drogas, principalmente do crack, tem sido colocado como “bode expiatório” das mazelas sociais brasileiras, com a adoção de políticas proibicionistas repressivas formuladas sob a égide do discurso antidrogas.

Sob a ótica do discurso crítico-transformador, há a pretensão de que o uso de drogas possa ser lido em sua real dimensão epidemiológica, sem distorções alarmantes que superdimensionem, de forma irresponsável, as questões envolvidas, tal qual ocorre atualmente em relação ao uso de crack. Apenas a título de exemplificação, o consumo de crack vem sendo posto como uma situação em expansão numérica alarmante associada ao extremo perigo e ao descontrole, que precisam ser enfrentados através de medidas rigorosas e emergenciais, o que vem favorecendo a expansão

do poder punitivo, sobretudo através do sistema penal, justificada pelo discurso da necessidade de “combate”, de “guerra” (KARAM, 2010), da “cruzada antidrogas”. (BUCHER; OLIVEIRA, 1994)

Dessa maneira, tem-se o engendramento de um discurso que se coloca ao lado dos novos modelos de atenção integral ao consumo de drogas, das práticas extra-hospitalares, das equipes multiprofissionais e dos recursos comunitários e territoriais no tratamento de pessoas que usam drogas, marcando uma posição de distanciamento das práticas asilares, do tratamento em regime fechado, da exclusão e da violação de direitos fundamentais em nome do “horror” e da guerra às drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À guisa das considerações finais, a partir dos textos analisados nos relatórios, conclui-se que as CNSM se colocaram como espaços de participação social e definição das políticas sobre drogas que contribuíram na transformação dos modos de abordar a questão, podendo servir como referência de proposições contra-hegemônicas. Faz-se importante perceber que o debate democrático acerca do tema tem contribuído para as transformações na realidade concreta e na construção de modelos mais críticos no âmbito da saúde pública, a exemplo da Política de Atenção Integral ao Consumo de Álcool e Outras Drogas e da reorientação dos modelos assistenciais.

É necessário observar os tensionamentos e a contradição presentes entre a criminalização do usuário de drogas e sua repercussão nas políticas públicas de saúde, colocando entraves à garantia da cidadania e dos direitos sociais destas pessoas.

Ainda que assentada na legislação em SM, a Política de Atenção Integral precisa ser consolidada e fortalecida na sociedade brasileira. É preciso garantir sua irreversibilidade e avanços na direção de assegurar direitos e deveres dos usuários de drogas e seu financiamento para criação e expansão da rede de atenção psicossocial em SM, baseadas nos pressupostos de uma “Reforma Psiquiátrica Antimanicomial”.

Assim, tem-se, com este estudo, uma aposta de que futuras conferências sirvam de base, enquanto espaços organizados para a manifestação dos interesses sociais, para novos avanços na área das drogas, mediante a participação social nas diversas conferências intersetoriais, para além das conferências de saúde e através da ancoragem e fortale-

cimento do discurso crítico-transformador em setores do governo articulado à sua capilarização em outros segmentos sociais.

Importante recordar que o âmbito das políticas públicas é um campo de disputas integrado por interesses que, muitas vezes, divergem de forma radical. Em nível macrossocial, tem-se, por exemplo, a política do SUS que, de acordo com Paim (2012, p. 612), vem enfrentando uma série de desafios para manter sua “sustentabilidade econômica, política e institucional [...] partindo do pressuposto de que não há política irreversível”.

Se as CNSM foram compreendidas como um dos importantes lugares sociais onde os enfrentamentos necessários ao campo de transformação na área das drogas também podem ser buscados, entende-se que é imprescindível garanti-lo como espaço democrático, diante da possibilidade de cooptação dos movimentos sociais e canais de participação, por interesses privados, corporativos e mesmo partidários. (PAIM, 2012)

É importante atentar que a sociedade brasileira vivencia uma conjuntura em que os históricos “desadaptados”, “desajustados” e “perigosos” – os loucos –, cujo destino social era o de exclusão e confinamento manicomial têm seu lugar ocupado pelos drogados, mais especificamente pelos crackeiros. Isto vem se colocando no horizonte das políticas sobre drogas com o risco do retorno de práticas higienistas e moralistas orientadas sob a lógica da abstinência, com uma nova trajetória de (re)internação, cerceamento de direitos e retorno de uma política manicomial, mobilizando recursos estatais em uma suposta “defesa da sociedade”, em coro com o alarmismo e a condenação social do uso de drogas (PETUCO, 2011)

Nessa direção, projetos de internação compulsória vêm sendo defendidos por políticos e bancadas de governos sob a tarja da dependência química. Há, assim, apesar dos avanços apresentados neste trabalho a partir das mudanças nas políticas sobre drogas, o risco de os usuários de drogas serem “capturados” por estes dispositivos não enquanto sujeitos, mas como corpos, sendo forçosamente retirados do convívio social. Isto faz urgente o resgate dos elementos da RD e da SM na centralidade de um discurso crítico-transformador, no sentido de conferir vozes, desejos, escolhas e protagonismo aos usuários de drogas, além da importância de fortalecer os espaços de participação social na construção das políticas públicas intersetoriais nesta área, consoantes com o disposto nos relatórios das CNSM.

Com este estudo é possível, então, concluir que, nas cenas das próximas conferências, os atores sociais podem seguir com o processo

de construção de um debate mais crítico e democrático sobre o tema das drogas e de uma nova legislação capaz de dialogar com a complexidade da sociedade, buscando a sua transformação sob a égide deste discurso crítico-transformador.

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, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: maio 2013.
- ANDRADE, T. M. de. Redução de danos, um novo paradigma? In: TAVARES, L. A. et al. (Coord.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 87-95.
- ANDRADE, T. M. de. Reflexões sobre políticas de drogas no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 12, p. 4665 - 4674, 2011. Disponível em: <www.scielo.org/pdf/csc/v16n12/15.pdf>. Acesso em: jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *I Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0206cnsm_relato_final.pdf>. Acesso em: fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *II Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF, 1994. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2conf_mental.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/saude_mental.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *IV Conferência Nacional de Saúde Mental: relatório final*. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2011_2_1relatorio_IV.pdf>. Acesso em: 8 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2013.
- BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994. Disponível em: <www.slideshare.net/multicentrica/o-discurso-do-combate-s-drogas-e-suas-ideologias-14410834>. Acesso em: 10 dez. 2012.
- CARVALHO, J. C. de. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. *Neip - Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos*, Rio de Janeiro, p. 1-17, 2011. Disponível

em: < https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho_histria_politica_criminalizacao_drogas_brasil.pdf>. Acesso em: 21 jun. 2013.

CARVALHO, J. C. de . A América Latina e a criminalização das drogas entre 1960-1970: prenúncios de outra guerra por outra América. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA DA ANPUH, 15., 2012, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro, 2012. p. 16-29. Disponível em: <http://www.encontro2012.rj.anpuh.org/resources/anais/15/1337192206_ARQUIVO_CriminalizacaoDasDrogasnaAmericaLatina.-Amphu-2012.pdf>. Acesso em: 4 mar. 2013.

COSTA-ROSA, A. de; LUZIO, C.; YASUI, S. As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, maio/ago. 2001. Disponível em: <www.uff.br/saudemental/conferenciasnacionaisdesaude>. Acesso em: 22 jun. 2012.

COUTO, M. C. V.; MARTINEZ, R. G. (Org.). *Saúde mental e saúde pública: questões para a agenda da Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: FUJB: NUPPSAN, 2007. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/78863126/Saude-Mental-e-Saude-Publica-3A-Questoes-para-a-Agenda-da-Reforma-Psiquiatica>>. Acesso em: 10 jun. 2013.

FARIA, C. F. et al. *Conferências locais, distritais e municipais de saúde: mudança de escala e formação de um sistema participativo, representativo e deliberativo de políticas públicas*. Brasília, DF: IPEA, 2012. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&id=15091>. Acesso em: 10 fev. 2012.

FERNANDEZ, O. Drogas e o (des)controle social. In: PASSETI, P.; SILVA, R. B. D. de (Org.). *Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva*. São Paulo: IBICICRIM, 1997. p. 117-127. (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 4).

FILGUEIRAS, L. Reestruturação produtiva, globalização e neoliberalismo: capitalismo e exclusão social neste final de século. ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ESTUDOS DO TRABALHO, 5., 1997, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ABET, 1997. p. 895-919.

GEHRING, M. R. O Brasil no contexto dos acordos e políticas internacionais para o combate às drogas: das origens à atualidade. *Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP*, São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www2.marilia.unesp.br/revistas/index.php/levs/article/viewFile/2655/2084>>. Acesso em: 22 jul. 2013.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *RAE – Revista de Administração de Empresa*, v. 35, n. 2, 1995. Disponível em: <<http://rae.fgv.br/rae/vol35-num2-1995/introducao-pesquisa-qualitativa-suas-possibilidades>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

GUERRA contra as drogas fracassou: defende FHC em jornal britânico. *BBC Brasil*, set. 2009. Disponível em: <www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/09/090906_pressfhcdrogas_is.shtml>. Acesso em set. 2013.

KARAM, M. L. *Drogas: é preciso legalizar*. LEAP BRASIL, Minas Gerais, p. 1-8, maio, 2012. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 22 jan. 2013.

KARAM, M. L. *Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais*. LEAP BRASIL, Minas Gerais, p. 1-32, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 8 fev. 2013.

LUZIO, C. A.; YASUI, S. Além das portarias: desafios da política de saúde mental. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 15, n. 1, p. 17-26, jan./mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a03v15n1.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –, Faculdade de Medicina,, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. *Atenção em Saúde Mental: saúde em casa*. Belo Horizonte, 2006. (Linha Guia de saúde mental). Disponível em: <http://www.fasa.edu.br/images/pdf/Linha_guia_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

ORLANDI, E. P. Michel Pêcheux e a análise de discurso. *Estudos da Língua*, Vitória da Conquista, BA, n. 1, 2005. Disponível em: <<http://www.cpelin.org/estudosdalinguagem/n1jun2005/artigos/orlandi.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2013.

ORLANDI, E. P. *Análise de discurso: princípios e procedimentos*. 9. ed. Campinas, SP: Pontes, 2010.

PAIM, J. S. O futuro do SUS. *Cad. de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, abr. 2012. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/08/texto-FUTURO-DO-SUS-PAIM.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2013.

PETUCO, D. Política de drogas e Brasil contemporâneo: 4 pontos. *Drogas, Educação & Saúde*, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://denispetuco.blogspot.com.br/2011/08/politica-de-drogas-e-brasil.html>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

PORTOCARRERO, V. *Arquivos da loucura: Juliano Moreira e a descontinuidade histórica da psiquiatria*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. (Loucura & Civilização, v. 4). Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 4 jun. 2013.

RODRIGUES, T. M. S. A infundável guerra americana Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. *São Paulo Perspect*, São Paulo, v.16, n. 2, p. 102 – 111, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/spp/v16n2/12116.pdf>>. Acesso em: 2 jun. 2013.

SOUZA, T. de P. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. 2007. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento

de Psicologia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007. Disponível em: <<http://escoladeconselhos.ufms.br/manager/titan.php?target=openFile&fileId=657>>. Acesso em: 8 maio 2013.

TEIXEIRA, I. B. A. Política de drogas no Brasil e o papel do Estado liberal: luta de classes, ideologia e repressão. *Cad. de Estudos Sociais e Políticos*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 52-68, 2012. Disponível em: <<http://cadernos.iesp.uerj.br/index.php/CESP/issue/view/11>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito. *História, Ciências, Saúde*, Mangueiras, RJ, v.9, n. 1, p. 25-59, jan. /abr. 2002. Disponível em: <www.4shared.com/office/5JPMEQCL/A_reforma_psiquitrica_brasilei.html>. Acesso em: 24 mar. 2013.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 97-112.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Abordagens psicossociais: reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares*. São Paulo: Hucitec, 2008. v. 2.

VASCONCELOS, E. M. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 17-74.

QUESTÕES ATUAIS SOBRE A POLÍTICA DE DROGAS NO BRASIL: COMUNIDADE TERAPÊUTICA E A ATENÇÃO EM SAÚDE

Daniela Duarte Lima

Luana Malheiro

O MODELO MORAL DE CONTROLE AO USO DE DROGAS

Vivemos uma cruzada moral (BECKER, 1966) em relação ao uso de drogas que se iniciou no começo do século XX e, ainda nos dias atuais, é possível notar que este tema está cercado por mitos, preconceitos e estigmas, com a conseqüente exclusão social dos usuários e usuárias de substâncias ilícitas e a sua criminalização. A própria definição da droga como sendo lícita ou ilícita ainda hoje é tratada no âmbito jurídico a partir de valores morais. Importantes estudiosos desta área, como o britânico David Nutt e colaboradores (2007), denunciam o descaso por parte das autoridades políticas em relação às evidências produzidas pelos cientistas, dando o exemplo de estudos sobre o consumo da maconha, comprovadamente menos danosa do que drogas liberadas como o álcool e tabaco. Segundo Bucher (1996), a visão que a sociedade tem sobre o uso de drogas e seus usuários e usuárias sofre forte influência dos formadores de opinião pública, por meio de informações tendenciosas ou enganosas, muitas vezes superestimando os “perigos” da droga.

Segundo Carneiro (1994, p. 157), “[...] a droga como objeto claro e definido nunca existiu. A droga sempre foi um conceito, antes de tudo, moral”. Estamos, então, em um contexto de disputa entre esquemas normativos de inteligibilidade (BUTLER, 2011) que enquadram determinados comportamentos como aceitáveis e outros como não aceitáveis, logo, o marco da disputa do campo das drogas é moral e não a busca da saúde e do bem comum. A opção política de tratar esta complexa questão através da estratégia da guerra às drogas produz o perverso efeito de demonização das pessoas que usam drogas, que passam a ser o alvo principal desta guerra. Neste contexto, o instrumento da guerra às dro-

gas parece ser eficaz no que diz respeito ao controle desta população, seja através do dispositivo penal ou através do dispositivo da saúde.

Mais do que uma guerra em nome da erradicação deste produto, cabe pensar a guerra às drogas como uma verdadeira cruzada moral (BECKER, 1966) cujo objetivo final é o extermínio e a eliminação de determinadas vidas que não merecem ser vividas em nome de noções normativas de humano. (BUTLER, 2011) A pessoa que consome crack, na atual conjuntura brasileira, é aquela que foge a essas noções de humanidade e a construção do discurso de demonização edifica também este sujeito como o anormal contemporâneo cujo corpo precisa ser controlado.

O modelo proibicionista de guerra às drogas constituiu o processo de demonização e estigmatização da pessoa que usa crack a partir do discurso do pânico moral que constrói este sujeito como o anormal contemporâneo no sentido foucaultiano, o “zumbi”, que não possui vida nem autonomia, um corpo que precisa ser controlado pelas instâncias do poder normalizador. Neste contexto, surge o advento da suposta “epidemia” de crack que alia o saber-poder da medicina para justificar intervenções violadoras de direitos por parte do Estado, como foram as internações compulsórias que aconteceram nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, e o fortalecimento de internações em instituições religiosas denominadas Comunidades Terapêuticas (CT), que serão o foco de análise do presente artigo.

Diante deste cenário e com a recente entrada destas Comunidades na rede de atenção aos usuários de drogas, tornam-se necessários a reflexão, a problematização e estudos orientando a atuação profissional neste campo. O presente trabalho tem como objetivo produzir reflexões acerca das práticas em saúde nas CT, inicialmente trazendo a discussão sobre a construção das políticas sobre drogas no Brasil e a entrada das CT como um serviço da rede de saúde. Estes aspectos serão apresentados em contraponto com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as Políticas de Saúde Mental.

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DA EPIDEMIA DE CRACK E A ELABORAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS NO BRASIL

A construção do discurso em relação à pessoa que usa crack através do qual se entende que o uso se constitui como um fator determinante para transformar o sujeito em violento, perigoso e irrecuperável para a sociedade pode ser compreendida a partir da figura do “anormal” de Foucault (2001), um sujeito que deve ser segregado e controlado seja pela instituição penal ou pela instituição de saúde que atestam seu comportamento como um delito e um descontrole. O autor, neste sentido, parece perfeito para pensar na força do poder de normatização em nossa sociedade que tem o efeito de desumanizar alguns e humanizar outros.

A complexidade da produção do discurso de demonização do usuário e usuária de crack, sua rede de operadores morais no contexto social brasileiro são aqui compreendidos como interligados com o jogo do poder normalizador descrito por Foucault. Esta rede de operadores formada pela mídia, pelo saber psiquiátrico e setores do governo produziu uma suposta “epidemia” de crack que, endossada pelo pânico moral, gerou uma série de políticas higienistas que acabaram por tentar retirar este sujeito do espaço público, a partir de medidas como as internações compulsórias ou internações em instituições religiosas, as comunidades terapêuticas, fazendo com que o cuidado ofertado para esta população seja constituído de estratégias muito mais punitivas do que protetoras ou acolhedoras.

As discursividades desta rede de operadores morais participam da estratégia proibicionista de extermínio e eliminação de usuários e usuárias de drogas (especialmente o crack) do espaço público que ocorre, hoje em dia, na sociedade brasileira. Petruco (2012) cita as campanhas publicitárias nazistas que criaram a ideia da anormalidade dos judeus para gerar um ambiente permissivo para o seu extermínio fazendo um paralelo com as campanhas de prevenção que colocavam o usuário e usuária de crack como zumbis ou, ainda, o esforço do governo dos Estados Unidos, através das campanhas publicitárias contra o terrorismo, de produzir um sentimento social de que determinadas vidas não valem a pena e merecem ser exterminadas. Cabe-nos refletir sobre a violência da produção do rosto (LEVINAS, 1997) de sujeitos “matáveis” e violáveis que, no caso brasileiro, tem sido muito bem representado pela figura do usuário e usuária de crack.

Devemos pensar nas maneiras diferentes com que a violência a esta população pode acontecer, de modo que a representação da usuária e do usuário de crack como um zumbi, não humano, produz uma violência velada que interfere nas relações sociais, na forma como é tratado este sujeito na nossa sociedade e em como se constituem as políticas públicas. Neste sentido, Butler (2011) nos traz uma reflexão interessante, a partir de suas leituras sobre o conceito de rosto em Levinas (1997): o rosto é a demanda ética feita pelo Outro, é o rosto do outro que nos constitui em nossa humanidade. É também a produção social de um rosto – neste caso, o rosto do usuário de crack, o zumbi – pelo aparelho da mídia que nos indica que temos que perguntar, para qual função narrativa e social essas imagens são mobilizadas e para que? Essas imagens nos revelam uma desfiguração do rosto no sentido de alimentar o sentimento de responsabilidade do sujeito pela sua própria condição de miséria, de vício e de precariedade. É também com base neste estereótipo criado pela mídia que o governo brasileiro se inspira para a elaboração das políticas públicas sobre drogas. Não foi a vida concreta das pessoas que inspirou a elaboração de um Plano Nacional de Enfrentamento ao Consumo de Crack, mas os dados fantasiosos apresentados pela mídia.

Segundo levantamento de reportagens de jornais baianos e nacionais,¹ no ano de 2007, a mídia passa a se voltar com mais intensidade para o tema do consumo abusivo de crack. Inúmeras são as reportagens da mídia brasileira que apresentaram narrativas sensacionalistas e estereotipadas sobre as pessoas que faziam uso de crack. O crack era considerado a droga da morte, que produziria uma adicção instantânea. As campanhas pregavam a ideia de que o grande problema social estava no consumo da droga. No Rio Grande do Sul, a filial local da Rede Globo anunciava a Campanha “Crack nem pensar” com imagens de pessoas semelhantes a zumbis, mostrando o poder destruidor da droga; o Ministério da Saúde lançou campanha em horário nobre e em rede nacional trazendo a ideia de que o consumo de crack mata, embora não apresentasse mais argumentos que justificassem a sua afirmativa; a Secretaria de Segurança Pública do Estado da Bahia lança, também, um *outdoor* anunciando que 80% dos homicídios na Bahia são causados pelo crack. A lógica do discurso seguia no sentido de humanizar a droga, dando-lhe

1 Este levantamento foi realizado com o recorte temporal de 2005 até 2016, com a finalidade de analisar a construção de uma representação pública da pessoa que usa crack no contexto brasileiro para compor a pesquisa denominada: “Tornando-se mulher usuária de crack: política de drogas, cultura de uso e interseccionalidades”.

poderes como o de matar ou destruir vidas e desumanizar seus consumidores e consumidoras, além de tirar o foco de um problema maior: a existência de uma parcela da população que vivia em condições de vida precária, sem acesso a qualquer política pública. É neste contexto que a mídia e o governo brasileiro passam a se referir ao fenômeno da chegada do consumo da “epidemia” de crack em que Drauzio Varella escreveu um artigo argumentando a favor de uma epidemia de crack:

O crack é uma epidemia. Os especialistas acham que não caracteriza uma epidemia, mas a definição que eu aprendi de epidemia na faculdade de medicina encaixa perfeitamente. Primeiro que ela se espalhou pelo país inteiro. Acabou se espalhando e em todas as capitais brasileiras há cracolândias. O que é isso? (O CRACK..., 2013)

Apesar de reconhecer o aumento do consumo de crack do Brasil, desde o seu surgimento, na década de 1980, os dados científicos levantados até o momento não indicavam uma epidemia de crack como a mídia e alguns políticos brasileiros argumentavam para falar da questão do crack. Mesmo sem evidências científicas, a mídia insistia em tratar a questão do consumo de crack como uma epidemia e a elaboração das políticas públicas partia de mitos difundidos pela mídia do pânico do crack, como aborda a Secretária Nacional de Políticas sobre Drogas em reportagem sobre o lançamento do Plano de Enfrentamento ao Crack, no trecho a seguir: “Em 2010, lançamos o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas. Não temos, neste momento, nenhum número exato de consumo de crack no país. São apenas meras especulações”. Nesta mesma reportagem, Paulina Duarte, a então secretária nacional de Políticas sobre Drogas, anuncia investimento em um levantamento nacional realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e publicado em 2014, que traz um dado inesperado: não existe uma epidemia de crack no Brasil, pois, somando 26 capitais e o Distrito Federal, o consumo atinge 0,8% da população, o que representa 370 mil usuários(as) regulares; o estudo ainda revela que a droga mais consumida não é o crack. (BASTOS; BERTONI, 2014)

A mídia local, bem como propagandas financiadas por órgãos públicos, articula a ideia de que o crack seria o responsável por complexos problemas sociais no contexto brasileiro. Este conjunto de escritos e falas de autoridades públicas parte de princípios moralistas e emocionais sem se basear em informações de cunho científico. Tal conhecimento pouco tem contribuído para a elaboração de políticas públicas que visem a produção de alternativas viáveis para lidar com a questão do

consumo de crack no Brasil. É preciso a superação de estereotipagens e estigmatizações decorrentes de um contexto de sensacionalismos terroristas com relação às pessoas que usam crack, para a construção de um conhecimento pragmático.

Construir políticas públicas como respostas ao apelo midiático acaba produzindo mais sofrimento para a pessoa que usa drogas com enorme retrocesso dos avanços conquistados pelo SUS, podendo-se citar como exemplo a inclusão das Comunidades Terapêuticas – instituições privadas – na rede de saúde, com internações por até nove meses. É importante destacar que esse período de nove meses não encontra justificativa técnica ou científica, estando mais próxima da visão religiosa de renascimento. (LIMA, 2015)

Partindo de uma análise mais aprofundada sobre as políticas públicas para atenção e cuidado aos usuários de drogas no Brasil, é possível afirmar que existe um significativo atraso histórico neste campo, fato que se confirma pelo surgimento tardio de uma Política Nacional para Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas, do Ministério da Saúde, no ano de 2003. (BRASIL, 2003) O mesmo se deu no estado da Bahia, onde, somente no ano de 2011, foi criada a Superintendência de Políticas sobre Drogas com o objetivo de planejar, acompanhar e avaliar a execução de Políticas Públicas nesta área.

A partir do Plano de Enfrentamento ao Crack, que traz um novo modelo de atendimento e nova rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, as Comunidades Terapêuticas passam a integrar a Rede de Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas como instituições de regime residencial de caráter transitório. No estado da Bahia, a Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (Suprad) ligada à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos, lançou, em 2012, um edital para financiamento de dez Comunidades Terapêuticas em todo o estado, em caráter complementar à rede do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do SUS. Neste momento, existe o recrutamento de profissionais da saúde para o trabalho nestas instituições, não havendo ainda pesquisas suficientes que avaliem estes serviços na ótica da saúde, em decorrência da sua recente aproximação com as políticas públicas.

SURGIMENTO DAS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

O termo “Comunidade Terapêutica” foi primeiro utilizado por Maxwell Jones, que dirigia o hospital Dingleton, na Escócia. (KALINA; KOVADLOFF apud SABINO; CAZENAVE, 2005) Segundo Raupp (2006) podemos distinguir dois tipos de Comunidades Terapêuticas, atualmente: as psiquiátricas e os programas de tratamento residencial comunitário. A primeira forma pertence à psiquiatria social e foi desenvolvida pelo psiquiatra escocês Maxwell Jones, em 1952. Esta proposta se diferenciava da psiquiatria tradicional, pois buscava um tratamento sem hierarquias, com ampla participação dos pacientes em seu processo de tratamento e no cotidiano da instituição. A segunda modalidade se destinava ao tratamento para abusos de drogas, tendo como experiência pioneira a comunidade norte-americana denominada Synamon, fundada em 1958, e que tinha como princípio a ajuda prestada pelos próprios pacientes para a eficácia da recuperação.

A Comunidade Terapêutica (CT), em sua formação original, é uma instituição projetada e pensada como resposta à hegemonia médico-psiquiátrica. O objetivo era que os pacientes pudessem contribuir para a organização e para o funcionamento das atividades, através de assembleias e na construção de saberes que não fossem verticalizados. Desta forma, foi um modelo institucional que trouxe contribuições e pôde dialogar com a Reforma Psiquiátrica, como um modelo de tratamento que possibilitava a autonomia dos internos. No tratamento para abuso de drogas, as CT ganharam força no Brasil e no mundo preenchendo uma lacuna, pela falta de serviços destinados a esta população.

Traçando um panorama histórico, Amarante (2007, p. 43) apresenta as primeiras experiências de reforma psiquiátrica, algumas tão marcantes que até hoje seguem influenciando as experiências de tratamento. Como exemplo, o autor cita as Comunidades Terapêuticas, que produziram mudanças na própria estrutura institucional, lutando contra a hierarquização dos papéis sociais e democratizando as relações. Segundo o autor:

Cabe ainda ressaltar que esta proposta original e inovadora não tem nenhuma relação com as atuais ‘fazendas’ e ‘fazendinhas’ de tratamento de dependência de álcool e drogas, geralmente de natureza religiosa, que se denominam – de forma oportunista e fraudulenta – ‘comunidades terapêuticas’ para ganharem legitimidade social e científica.

Vemos, desta forma, que, hoje em dia, no Brasil, muitas instituições se autoneameiam “Comunidade Terapêutica”, mas a sua prática e seus princípios se afastam dos pressupostos e trabalhos originais que deram o respaldo e um lugar importante e significativo para estes serviços no campo da reforma psiquiátrica. Estas são iniciativas que recebem este nome, porém não estão alinhadas aos preceitos de uma atenção psicossocial.

Para Raupp e Sapiro (2008), as CT, atualmente, estão amplamente difundidas, embora ainda pouco estudadas. Seu crescimento pode ser justificado pela escassez de locais para tratamento dos usuários e de políticas públicas consistentes e abrangentes. Com base no estudo desenvolvido, as autoras concluem que as Comunidades por elas investigadas aplicam um modelo moral para embasar o tratamento, dificultando, desta forma, o desenvolvimento de singularidades. Também não faziam distinção entre uso, abuso e dependência, aplicando o mesmo tratamento para todos, com características “ortopédicas”, sem reconhecimento ou valorização das singularidades. Segundo Conte (2003), a maior parte das comunidades trabalha através da perspectiva religiosa e comportamental, com normas rígidas para enquadrar os pacientes nos moldes socialmente aceitos, tendo a abstinência como o único objetivo do tratamento.

Machado (2011) realiza estudo em uma comunidade terapêutica no estado da Bahia, definindo esta instituição como um empreendimento moral e religioso. O serviço estudado compreende o uso de drogas como uma “doença” em que a experimentação necessariamente leva a um uso problemático. Segundo a autora:

Intensifica-se, assim, nesse campo de governo de usuários de ‘drogas’ – as comunidades terapêuticas evangélicas – uma visão particular que entende a interação entre homens e SPAs como problema moral e religioso: o consumo de ‘drogas’ é percebido como ‘fraqueza de espírito’ e desapego com deus, que permitiram que o demônio conduzisse a vida dos usuários. Assim, a ‘droga’ passa a significar um instrumento utilizado pelo diabo para arruinar vidas e o ‘viciado’ um sujeito que não desfruta de liberdade ou autonomia, pois o sentido específico do sofrimento é encontrado na consequência da ação direta do demônio, e sua *libertação* se dará apenas por meio da experiência com deus. (MACHADO, 2011, p. 59, grifo do autor)

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE E AS COMUNIDADES TERAPÊUTICAS

Trazendo reflexões sobre alguns pressupostos do Sistema Único de Saúde no Brasil, Paim (2009) apresenta os princípios destes serviços derivados da moral, da ética, da filosofia, da política e do direito. Entre os princípios do SUS, estão a universalidade, a integralidade e a equidade, com um importante aspecto voltado para a preservação da “autonomia” das pessoas, respeito à dignidade humana e liberdade de escolha. Impõe-se, assim, a “emancipação dos sujeitos” e não a sua tutela, com um serviço baseado na igualdade da assistência, sem preconceitos ou discriminação, visando à autonomia e o poder de decisão dos usuários de saúde no Brasil.

O Ministério da Saúde, através da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (2003) compreende que a “abstinência não deve ser o único objetivo” no tratamento de usuários. Para cuidar de vidas humanas, deve-se acolher sem julgamento as escolhas que são feitas e lidar com as “singularidades”. Esta política destaca a redução de danos como um caminho promissor já que esta traça, com os usuários, estratégias, estimulando sua participação e responsabilidade em seu tratamento, aumentando o grau de liberdade desse indivíduo.

Vemos, assim, que a redução de danos (RD) é uma política de saúde alinhada aos princípios do SUS, proporcionando a autonomia do usuário e sua liberdade de escolha. É uma maneira, também, de se acolher a singularidade, compreendendo que cada usuário apresenta uma necessidade e uma relação com a droga que será sempre única, devendo também as estratégias de atenção acolher esse aspecto subjetivo. Um serviço que oferece apenas a abstinência como via de tratamento não está atento à diversidade dos casos ou aberta para acolher as necessidades de cada usuário, padronizando desta forma a terapêutica de forma única.

A Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia inspecionou 68 comunidades terapêuticas em todo o país, no final de 2011, tendo como resultado a produção do Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais para internação de usuários de drogas. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011) Nas Comunidades Terapêuticas inspecionadas, foram encontradas graves violações dos direitos humanos, como castigos e trabalho forçado. A conclusão do relatório é de que estas comunidades são espaços de devoção religiosa onde o tratamento busca substituir a dependência da droga pela submissão a um ideal religioso.

Existe, dessa forma, uma incompatibilidade com questões e orientações das próprias políticas públicas e do Estado laico, não sendo ofertada a possibilidade de escolhas religiosas ou a opção de não seguir um credo ou crença religiosa. Existem poucos profissionais de saúde trabalhando nestes locais e, quando estão presentes, “sua atuação encontra-se submetida a princípios religiosos e morais, pouco se orientam pelos saberes ‘técnico-científicos’, mas essencialmente, pouco se orientam pela ética de seu fazer”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011, p. 190)

Os pontos já apresentados neste trabalho revelam que as CT operam na lógica da abstinência e através das internações e do isolamento, sendo estes pontos críticos por se afastarem das construções e avanços alcançados pelas políticas de saúde.

INTERNAÇÃO E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Muitos trabalhos e autores foram trazidos para revelar as práticas ofertadas pelas CT no Brasil. Com uma orientação religiosa, estas instituições operam em uma lógica do isolamento em espécies de “fazendas” afastadas dos centros urbanos onde o usuário permanece por até nove meses. As internações já foram duramente criticadas por profissionais da saúde, por usuários destes serviços e seus familiares, demonstrando-se que este “tratamento” não contempla os aspectos psicossociais, provocando sofrimento e violações dos direitos. A reforma psiquiátrica brasileira promoveu grandes avanços e as garantias dos direitos para as pessoas com sofrimento mental, marcada pela aprovação da Lei nº 10.216 de 2001.

Um aspecto importante desta reforma no campo da saúde mental é a nova disposição para os serviços públicos nesta área, com um atendimento prioritariamente aberto, no próprio território e local onde reside o paciente. Serviços, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), tornam-se centrais no cuidado e a proposta é que haja uma redução no número de leitos em hospitais psiquiátricos. Com a aprovação da Lei de Reforma Psiquiátrica, as internações passam a ser o último recurso, quando todos os outros se mostrarem insuficientes, com forte discussão sobre sua ineficácia e a violência institucional praticada.

Segundo Cruz (2006), a internação pode ser definida como intervenções terapêuticas oferecidas em um local em que o paciente reside, permanecendo 24 horas por dia, mesma lógica e estratégia de traba-

lho praticada pelas Comunidades Terapêuticas. O autor lembra que, no atual sistema de atenção aos usuários de drogas, a internação não deve ocupar um lugar central, o que foi confirmado pela constatação de que os resultados da internação não são superiores ao do tratamento ambulatorial e que este tem custos menores. Segundo ele: “na comparação de resultados de tratamento de pacientes atendidos em internação, em atendimento ambulatorial intensivo e ambulatorial-padrão não foram encontradas diferenças significativas”. (CRUZ, 2006, p. 117)

Os avanços conquistados através da reforma psiquiátrica tropeçam, neste momento, com o debate em torno da atenção ao consumo de drogas. Diante do baixo investimento público na rede de atenção psicossocial, com poucos CAPS-AD em funcionamento, as CT foram ganhando espaço para o atendimento às pessoas com uso problemático de drogas. Além de um retorno à lógica excludente da internação e da abstinência, o crescimento das CT marcam, também, a força e poder das instituições privadas que ganham, cada vez mais, ascensão e destaque como dispositivo de cuidado aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com uma rede de atenção precária e negligenciada pelo governo, as comunidades terapêuticas cresceram nos últimos anos enquanto instituições privadas, ganhando destaque com o Plano de Governo “Crack é possível vencer”. Com a nova política sobre drogas, estas comunidades passam a integrar a Rede para Atenção ao Consumo Abusivo de Alcool e Outras Drogas, podendo receber financiamento público, apesar do posicionamento contrário ao financiamento destas instituições emitido pela IV Conferência Nacional de Saúde Mental e XIV Conferência Nacional de Saúde.

Sabemos que o tratamento em comunidades terapêuticas visa a abstinência e a uma vida sem drogas, mas este ideal de um mundo sem drogas é impossível, visto que a história das drogas atravessa a própria história da humanidade, não havendo sociedade sem algum tipo de droga. Há mais de 100 anos, está em pauta uma política de “guerra às drogas” e, após tantos anos de combate, podemos constatar que há um fracasso na tentativa de erradicar este uso. Ao contrário, hoje acompanhamos um aumento do consumo de substâncias, especialmente em países sul-americanos, assim como o aumento da violência associada ao tráfico e à proibição.

Respeitando as escolhas e decisões tomadas pelos usuários, a Redução de Danos é uma Política de Saúde que tem como objetivo reduzir os riscos e danos associados ao uso de substâncias psicoativas, com base no respeito à diversidade e acolhendo os usuários de maneira singular, compreendendo o que é possível ser feito em cada caso. Importante recurso para o tratamento, a Redução de Danos tem eficácia comprovada e pode servir como os primeiros passos para aproximar o usuário dos serviços de saúde, já que estes não exigem a abstinência. Também é ferramenta importante para que o usuário possa se deslocar da posição de “assujeitamento” diante da substância e passe a ser protagonista em seu autocuidado, responsabilizando-se por este uso.

A internação não pode se tornar uma prática comum e porta de entrada dos usuários nos serviços de saúde. A lei da Reforma Psiquiátrica prevê que, no tratamento dos usuários, “a internação deve ser a última opção”, quando todos os outros recursos se mostrarem ineficazes. O usuário deve ter protagonismo no seu tratamento, como sujeito de direitos, com estratégias que possibilitem a construção de sua autonomia e o respeito às singularidades.

REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2007.

BECKER, H. *Outsiders studies in the sociology of deviance*. New York: The Free Press, 1966.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Lex: coletânea de legislação e jurisprudência*, Brasília, DF, p. 742 -743, dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 131. Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e Distrito Federal para apoio ao custeio de serviços de atenção em regime residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial. *Lex: coletânea de legislação e jurisprudência*, Brasília, DF, p. 592 -594, dez. 2011.

BRASIL. *Política do Ministério da Saúde para atenção integral aos usuários de álcool e drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Textos básicos de Saúde, B). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 20 set. 2004.

- BRASIL. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. (Textos básicos de Saúde, B). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 20 set. 2007.
- BASTOS, F.; BERTONI, N. *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: Ed. FIOCRUZ, 2014.
- BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Ed. UnB, 1996.
- BUTLER, J. Vida precária. *Contemporânea – Revista de Sociologia da UFSCar*, São Carlos, n. 1, p. 13-33, jan./jun. 2011.
- CARNEIRO, H. *Filtros, mezinhas e triacas: as drogas no mundo moderno*. São Paulo: Xamã, c1994.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF, 2011.
- “(O) CRACK é uma epidemia”, diz Draúzio Varella. *Globo News*, 20 mar. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/globo-news/noticia/2013/03/o-crack-e-uma-epidemia-diz-drauzio-varella.html>>. Acesso em: 11 mar. 2016.
- CRUZ, M. Internação versus tratamento ambulatorial. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006.
- CONTE, M. *A clínica psicanalítica com toxicômanos: o “corte & costura” no enquadre institucional*. Santa Cruz do Sul, RS: EdUNISC, 2003.
- FOUCAULT, M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- GOLDMAN, C. et al. (Org.). *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2010.
- LEVINAS, E. *Entre nós: ensaios sobre a alteridade*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
- LIMA, D. A prática do psicólogo em comunidades terapêuticas: desafios éticos e políticos. In: FERNANDEZ, Marcelo Magalhães Andrade et al. (Org.). *Drogas e políticas públicas: educação, saúde coletiva e direitos humanos*. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 163-176. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/10515075-Drogas-e-politicas-publicas-educacao-saude-e-direitos-humanos.html>>. Acesso em: 19 set. 2013.
- MACHADO, L. *Do crack a Jesus: um estudo sobre carreiras de usuários de substâncias psicoativas em uma comunidade terapêutica religiosa*. 2011.

123 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2011.

NUTT, D. et al. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. *The Lancet*, v. 369, n. 9566, p. 1047-1053, 2007.

OLIVEIRA, M. As internações, as drogas e a lei. In: OLIVEIRA, M. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF: CFP, 2012. p. 43-52.

PAIM, J. *O que é o SUS*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2009. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/#/5/>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

PETRUCO, D. A produção social do usuário de crack. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Drogas e cidadania: em debate*. Brasília, DF, 2012. p. 19-28. Disponível em: <<http://site.cfp.org.br/publicacao/drogas-e-cidadania-em-debate/>>. Acesso em: 10 fev. 2011.

RAUPP, L. *Adolescência, drogadição e políticas públicas: recortes no contemporâneo*. 2006. 150 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

RAUPP, L. M.; SAPIRO, C. A. “reeducação” de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia teoria e pesquisa*, v. 24, p. 361-368, 2008.

SABINO, M.; CAZENAVE, S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

CONSIDERAÇÕES SOBRE O CUMPRIMENTO DE MEDIDA EDUCATIVA INSTITUÍDA PELA APLICAÇÃO DA LEI Nº 11.343/06 EM UM CAPS-AD

Camile Batista Cabral

INTRODUÇÃO

O proibicionismo pode ser entendido como um posicionamento ideológico de fundo moralista. Corresponde a ações políticas direcionadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, por meio de proibições ou criminalização de condutas instituídas, especialmente com a intervenção do sistema penal, não deixando espaço para as escolhas individuais mesmo quando os comportamentos regulados não impliquem em prejuízo ou em um perigo concreto de dano a terceiros. (KARAM, 2010)

No que diz respeito ao uso de psicoativos, a política criminal proibicionista ainda em vigência, na maioria dos países ocidentais, surgiu nos Estados Unidos da América (EUA) e tem como principal direcionamento a repressão ao uso de drogas, idealizando a abstinência dos consumidores através da proibição ao comércio e consumo de drogas ilícitas.

Atualmente o debate sobre a legalização do uso de drogas ilícitas vem ocupando papel de destaque na mídia, em reuniões de líderes mundiais e organizações da sociedade civil. Diversos países vêm adotando um posicionamento diferente da política de “guerra às drogas”. A Holanda é considerada um dos países pioneiros de nova conduta diante da pessoa que faz uso de droga.

Em Portugal, desde o ano de 2001, foi adotada uma legislação que descriminalizou o uso de todas as drogas, mantendo o tráfico como ilegal. A nova lei portuguesa torna legal o porte de todas as drogas para consumo pessoal (quantidade pré-definida que uma pessoa usaria aproximadamente durante dez dias) como uma “infração administrativa”.

Nos Estados Unidos, 18 estados americanos já liberaram a maconha para fins medicinais. Nos estados do Colorado, Washington, Alasca e Oregon, o uso recreativo da maconha foi liberado após um referendo.

No Brasil, os avanços se referem à Lei nº 11.343/06 que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e descriminalizou o porte de drogas ilícitas para consumo próprio, trazendo avanços importantes, ao estabelecer critérios de tratamento diferenciados ao usuário e ao traficante. Entretanto, o uso ainda é passível de punição. (BRASIL, 2006)

Segundo Gomes (2006), houve uma descriminalização penal pela qual a posse de drogas ilícitas para consumo pessoal deixa de ser um ato ilícito penal (crime, no sentido técnico) passando a ser uma infração *sui generis*, não podendo ser imposta uma pena de prisão, que pode ser sancionada administrativamente ou de outro modo, de acordo com as medidas destinadas pelo artigo 28.

Quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas:

- I – advertência sobre os efeitos das drogas;
- II – prestação de serviço à comunidade;
- III – medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo. (BRASIL, 2006)

O fato de o consumo ainda ser um ato ilícito, passível de pena, faz com que a justiça encaminhe pessoas para o cumprimento de medida educativa em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) do município de Salvador (BA), onde, na ocasião da pesquisa, se produzia algumas inquietações frente ao discurso e à demanda da justiça que se apresenta no ofício judicial e entre aquele apresentado pelo usuário.

Uma parte dos profissionais do serviço questionava com frequência o fato de o CAPS-AD prestar este tipo de serviço, não dispensando muita atenção aos usuários que chegavam encaminhados pela justiça e, ainda, que a equipe do serviço, após ter instituído a “Oficina da Justiça” não havia realizado nenhuma avaliação a respeito da efetividade da proposta.

O presente estudo se propôs a investigar o significado da aplicação de medida educativa neste serviço pela Lei nº 11.343/06 do ponto

de vista dos usuários que cumpriram medida neste serviço, no final do ano de 2012, considerando, também, a visão dos profissionais, objetivando verificar qual a concepção dos participantes sobre a prática desenvolvida na instituição.

MARCOS HISTÓRICOS DA ASSISTÊNCIA EM SAÚDE AO USUÁRIO DE DROGAS

Estigmas e preconceitos são frequentemente observados em relação a pessoas que fazem uso de drogas, reflexo da construção política de um “mundo sem drogas” e da falta de compreensão do uso de substâncias psicoativas enquanto fenômeno inerente à cultura do ser humano. Há de se falar, portanto, em uma “diversidade de usos e de comportamentos tanto em relação aos produtos como em relação ao contexto social em que eles ocorrem”, evitando reducionismos. (SILVEIRA, 1996, p. 2)

Durante um considerável período da história da saúde pública brasileira, qualquer tipo de providência que necessitasse ser tomada com as pessoas que usavam drogas estava relacionado com a segurança pública, decidido pela justiça ou, ainda, com a assistência sendo feita por instituições de caridade ou instituições religiosas, ambas de caráter totalizante, que tinham como objetivo a abstinência. (BRASIL, 2005)

Em 2001, a Lei Paulo Delgado foi sancionada com algumas modificações, redirecionando a assistência em Saúde Mental. A partir de então, o Ministério da Saúde criou meios específicos para o financiamento dos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, novas estratégias para intensificar a desinstitucionalização e novos mecanismos de fiscalização, gestão e redução dos leitos psiquiátricos. Somente neste contexto, foi pensada uma política para as pessoas que apresentavam transtornos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, com inclusão da estratégia de redução de danos (RD). (BRASIL, 2005)

No ano de 2002, o Ministério da Saúde reconheceu o problema do uso abusivo de substâncias psicoativas como problema de saúde pública, implementando, no campo da saúde mental, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras Drogas com o objetivo de ampliar o acesso ao tratamento, à compreensão global desse fenômeno, à promoção dos direitos e à estratégia de redução de danos. (BRASIL, 2005)

Incluiu-se, nessa perspectiva de mudança, as ações voltadas para a atenção à saúde dos indivíduos que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, garantindo seu atendimento no Serviço Único de Saúde

(SUS), tanto em hospitais gerais quanto nos dispositivos extra-hospitais integrados ao meio cultural e à comunidade na qual estão inseridos, com ênfase na reabilitação e reinserção social a partir dos conceitos de rede, de território e da lógica de redução de danos. (BRASIL, 2003)

Os CAPS-AD e a estratégia de redução de danos

No ano de 2002, o Ministério da Saúde, através do Programa de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, criou as normas de implantação e cadastramento dos CAPS-AD pela portaria ministerial GM nº 336/02, de 19 de fevereiro de 2002.

Esse tipo de serviço tem como base para suas estratégias de atuação o modelo psicossocial e sua atenção deve estar voltada para o ambiente comunitário, integrado aos aspectos culturais da comunidade, além de articular ações com outras redes de tratamento, enfatizando os serviços oferecidos à reabilitação e reinserção social dos pacientes, oferecendo tanto atividades terapêuticas como preventivas. (BRASIL, 2004)

A assistência inclui atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico e outros), atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias que enfocam a integração do usuário na sociedade bem como a inserção familiar e social como um todo, além de refeições diárias e atendimento de desintoxicação. (CRUZ, 2006)

Atualmente, dentro dessa oferta de cuidado, destaca-se a estratégia de redução de danos que faz parte da Política Nacional Sobre Drogas e abarca um conjunto de ações de saúde cujo objetivo é minimizar as consequências do uso e dependência de substâncias psicoativas bem como a redução do risco de infecção por hepatites e HIV. (BRASIL, 2004)

O trabalho de redução de danos, nesta área, consiste em aconselhamento para o usuário visando reduzir o dano causado pelo abuso da droga. Portanto, cada droga tem uma característica diferente, pode causar um dano diferente para a saúde e este pode ser minimizado com estratégias diferentes. E é na aproximação com o usuário, na vinculação com o mesmo e no aconselhamento que podemos fazer com que ele reflita sobre o uso e, se assim o desejar, poder fazê-lo de maneira segura, minimizando os danos. (TRIGUEIROS; HAIEK, 2006, p. 356)

Dentre as singularidades dos Programas de Redução de Danos (PRD), destaca-se que: a) como nem todo indivíduo que faz uso de drogas consegue ou deseja parar de usá-las, os danos podem ser reduzidos sem necessariamente parar com o consumo; b) são capazes de ofertar

um conjunto diversificado e integrado de ações que vão desde a troca de seringas até ações de apoio à reinserção profissional, abrangendo prevenção, assistência e promoção da saúde; e c) são potentes facilitadores de acesso do usuário de droga ao sistema de saúde, pois estes costumam ser marginalizados em programas não específicos. (BASTOS, 2003)

Os PRD colaboram para uma reorientação do modelo de atenção aos usuários de drogas e, ao mesmo tempo, propõem um desafio para a implementação de novas práticas ancoradas nesta mudança pragmática, pois permitem que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, conseqüentemente, mais adequados às necessidades de cada usuário dos serviços, deslocando o usuário do lugar passivo (doente e/ou criminoso) para o lugar de cidadão autônomo.

LEGISLAÇÃO DO USO DE DROGAS

A representação do consumo de drogas em determinada sociedade é construída a partir de diversas concepções dos diferentes grupos sociais, do contexto socioeconômico, do interesse do Estado, da influência de políticas internacionais, dentre outros. No contexto de mudança para a sociedade urbano-industrial, apoiados pela medicina, vários Estados passaram a criar mecanismos de controle tais como restrição da disponibilidade no mercado, criando campanhas e leis para coibir o consumo. (TRAD, 2009)

Palhano (2000) descreve que esse movimento proibicionista culminou com a intransigência em relação às drogas por parte dos EUA, principalmente com relação ao álcool, pois estas seriam a causa de problemas como pobreza, crime, violência, destruição familiar, falências financeiras, dentre outros, e os sujeitos que faziam uso destas substâncias passaram a ser vistos de forma marginalizada. “No cenário brasileiro os estudiosos imputam motivação semelhante na proibição da maconha [...]. A expansão do uso da cannabis entre os séculos XVI e XX no Brasil se deu preferencialmente entre negros e índios, relacionando-se aos setores marginalizados da sociedade”. (ARAÚJO; MOREIRA, 2006, p. 13)

Neste período, no Brasil, já haviam sido promulgados alguns decretos, durante a República Velha, com base, principalmente, na Convenção de Haia, de base proibicionista que restringiam a venda de drogas a locais determinados (farmácias e boticários), aprovavam medidas para dificultar o uso de ópio, de morfina e de derivados da cocaína e

estabeleciam que o internamento do usuário poderia ser solicitado por ele próprio, pela família ou por um juiz.

No ano de 1932, na Era Vargas, foi promulgada a Lei nº 30.930 que instituiu a pena de prisão e internamento por tempo indeterminado ao indivíduo que estivesse portando qualquer substância considerada entorpecente. (TRAD, 2010) A partir de então foram lançados outros decretos-lei que passaram a considerar a toxicomania como uma doença de notificação obrigatória, listando quais eram as substâncias ditas entorpecentes, tratando da internação e interdição dos toxicômanos, dentre outros. (TRAD, 2010)

Em 1976, instituiu-se legalmente no Brasil medidas de prevenção e de repressão ao tráfico e uso de substâncias psicoativas ilícitas, através da Lei Antitóxica de nº 6.368/76 sancionada pelo então presidente da República, Ernesto Geisel. De acordo com esta legislação, que descreve e regulamenta as medidas proibicionistas, as drogas podem ser separadas em lícitas e ilícitas. As lícitas são representadas pelos medicamentos (analgésicos, anticolinérgicos, tranquilizantes, anorexígenos, antitussígenos, etc.), produtos industriais (éter, clorofórmio, removedores, thinner, colas, etc.) e outras substâncias, como o álcool e o tabaco, cuja produção, comercialização e consumo são liberados e controlados por diversas organizações como o Ministério da Saúde, da Indústria e Comércio, dentre outros. As ilícitas são substâncias proibidas, por leis, de serem produzidas, comercializadas e consumidas. (PALHANO, 2000)

Outros países adotaram postura semelhante aos EUA, com exceção dos países europeus nos quais a campanha liberacionista ganhou força por acreditar-se que a liberação do consumo extinguiria as quadrilhas de traficantes. Em 1976, formalizou-se a Lei Holandesa do Ópio cujos objetivos iniciais eram reduzir a criminalidade, prevenir a dependência química e trazer melhorias na segurança da sociedade.

Nas décadas seguintes, passaram a surgir órgãos governamentais para coordenar pesquisas e ações referentes às drogas sempre ligadas ao sistema judiciário. Até 1998, as políticas públicas priorizavam a repressão ao tráfico visando à redução da oferta. Até esta época, também, quando a dependência passou a ser vista como doença, as ações do Ministério da Saúde estavam baseadas no modelo hospitalar, priorizando as internações em hospitais psiquiátricos. (AS TRANSFORMAÇÕES, 2009)

No ano de 2002, foi lançada a Lei nº 10.409/02 que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou dro-

gas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde. (BRASIL, 2002)

Nesse contexto, nota-se que, mesmo quando o uso de drogas estava relacionado a uma doença, ao uso ou ao porte, poderia ser instituída a prisão ou o internamento em manicômios. Não havia distinção entre os diversos tipos de relação com a droga: a todos eram determinadas medidas semelhantes.

Atualmente, no que diz respeito às políticas públicas sobre drogas em nosso país, em 2006, entrou em vigor a Lei n° 11.343/06, substituindo as leis n° 6.386/76 e 10.409/02. Tal como as anteriores, esta segue com as diretrizes proibicionistas internacionais, mantendo as intervenções penais sobre consumidores, produtores e distribuidores de drogas tidas como ilícitas, mas contempla, também, a lógica preventivista para o usuário e o dependente. (GOMES, 2006; KARAM, 2008)

Os eixos centrais dessa nova legislação passam, dentre outros, pelos seguintes pontos:

- (a) a pretensão de se introduzir no Brasil uma sólida política de prevenção ao uso de drogas, de assistência e de reinserção social do usuário;
- (b) a eliminação da pena de prisão ao usuário (ou seja, em relação a quem tem a posse da droga para consumo pessoal);
- (c) rigor punitivo contra o traficante e financiador do tráfico;
- (d) clara distinção entre o traficante “profissional” e o ocasional;
- (e) louvável clareza na configuração do rito procedimental;
- (f) inequívoco intuito de que sejam apreendidos, arrecadados e, quando o caso, leiloados os bens e vantagens obtidos com os delitos de drogas. (GOMES, 2006, p. 7)

No que diz respeito ao comércio ilegal, houve um aumento da pena mínima e, no que se refere ao porte de drogas ilícitas para o uso pessoal, estabelece como possibilidade de pena advertência, prestação de serviço à comunidade, comparecimento a programa ou curso educativo e, nos casos de descumprimento, admoestação e multa. (BRASIL, 2006) Apesar do avanço em reconhecer as diferenças entre usuário, pessoa em uso indevido, dependente, traficante de drogas, tratando-os de forma diferenciada, com base nos pressupostos do Conselho Nacional de

Políticas sobre Drogas (Conad) e na suavização da pena ao usuário, a lei não estabelece critérios de diferenciação entre o que deve ser considerado para uso pessoal e o que deve ser entendido como tráfico de drogas. (BRASIL; BRASIL, 2007, 2006) Dessa forma, fica a cargo do juiz a interpretação do ocorrido.

Neste contexto, é importante que se compreenda o uso de drogas como um fenômeno complexo que perpassa por questões políticas, econômicas, sociais e culturais. A Lei nº 11.343/06 ainda mantém a lógica de que o usuário de drogas é uma pessoa doente ou, a partir do momento em que criminaliza, oportuniza a geração de estigmas e preconceitos em virtude do uso de psicoativos.

Discussões em âmbito mundial vêm considerando o ato de consumir drogas como sendo um ato privado, não lesivo para a coletividade. Nos países europeus que passaram a adotar legislações mais brandas, não houve aumento do consumo anterior, mas sim aumento da demanda em busca de orientação e assistência. (ACSELRAD, 2005)

O uso de drogas ilícitas e a instituição de medida educativa

Atualmente, como consequência do surgimento de novos cenários de consumo, dos diversos movimentos sociais, das mudanças no contexto político e do questionamento do modelo médico-jurídico, é possível ampliar a discussão sobre o consumo a partir da abordagem sociocultural que permitiu o surgimento de um novo modelo de assistência e também de prevenção: o modelo psicossocial.

Acompanhando a legislação vigente, o CAPS-AD pesquisado, do tipo II, oferece serviços que têm como base para suas estratégias de atuação o modelo psicossocial que consiste em “um conjunto de ações teórico-práticas, político-ideológicas e éticas norteadas pela aspiração de substituírem o Modo Asilar, e algumas vezes o próprio paradigma da Psiquiatria”. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 31)

Suas ações político-ideológicas trabalham em sintonia com os movimentos sociais que lutam pelo resgate da dignidade humana e dos direitos individuais e coletivos de cidadania, ao mesmo tempo sublinhando a particularidade da situação dos usuários de Saúde Mental. Suas ações teórico-técnicas referem-se à produção de novas formas de intervenção que possibilitem a construção de novos dispositivos que trabalhem pela transformação radical dos modelos institucionalizados e da ética em que se pautam. (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2003, p. 34)

Assim, neste CAPS-AD, a atenção está voltada para o ambiente comunitário integrado aos aspectos culturais da comunidade, além de estar articulado com outras redes de tratamento, enfatizando os serviços oferecidos, a reabilitação e reinserção social dos pacientes, oferecendo tanto atividades terapêuticas como preventivas dentro da lógica da redução de danos. (BRASIL, 2003)

O modelo da redução de danos se contrapõe à lógica da abstinência e considera que o consumo de drogas é impossível de ser eliminado por completo, sendo necessário admitir que existem diferentes tipos de uso e que o trabalho em prevenção deve despertar a crítica, estimulando o fortalecimento dos indivíduos e grupos ou classes sociais e a redução dos riscos de acordo com cada situação. (CANOLETTI; SOARES, 2005) Na perspectiva da RD, a educação não impõe a abstinência, somente a importância de se avaliar os riscos referentes ao uso de drogas e o objetivo da assistência prestada deve ser construído com o sujeito e não sobre ele. (ACSELRAD, 2005)

Considerando que é objetivo dos CAPS-AD desenvolver ações preventivas e, ainda, com a implantação da Lei nº 11.343/06, o CAPS-AD pesquisado passou a receber pessoas com encaminhamento por ofício judicial para o cumprimento de medida educativa.

A medida educativa constitui um tipo de pena alternativa que se tornou possível após a criação dos Juizados Especiais, porém não está prevista no Código Penal. Crimes de menor potencial ofensivo, tal como o uso de drogas ilícitas, não chegam a ser julgados e condenados, enquanto os contemplados com a pena alternativa respondem a processo, são julgados e condenados por um juiz com sentença definitiva.

De acordo com Viana (2011), na medida alternativa ocorre uma transação penal, ou seja, a partir de um juizado especial, é feito um acordo com o autor do fato e, após o cumprimento do mesmo, o processo é arquivado sem haver um direcionamento do nome para os antecedentes criminais.

A aplicação da Lei nº 11.342/06 em um CAPS-AD

O indivíduo que procurava o CAPS-AD na ocasião da pesquisa, após ter sido encaminhado pela justiça, era acolhido tal como os demais que procuravam o serviço por demanda espontânea ou por encaminhamento de algum serviço de saúde ou assistência social.

O acolhimento constitui-se como a porta de entrada para a rede de serviços oferecidos na unidade e diz respeito ao primeiro atendimento de qualquer indivíduo. É realizado com os objetivos de receber a demanda,

através de uma escuta qualificada, identificar se o usuário preenche os critérios de admissão institucional e favorecer o desenvolvimento de um bom vínculo com o mesmo. Acontece de forma individual, sendo realizado por técnico de nível superior que procura reconhecer a natureza dos fenômenos apresentados para o encaminhamento adequado da problemática explicitada: rede de assistência ou admissão.

O indivíduo que chegava ao serviço encaminhado pela justiça vinha de posse de um ofício expedido por um juizado especial que solicitava o cumprimento da medida por determinado período, que variava de caso a caso e, após o mesmo, o envio de relatório atestando que esta foi cumprida.

Após o seu acolhimento, de acordo com o relato do usuário sobre o seu padrão de consumo, sobre os relatos de prejuízos com este consumo e com a medida proposta pela justiça, este era direcionado ao cumprimento da mesma em atividades de grupo do serviço.

No período em que este CAPS-AD passou a receber tais pessoas (após a sanção da Lei nº 11.343/06), elas eram direcionadas para grupos e oficinas variadas. Entretanto, com o decorrer do tempo, segundo relatos de profissionais, foi observado que não era apropriado que estes participassem de atividades em comum com aqueles que estavam em tratamento, pois as demandas eram outras. Havia constrangimentos que favoreciam a criação de estigmas e preconceitos de ambas as partes. A partir de intensa discussão entre a equipe, foi criado um grupo específico para as pessoas que vinham encaminhadas pela justiça intitulada “Oficina da Justiça”, que permanece até hoje.

Durante a observação de três encontros deste grupo, verificou-se que nesta atividade são discutidos temas sobre a Lei nº 11.343/06, descriminalização e legalização do uso, participação/organização política do usuário, efeitos das drogas no organismo e medidas de redução de danos (cuidados e responsabilização com o uso), consumo abusivo de drogas lícitas (álcool, cigarro e medicações), desmistificação da “demonização” do uso de crack e ainda da sua relação com a mídia e outros que possam surgir de acordo com as dúvidas e questionamentos dos participantes.

Dessa forma, os indivíduos que, na ocasião da pesquisa, iam a este serviço para cumprir medida, eram sempre encaminhados para esta oficina e, no caso da medida ser mais extensa ou quando se identificava que o uso do mesmo sugeria algum prejuízo em determinada área de sua vida, a medida poderia ser complementada na “Oficina de Redução de Danos”.

A Oficina de Redução de Danos foi criada para usuários em tratamento, mas, por ser do tipo aberta e consistir em um espaço educativo, informativo e terapêutico que atua na visão de redução de riscos e danos e que permite ao sujeito discutir, refletir sobre seu uso/abuso de drogas e fazer esse uso/abuso com mais segurança, ela também era disponibilizada como um recurso ao usuário que chegava via justiça.

Após cumprir a medida nas atividades de grupo propostas, o mesmo finaliza sua estada no serviço com um atendimento individual com o técnico que o acolheu. Neste momento, caso fosse identificado um padrão de consumo abusivo de drogas, era ofertada a possibilidade de iniciar um acompanhamento no serviço se assim o desejasse. Entretanto, era ínfima a quantidade de pessoas que tinham necessidade e/ou interesse em parar ou reduzir o consumo. É neste momento, também, que o mesmo recebia o ofício atestando o cumprimento da medida e era orientado a levá-lo até o juizado que o encaminhou.

Os usuários que concordaram em participar desta pesquisa eram, em sua maioria, do sexo masculino, sendo apenas um do sexo feminino, com idade entre 25 e 40 anos. Dentre a amostra, foram identificadas duas pessoas que afirmaram não fazer uso de qualquer tipo de droga. Uma delas afirmou que apenas estava próxima a pessoas que estavam fazendo uso no carnaval e a outra havia emprestado o carro a um amigo que fazia uso e deixou a substância em seu carro, sendo surpreendido em *blitz* policial.

A maioria dos participantes usuários trabalhava formalmente, fazia uso de maconha e/ou cocaína desde a adolescência e foi abordada durante a festa de Carnaval de Salvador, no circuito Barra-Ondina.

Os profissionais que participaram da pesquisa foram das seguintes categorias: Redutor de Danos, Médico Psiquiatra, Técnico de Enfermagem, Assistente Administrativo, Assistente Social e de Psicologia. Todos atuavam profissionalmente no serviço há pelo menos cinco anos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para a análise dos resultados, foi adotada a metodologia da análise do discurso, sendo construídas categorias relacionando os discursos dos sujeitos da pesquisa à fundamentação teórica. Foram recortados excertos das falas dos informantes, a partir da aplicação de questionários e entrevistas semidirigidas que formaram as unidades de significação, em que se procedeu a reflexões sobre os significados da experiência

de uma determinada intervenção sobre seus recursos metodológicos, materiais e humanos envolvidos.

A percepção do profissional sobre a instituição de medida educativa pela justiça

Foi questionado aos profissionais do CAPS-AD pesquisado o que estes pensavam a respeito deste serviço ser um local onde se cumpre medida educativa. A maioria trouxe, em seu discurso, respostas referentes à efetividade da medida, apontando que, pelo fato de o indivíduo ir ao serviço contra a sua vontade e por serem pessoas em sua maioria com perfil de uso ocasional/recreativo não consideram ser necessário e efetivo os mesmos estarem frequentando um serviço destinado àqueles que fazem uso abusivo de drogas.

Não é legal porque é uma coisa que vem obrigado e por experiência nessa área de álcool e outras drogas, acho que quando o paciente vem por conta própria, tem mais efeito o tratamento dele e essa coisa da medida judicial, eu acho que não acrescenta em nada na vida do paciente. (PROFISSIONAL 3)

Observa-se, neste e em outros discursos, que os profissionais vislumbram a aplicação da medida com o objetivo de posterior adesão ao serviço da pessoa encaminhada. Na Lei nº 11.343/06 não há clareza conceitual sobre os objetivos e a forma de instituição da medida, entretanto, a imposição de tratamento não é contemplada na lei, salvo nos casos em que há a ocorrência de crime praticado por indivíduo considerado como dependente.

Viana (2011) e Dalbosco e Duarte (2013) entendem que, ao impor a aplicação de medida educativa, o fenômeno do uso de drogas deixa de ser visto sob a ótica da criminalização e penalização e que a atenção à pessoa que faz uso de droga deve ser voltada ao oferecimento de oportunidades de reflexão sobre o próprio consumo para favorecer a reflexão sobre as questões dos danos e do consumo e, ainda, como possibilidade de receber assistência integral do Estado.

Nesta perspectiva, foram encontrados discursos semelhantes na fala de dois profissionais. Um deles entende como importante o fato de o CAPS-AD ser local de cumprimento de medida e o outro relata que tinha uma visão negativa a respeito, mas que mudou de pensamento.

[...] muitas das vezes ela não conhece nada, nada mesmo sobre a questão da redução de danos, sobre como de repente se usar da melhor maneira possível suas drogas [...] e naturalmente sai daqui com um pouco de conhecimento. (PROFISSIONAL 2)

Segundo Lins (2009), a finalidade das penas alternativas transacionadas dizem respeito à prevenção, assistência, reinserção social ou redução de danos.

Outro profissional aponta que o CAPS-AD pode ser um local onde se aplica essa medida, mas sugeriu que esta também pudesse ser aplicada em outros locais, sendo questionado a respeito, mas sem trazer sugestões mais objetivas.

[...] Pode até ser o local. Mas talvez se a gente tivesse outros locais talvez pudesse ter uma efetividade melhor. (PROFISSIONAL 5)

Em uma pesquisa realizada na Central de Penas e Medidas Alternativas do Município de Presidente Prudente, constatou-se que nem sempre o cumprimento de pena ou medida educativa irá possibilitar o acesso a reais possibilidades de reflexão sobre o uso de drogas. Neste município, as instituições que recebem as pessoas para o cumprimento de medida são, em sua maioria, de cunho religioso cujas palestras educativas ofertadas não têm conseguido produzir alteração no quadro de demandas em virtude do foco de atuação. “[...] o que faz o beneficiário cumprir os cinco meses que lhe são impostos por determinação judicial, mas sem a efetiva mudança nas suas condições de vida”. (VIANA, 2011, p. 138)

Além da efetividade da medida estar muitas vezes associada pelos profissionais ao fato de o usuário parar de usar droga ou iniciar algum tipo de tratamento, surgiu nos discursos também o questionamento da efetividade associada à reincidência de diversas pessoas no serviço, associando-a a um tipo de punição. Ou seja, pessoas que já cumpriram medida em algum momento, foram novamente abordadas pela polícia em situação de uso ou de porte.

Depende. A gente tem história de pessoas que... de cinco, seis vezes aqui né? Aí eu não sei. Não sei o que essa pessoa vê com essa coisa da pena. Eu não acho né, eu acho que é mais para amedrontar, pra pessoa se sentir amedrontada [...]. (PROFISSIONAL 4)

Os profissionais do CAPS-AD Pernambués foram unânimes em não concordar com a instituição de medida para todo e qualquer uso de droga e apontam que a justiça poderia versar sobre os critérios para a instituição da medida.

Apesar de a lei distinguir conceitualmente os termos “usuário”, como aquele consumidor eventual, capaz de fazer uso controlado da substância e “dependente”, como doente, com tendência a aumentar cada vez mais o consumo e sem conseguir controlar o desejo para tal,

não há diferenciação no tratamento dispensado a ambos. (CASAGRANDE, 2010)

Sobre a forma como a medida é aplicada pelo serviço, há profissional que sugira que esta precisa ser avaliada melhor pela equipe. Guimarães (2007) fala sobre as fragilidades da legislação e afirma que não há uma definição nem estruturação adequada dos programas ou cursos educativos.

[...] tem que ser uma coisa trabalhada, a gente tem que pensar melhor como vai receber esse, esse apenas por assim dizer né?. Pensar bem o que que vai se fazer ou o que vai deixar de se fazer com ele. [...]. (PROFISSIONAL 5)

Outros profissionais apontaram, ainda, para a necessidade de haver uma melhor comunicação entre a justiça e o serviço e de um trabalho intersetorial mais próximo com o sistema judiciário e com a polícia visando uma abordagem mais qualificada.

[...] eles encaminham as pessoas de modo arbitrário, sem critério, sem procurar como o serviço funciona, sem procurar saber de que forma é, que essas pessoas serão acolhidas, enfim eu acho que tem um hiato ainda, né, que é uma comunicação melhor entre a justiça e a saúde. (PROFISSIONAL 1)

Durante o percurso da pesquisadora no serviço, notou-se que, apesar do pouco diálogo que existe entre o serviço e a justiça, já foi possível observar mudanças no que diz respeito ao tempo de duração de aplicação da medida. Anteriormente, os ofícios continham solicitações de meses de cumprimento da medida que, por vezes, até ultrapassavam o período determinado na Lei nº 11.343/06 que é de, no máximo, cinco meses, podendo chegar a dez meses no caso de reincidência. E, mais recentemente, as solicitações têm chegado com o pedido de determinado número de “semanas” ou “encontros”, linguagem que varia conforme o juiz que a determina.

A visão do profissional sobre o usuário

Os profissionais apontaram, de forma unânime, a respeito de que a maioria das pessoas que chegam ao serviço encaminhadas pela justiça não possuem demanda tampouco necessidade para realizar um tratamento. Geralmente, são pessoas que têm sua vida organizada, que trabalham e/ou estudam, sem queixa de qualquer prejuízo a respeito do uso.

[...] a maioria das pessoas que chegam encaminhadas pela justiça não vêm por essa necessidade de tratamento, vêm porque uma si-

tuação fortuíta, enfim, de exposição, de quando ela é pega na rua e é encaminhada. E não necessariamente essa pessoa apresenta demanda de tratamento ou qualquer tipo de sofrimento em relação à droga ou às vezes nenhum tipo de comprometimento. Na maioria das vezes são usuários eventuais ou pessoas que fazem uso de certa forma organizado da droga, que não chega a se comprometer com isso. (PROFISSIONAL 1)

Esta variável é compatível com a pesquisa feita na Central de Penas e Medidas Alternativas de Presidente Prudente, que também traçou o perfil das pessoas atendidas no programa apontando que 38% se declararam não usuários, 21% afirmaram ser usuários habituais, 17% declararam ser dependentes, 14% alegaram ser ex-usuários e 10% revelaram ser usuários ocasionais. (VIANA, 2011)

As pesquisadoras do referido estudo questionam a veracidade daqueles que se declararam não usuários, pois todos estavam em cumprimento de medida educativa por porte ou uso de drogas associando este fato à possibilidade de os mesmos estarem se sentindo coagidos por estarem em um órgão pertencente à política criminal ou por estes não realizarem críticas sobre o uso de drogas. Entretanto, observa-se que, no CAPS-AD pesquisado, já aconteceu, em várias oportunidades, de pessoas serem encaminhadas ao cumprimento da medida e também se declararem não usuários de drogas, alegando que estavam em companhia ou próximo de pessoas que estavam portando ou fazendo uso.

Uma parte dos profissionais entrevistados vê este usuário como pessoa de maior poder aquisitivo e que sua condição socioeconômica interfere na sua postura no serviço e, conseqüentemente, na forma como os profissionais lidam com ele.

Bucher (1996), ao discutir as questões éticas da prevenção ao uso indevido de drogas, aponta que o respeito aos valores, aos sentidos e aos direitos humanos deve atravessar as intervenções desta ordem. Entretanto, traz, também, a falta de neutralidade deste tipo de ação, pois, mesmo que contenha objetivos definidos, está passível de incidências de conteúdos pessoais, pois envolve questões de valores, que são socialmente determinados.

Espinheira (2002) discute, em um de seus trabalhos, a heterogeneidade social e cultural das pessoas que fazem uso de drogas e aponta que, apesar do uso de droga ser um fator comum a elas, cada uma se faz usuária de uma forma diferente. O autor aponta ainda que podemos vislumbrar diversas categorias de usuários e chama a atenção para que evitemos atitudes reducionistas ao equivaler consumidores e drogas.

É um usuário que tem um certo nível, uma certa renda, um poder aquisitivo maior, e aí por isso chega aqui com uma postura assim, agressiva, agressiva assim, não de violenta, mas agressiva de achar que é superior, uma postura né? de superioridade mesmo, de achar que muitas vezes só porque eles são profissionais formados que eles têm que ter, ser tratado de forma diferente. Que eles não se declaram usuários de drogas né? Pra eles é até uma contradição. Eles usam drogas mas não querem ser tratados como usuários. (PROFISSIONAL 6)

Consumidores diferentes têm acesso a produtos diferentes e, portanto, não devem ser vistos a partir de um mesmo enfoque. A droga não deve ser vista como sendo mais que o sujeito ou ele próprio ou ainda atribuída a determinado contexto social. (ESPINHEIRA, 2002)

A amostra deste estudo não foi suficiente para determinar um perfil que representasse a totalidade das pessoas encaminhadas pela justiça, mas, a julgar pelos dados coletados em prontuário dos participantes, é possível afirmar a respeito desta situação que possíveis posturas de resistência por parte das pessoas que são encaminhadas pela justiça podem não estar associadas a sua condição econômica, mas à própria obrigatoriedade da medida.

A respeito do fato de não quererem ser tratados como usuários de drogas, pode-se pensar em duas questões:

1. o perfil das pessoas encaminhadas pela justiça é de uso ocasional/recreativo e, portanto, um sujeito que tem múltiplos papéis na vida, cujo uso da droga não é uma questão central;
2. o fato de uma pessoa fazer uso de droga ilícita, mesmo que de forma controlada e tendo uma vida sem prejuízo por este uso, a simples condição de usar uma substância proibida, não é vista com bons olhos pela sociedade, fazendo com que usuários esporádicos sejam alvo de preconceitos, tenham preconceito entre si com relação ao tipo de produto usado e ainda preconceitos em relação aos usuários abusivos.

Além dos diversos desafios inerentes ao fenômeno de abuso de álcool e outras drogas, as crenças equivocadas do senso comum, construídas historicamente e, muitas vezes, reforçadas pela mídia de que a pessoa que faz uso de drogas é um doente ou possui desvio de caráter, o que requer internação ou prisão, representam um empecilho ao acesso aos serviços de atendimento e à busca de informações e, ainda, classifica todos os indivíduos de um grupo em torno de um único atributo, em detrimento das características individuais. (SILVEIRA et al., 2013)

Durante a observação da atividade da Oficina da Justiça, notou-se que, muitas vezes, há um notório preconceito com o uso do crack e uma permissividade com o uso da maconha. O indivíduo que faz uso de crack costuma, primeiramente, dizer que faz uso de outra substância e somente depois de ser abordado o tema da desmistificação em torno da “demonização do uso de crack”, sente-se mais à vontade para colocar em pauta seu padrão de uso da substância ou referir já ter usado. Tal profissional faz referência ao fato de a maioria das pessoas que fazem uso de maconha não se considerarem usuários de droga e costumarem não reconhecer a ilicitude do produto, pois, geralmente, não fazem uso de outra substância e consideram a maconha como uma substância natural e têm o uso como hábito e cultura, que passa a fazer parte do seu modo de ser.

Associado à expansão do consumo de maconha entre vários setores sociais, dentre eles, os meios artísticos e intelectuais, e o aumento de pesquisas que apontam essa substância como menos propensa a causar danos, quando comparada com outras drogas, inclusive drogas lícitas como o álcool, o uso desta substância tem se tornado cada vez mais aceito, inclusive por pessoas que não fazem uso. (MACRAE; SIMÕES, 2000)

“[...] As drogas não tem o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes [...]”. (ESPINHEIRA, 2002, p. 12) E quando se fala em “efeito”, este não pode ser reduzido aos efeitos químicos produzidos no organismo, que também variam mesmo quando se usa a mesma droga, pois o fornecimento e o modo como foi preparada são diferentes, mas, também, considerando o contexto e as razões para o uso.

Ainda acerca da visão sobre o perfil que costuma chegar ao serviço, um profissional faz a relação da forma como é feita a abordagem policial e de como esta pode estar repercutindo no perfil que chega o serviço.

O que a gente percebe é que assim, o de classe média, ele é abordado, é conduzido à delegacia, e aí é instalado o processo, e ele vem cumprir a medida. Mas as pessoas de classe baixa né, que moram na periferia..., esses jovens, eles não chegam. E eles são os que mais usam, drogas, e são os que mais são abordados pela polícia. E por que eles não chegam? Né? Por que a polícia age de uma forma violenta, né? Com uma repressão muito violenta mesmo. é...machucam, humilham, mal trata, faz todo tipo de ameaça e depois libera, toma a droga e libera. E não faz esse usuário, que mais necessitaria talvez de cumprir essa medida...Pra ter uma chance, de refletir sobre a questão da droga, ele não vem ao serviço. (PROFISSIONAL 6)

Apesar da Lei nº 11.343/06 fazer distinção entre o usuário e o traficante, esta ainda está vinculada ao proibicionismo, oportunizando a reprodução de dispositivos criminalizadores, a expansão do poder punitivo e a estigmatização de comportamentos, pessoas e do uso de substâncias. (CASAGRANDE, 2010)

A PERCEPÇÃO DO USUÁRIO SOBRE A INSTITUIÇÃO DE MEDIDA EDUCATIVA

A possibilidade de comparecer a um programa educativo como medida alternativa ao uso de drogas ilícitas é um avanço, pois reduz um dano ainda maior à vida que é o aprisionamento da pessoa pelo simples fato de fazer uso de uma substância.

Sim, porque a pessoa fica por dentro do assunto e não tem que ir para a cadeia, [...], não atrapalha sua vida sendo preso. (USUÁRIO 9)

Entretanto, foi questionado aos usuários se a aplicação de medida educativa deve acontecer para todo e qualquer uso de drogas ilícitas, notando-se uma divergência entre a visão dos usuários e a visão dos profissionais do serviço. Os primeiros, em sua maioria, concordam com a aplicação de medida para todo e qualquer uso.

A medida educativa é melhor existir para poder abrir nossa mente cada vez mais [...]. (USUÁRIO 2)

Sobre os critérios para encaminhamento, só um indivíduo se colocou a respeito.

Deveria ser mais branda possibilitando a escolha do usuário em participar ou não de qualquer medida que seja. (USUÁRIO 8)

Conforme já foi abordado na categoria sobre a visão dos profissionais, a Lei nº 11.343/06 não versa sobre critérios para indicação de medida educativa, ficando a cargo do juiz determinar as formas de cumprimento. No caso das pessoas que frequentaram a atividade ofertada pelo CAPS-AD pesquisado, a instituição da medida foi apontada como uma possibilidade de acesso à informação para si, para os amigos e, ainda, de compreensão sobre a relação do homem com as drogas ao longo da história.

[...] me deixou esperto em relação do que eu pensar antes de usar qualquer tipo de droga. (USUÁRIO 10)

Sobre a implicação em iniciar algum tipo de acompanhamento psicossocial, ao serem questionados se se sentiam motivados para tal, todos os participantes foram unânimes em responder que não.

No II Levantamento Domiciliar sobre drogas no Brasil (CARLINI, 2006) foi apontado que 22,8% da população brasileira pesquisada já fizeram uso na vida de drogas ilícitas, sendo a maconha a droga ilícita de maior frequência. Entretanto, quando investigado sobre a estimativa de pessoas dependentes, a dependência com relação ao álcool e tabaco apareceu em primeiro lugar, com incidência de 12,3% e 10,1%, respectivamente, ficando a maconha em terceiro lugar, com incidência de 1,2%.

Esses dados ajudam a desmistificar a associação existente entre o uso de um produto proibido com a real necessidade de fazer algum tipo de tratamento para parar ou reduzir o consumo, pois aponta que a maior incidência de dependência vem acontecendo com as drogas lícitas.

A decisão de uso se dá no espaço privado sendo, portanto, pessoal e por isso é importante que se considere a consciência crítica e a responsabilidade de cada um diante de si e do outro, como alternativa à interferência do Estado na vida privada como forma de superação de problemas. (ACSELRAD, 2005)

Numerosos estudos epidemiológicos, sociológicos e estatísticos demonstram a existência de um contingente mais ou menos importante que consome produtos qualificados como tóxicos e que não faz uma demanda de ajuda. Independentemente de qualquer consideração moral, ideológica ou mesmo médica, podemos dizer que esse consumo não produz um efeito sintomático ao ponto de que a pessoa portadora desse hábito se veja obrigada a ir consultar um “especialista”. Concretamente, a droga não faz um sintoma por ela própria, é uma prática completamente codificada pelo sujeito.

Com relação ao impacto da medida na vida dos participantes, podemos perceber na fala dos mesmos que o fato do uso ainda ser penalizado, oferece margem para uma atuação repressiva por parte da polícia, fazendo com que o usuário e outros que não o são estejam sujeitos a condutas inadequadas e/ou violentas. Somente três participantes alegaram uma abordagem adequada.

Foi bem agressiva. Não dei motivos. Estavam só eles. Mim agredirão e mim levarão preso. Mesmo sem ser usuário. (USUÁRIO 7)

Agressiva e truculenta. (USUÁRIO 8)

Apesar da Lei nº 11.343/06 definir que não pode mais haver prisão em flagrante, verifica-se, na fala dos participantes, que dois de-

les chegaram a ser presos, mesmo que por um curto período de tempo (detenção). É comum no grupo a queixa sobre a forma de abordagem durante as festas de Carnaval no Circuito Barra-Ondina. Os policiais costumam fazer uma intensa abordagem de pessoas e vão fazendo uma “corda de pessoas”. Um participante do grupo relatou que a corda é feita com uma média de 45 pessoas, que ficam a noite toda esperando para serem levadas à Delegacia de Tóxicos e Entorpecentes (DTE) e ainda sobre o constrangimento de ficar “acorrentado” em frente aos camarotes.

A manutenção da criminalização da posse de drogas para uso pessoal prevista na Nova Lei de Drogas nega direitos fundamentais e permite que o Estado atue de forma invasiva sobre a liberdade individual e reproduza ações repressivas e violentas aos consumidores. (KARAM, 2008)

Ainda sobre repercussões da medida, alguns trouxeram o risco desta prejudicar sua vida social, pois os familiares tomaram conhecimento do uso no momento da chegada do ofício e outros referiram prejuízos no trabalho. Outro participante trouxe que a medida repercutiu positivamente em seu contexto social e interesse pela temática.

Me fez acordar ainda mais para o fato de estudar a política de redução de danos e todo o tema de uso e usuários. (USUÁRIO 8)

Durante as discussões do grupo, o coordenador da atividade sempre questionava os participantes sobre a legalização do uso de todas as drogas. A maioria se posicionava contra, alguns defendiam a legalização da maconha e outros relatavam que o crack jamais poderia ser legalizado. No questionário aplicado aos usuários, perguntou-se aos mesmos se teriam alguma sugestão de mudança na legislação brasileira sobre drogas.

A legislação está caminhando para um tratamento mais humanitário, com políticas de redução de danos, mas deve-se legalizar o uso. (USUÁRIO 8)

A visão do usuário sobre a aplicação da medida pelo CAPS-AD

Sobre os temas discutidos, foi apontado que estes foram abordados de forma aberta e diferenciada, favorecendo o esclarecimento e tratando de questões das quais não se costuma falar e, ainda, que discussões semelhantes deveriam ser feitas em outros espaços.

Sabe-se que a oferta de palestras em escolas ou ambiente de trabalho costuma se restringir aos malefícios causados pelo uso da droga. O uso não é tratado de forma aberta e acaba não tendo resolutividade enquanto medida preventiva. Abordar o tema sob a perspectiva da redução de danos favorece o esclarecimento e uma análise crítica sobre o uso.

[...] é uma forma de atribuições de direitos. (USUÁRIO 8)

Sobre os riscos do uso de drogas e as medidas preventivas, Bucher (1996, p. 67) infere:

[...] Os 'riscos' aos quais elas expõem são com frequência riscos calculados ou desejados, seguindo processos psíquicos complexos que não se deixam 'combater' de fora, nem por amedrontamentos nem por simples proibições. Tais riscos remetem, de fato, ao componente ético da conduta humana; cabe abordá-los nesse nível para que o conjunto das ações de prevenção adote feições humanas e tenha alguma probabilidade de êxito.

Oferecer uma abordagem preventiva dentro da perspectiva da RD nos serviços de saúde pode evitar a exposição do usuário a outras situações de risco, além de ser um fator de aproximação da instituição de saúde. As estratégias de redução de danos que se caracterizam pela tolerância e evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas são importantes para incentivar o dependente a cuidar de si, reduzindo os problemas associados ao uso não só para si, como para a família e a comunidade. (BRASIL, 2003)

Dois dos usuários trazem uma questão importante no que diz respeito à importância da abordagem do tema ocorrer de forma aberta e em outros espaços, como nas escolas.

De acordo com Acselrad (2005), ainda prevalece, na totalidade se não na maioria das escolas, a abordagem do fenômeno das drogas sob o ponto de vista moral e legal, repetindo o discurso proibicionista, não abordando a questão da autonomia, o que limita as possibilidades de ação ao reduzi-la aos efeitos que causa no organismo. A autora traz, ainda, a necessidade das escolas modernizarem suas abordagens preventivas para favorecer que o próprio sujeito avalie os riscos e danos de suas condutas.

A utilização da abordagem proibicionista na prevenção do uso de drogas ilícitas favorece a construção de uma imagem negativa da própria condição de ser usuário, nega o risco das substâncias lícitas e as tolera, pouco se discutindo os prejuízos à saúde do uso abusivo do álcool e das dependências medicamentosas, além de não se falar do uso involuntário de substâncias tóxicas nos trabalhos nas indústrias e agricultura. (ACSELRAD, 2005) Um profissional também chama a atenção para este fato quando questionado sobre alguma sugestão para a legislação sobre o uso de drogas ilícitas.

Em relação ao uso de substância ilícita né? Não sei... porque tem tanta substância lícita que traz tanto problema à pessoa né? (PROFISSIONAL 4)

Ao serem questionados sobre a forma como o profissional conduz a atividade, a maioria das pessoas relatou que se sentiram à vontade, avaliando a condução de forma positiva. Sobre a sua participação, entendem que foi positiva e chamam atenção para a forma como a medida vem sendo aplicada, ao possibilitar uma reflexão política e estimulando a lutar por direitos. A pessoa que faz uso de drogas deve ser tratada como responsável pelos seus próprios atos, isto é, uma conduta pautada no respeito favorece a integridade daqueles que já fazem uso de forma consciente e facilita a aproximação com aqueles que fazem uso abusivo. (LINS, 2009)

No Brasil, a sociedade civil é pouco mobilizada na luta por fazer valer os seus direitos. Assim, é importante que as abordagens em prevenção e em saúde tragam questões que favoreçam a reflexão crítica do atual contexto social e econômico, favorecendo assim o empoderamento da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo se voltou para as experiências dos usuários de um CAPS-AD que procuraram o serviço para cumprimento de medida educativa, conforme previsão do art. 28 da Lei nº 11.343/06, tendo como referência sua participação na Oficina da Justiça e também as experiências dos profissionais do serviço.

Mesmo diante da satisfação dos usuários, seria interessante a equipe do serviço reavaliar a forma como a medida educativa vem sendo instituída, pois este espaço pode ser potencializado, oferecendo ao sujeito mais possibilidades de refletir sobre aspectos diversos referentes ao uso de drogas e sobre seus direitos.

É necessário que haja, ainda, um melhor diálogo entre a Saúde e a Justiça como forma de favorecer que a aplicação desta medida aconteça com critérios baseado nas evidências e nas necessidades trazidas pelos usuários e para que sejam feitas propostas de sensibilização com os profissionais da segurança pública no que tange à forma repressiva como os usuários vêm sendo abordados pela polícia.

Existem diferentes possibilidades de ação educativa, mas, para tal, se faz necessário que outras instituições que também atuam na prevenção do uso abusivo de drogas passem a considerar os diferentes tipos de relação do indivíduo com a droga, abandonando o discurso da abstinência e se pautando na valorização da autonomia, dos fatores de proteção e das escolhas individuais. É preciso provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção de cuidado. (BRASIL, 2009)

É necessária, ainda, a reconstrução dos mecanismos de controle individual e coletivos, pois, mesmo com quase um século de investimento em medidas proibicionistas, as drogas ilegais seguem cada vez mais acessíveis aos consumidores como um produto da sociedade capitalista que vem se adequando às exigências de mercado.

Por fim, aponta-se a importância de se realizar mais pesquisas na área, no sentido de favorecer o surgimento de novos dados sobre as possibilidades terapêuticas que são instituídas como medida alternativa visando favorecer a melhoria das ações e das abordagens já utilizadas com esta clientela e ainda estimular o debate sobre a Lei nº 11.343/06 e possibilidades de melhorias.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005. p. 183-212.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das drogas. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 9-14.

BRASIL. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] União*, Brasília, DF, dez. 2002.

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, DF, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2004. (Texto Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. 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, DF, 24 out. 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11343.htm>. Acesso em: 03 fev.2012.

BRASIL. *Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas*. 2007. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/CONAD/>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009. (Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1996.

CARLINI, E. A. (Org.). *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país*, 2005. São Paulo: CEBRID: UNIFESP, 2006.

CANOLETTI, B.; SOARES, C. B. Programas de prevenção ao consumo de drogas no Brasil: uma análise da produção científica de 1991 a 2001. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v. 9, n. 16, p. 115-129, set. 2005.

CASAGRANDE, F. F. *O Tratamento Penal da conduta de porte de drogas para uso pessoal na Lei 11.343/06*. Monografia. 2010. 79 f. (Bacharelado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: AMARANTE, P. (Coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, 2003. p. 13-44. v. 1.

CRUZ, M. S. Internação versus tratamento ambulatorial. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 113-122.

DALBOSCO, C.; DUARTE, P. A Política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASIL. Ministério da Justiça. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 5. ed. Brasília, DF: SENAD, 2013.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das Drogas. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Brasília, DF, 2002. p. 11-18.

GOMES, L. F. (Coord.). *Lei de drogas comentada: artigo por artigo lei 11.343/2006*. 6. ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2006.

GOMES, L. F.; BIANCHINI, A. *Usuário de drogas: a polêmica sobre a natureza jurídica ao art. 28 da Lei 11.343/06*. [200-]. Disponível em: <<http://www.lfg.blog.br>>. Acesso em: 14 fev. 2013.

GUIMARÃES, I. A nova orientação político-criminal para o crime de uso de droga. *Revista CEJ*, Brasília, DF, v. 11, n. 37, p. 44-47, abr./jun. 2007.

KARAM, M. L. A Lei nº 11.343/06 e os repetidos danos do proibicionismo. In: LABATE, B. C. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 105-122.

KARAM, M. L. *Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais*. LEAP BRASIL, Rio de Janeiro, p. 1-32, abr. 2010. Disponível em: <http://www.leapbrasil.com.br/site/wp-content/uploads/2017/03/10_Drogas-legislacao-brasileira.pdf>. Acesso em: 23 set. 2012.

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. In: NERY FILHO et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 243-267.

MACRAE, E.; SIMÕES, J. *Rodas de fumo: o uso da maconha entre camadas médias*. Salvador: EDUFBA, 2000. (Drogas: clínica e cultura).

MEYER, M. *Guia prático para programas de prevenção de drogas*. São Paulo: Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein, 2003. Disponível em: <http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/imagens/Guia_Prevencao_Albert_Eistein.pdf>. Acesso em: 22 out. 2012.

PALHANO, R. *Drogas: saiba mais ao seu respeito*. São Luís, MA: Lithograf, 2000.

SAMPAIO, C. M.; CAMPO, M. A. Redução de danos e saúde coletiva: reflexões a propósito das experiências internacional e brasileira. In: BASTOS, F. I. *Drogas, dignidade & inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Salvador: ABRD, 2003. p. 15-41.

SANTOUCY, L. B.; CONCEIÇÃO, M. I.; SUDBRACK, M. F. A compreensão dos operadores de direito do Distrito Federal sobre o usuário de drogas na vigência da nova lei. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 23, n. 1, p. 176-185, 2010.

SILVEIRA, D. X. Dependências: de que estamos falando, afinal? In: SILVEIRA FILHO, D. X. da; GORGULHO, M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p. 1-13.

SILVEIRA, P. et al. Estigma e suas consequências para usuários de drogas In: RONZANI, T. (Org.). *Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora, MG: Ed. EFJF, 2013. p. 249-274.

TRAD, S. *A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais*. 2010. Tese (Doctorat d'Antropologie de la Medicine) – Universitat Rovira i Virgili, Taragona, ESP, 2010. Disponível em: <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34577/TESI.pdf;jsessionid=C746DA1504997A783EE65E0842A249EC.tdx2?sequence=1>>. Acesso em: 1 out. 2016.

TRAD, S. Controle do uso de drogas e prevenção no Brasil: revisitando sua trajetória para entender os desafios atuais. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 97-112 .

(AS) TRANSFORMAÇÕES das políticas públicas brasileiras sobre álcool e outras drogas. *Psicologia Ciência e Profissão Diálogos – Álcool e outras drogas*, v. 6, n. 6, p. 11-13, nov. 2009.

TRIGUEIROS, D. P.; HAIEK, R. C. Estratégias de redução de danos entre usuários de drogas injetáveis. In: SILVEIRA, D. X. da; MOREIRA, F. G. (Org.). *Panorama atual de drogas e dependências*. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 355-357.

VIANA, C. *A importância da responsabilidade compartilhada na efetivação da medida na Central de Penas e Medidas Alternativas de Presidente Prudente tendo como proposta o enfrentamento à drogadição a partir do fortalecimento da rede de serviços*. 2011. 88 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social de Presidente Prudente, Faculdades integradas “Antônio Eufrásio de Toledo”, Presidente Prudente, São Paulo, 2011.

ESTUDO BIBLIOMÉTRICO SOBRE A PRODUÇÃO CIENTÍFICA BRASILEIRA EM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Gustavo Caribé

INTRODUÇÃO

A compreensão do consumo de drogas na sociedade perpassa, para além do entendimento da ação da droga e seus efeitos farmacológicos, as suas representações sociais, psicológicas e a forma como se dá este uso, o *setting* e suas significações. Apesar de uma política global de “guerra às drogas” que vem sendo implementada desde a segunda década do século XX, os problemas relacionados ao uso de psicoativos ilícitos só têm aumentado (MACRAE, 2001), reforçando a necessidade de reflexão sobre tema tão complexo em seus aspectos socioculturais, psicológicos, farmacológicos e outros.

A problemática que remete ao uso de substâncias psicoativas está relacionada ao uso das substâncias ilegais e ao abuso das substâncias lícitas. No entanto, pesquisadores como Vargas (2006) e Macrae (1997) afirmam que nem todo uso de álcool ou de outras drogas caracteriza, necessariamente, um problema de saúde. Já o abuso se constitui como um problema com o qual a sociedade ainda não sabe lidar. A exemplo disto, o consumo de álcool quando associado à condução veicular resultando em acidentes de trânsito (OLIVEIRA, 2001) ou, até mesmo, o abuso do consumo do tabaco com danos já comprovados à saúde, a exemplo do câncer de pulmão e do esôfago, além dos altos custos ocasionados ao Sistema de Saúde. (BRASIL, 2011)

Historicamente, a prática repressiva relacionada ao consumo de substâncias psicoativas é recente remontando aos séculos passados, em especial, ao período de ascensão da Igreja católica. Na Europa, nos séculos XIV a XVII, curadores tradicionais foram perseguidos pelas Santas Inquisições, acusados de realizarem práticas profanas de cura utilizando psicoativos com propriedades alucinógenas. (ESCOHOTADO,

1998; MACRAE, 1997) Apesar dos diferentes contextos, esse tipo de atitude adquiriu uma proporção mundial e ainda se manifesta no século XXI com a estigmatização do usuário e o preconceito permeando um imaginário social pejorativo tanto com a substância quanto com quem faz uso dela. (CARNEIRO, 2005; SILVA JÚNIOR, 2010)

Nas sociedades modernas, tais medidas repressivas são expressas através das políticas de repressão às drogas. Para Bastos (1993 apud MACHADO, 2006), a questão do uso abusivo de drogas foi pensada pelos formuladores de políticas sociais e de saúde em quase todas as sociedades, no imediatismo dos preconceitos, sem uma análise profunda do fenômeno.

Ao longo da última metade do século XX, o debate sobre a temática das substâncias psicoativas vem ganhando maior repercussão no mundo, principalmente em se tratando de drogas consideradas ilícitas.

Quando se discute a questão de drogas e os posicionamentos políticos para o enfrentamento das questões relacionadas ao consumo e abuso destas substâncias sejam lícitas ou ilícitas, estratégias como o proibicionismo (PEREIRA, 2009) e a abordagem de redução de danos são os principais mecanismos utilizados para lidar com esta questão. (BASTOS, 1998; BERRIDGE, 1993; FONSECA, 2005; REALE, 1997) O Brasil adotou a estratégia de redução de danos desde as primeiras iniciativas, em 1989, na cidade de Santos (MESQUITA, 1998; BUENO, 1998 apud SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2010) e, desde então, tem implantado enquanto política tais estratégias normatizadas na Portaria n° 1.059/GM, de 4 de julho de 2005. (BRASIL, 2010) Enquanto as políticas proibicionistas estão voltadas para a redução da oferta e da demanda de drogas, com intervenções de repressão e criminalização da produção, tráfico, porte e consumo de drogas ilícitas, as políticas e programas de redução de danos têm disseminado intervenções orientadas para a minimização dos danos à saúde, sociais e econômicos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas sem, necessariamente, coibi-lo. (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006)

No Brasil, a política de drogas se confunde com a Lei n° 6.368/76, elaborada durante a ditadura militar de 1964. Tal política, posta em prática naquele momento, reverbera até os dias atuais em que há a individualização do problema, reconhecendo o usuário como vilão e desresponsabilizando o modelo socioeconômico pelos danos decorrentes das relações que a sociedade mantém com as drogas. Nesse contexto, buscou-se a convocação da sociedade na luta contra as drogas, compreendendo o usuário de drogas como doente e/ou criminoso. (FIORE, 2005 apud MACHADO, 2006)

A manutenção da ordem social e a preservação das condições de saúde e de segurança da população brasileira serviram como justificativas para o estabelecimento de medidas de controle do uso de álcool e outras drogas. (MACHADO, 2006) Desta forma, as primeiras intervenções voltadas para o tratamento de usuários de substâncias psicoativas surgiram no campo da justiça penal e não no âmbito da Saúde Pública. (BOITEUX; RIBEIRO, 2010) Utilizando o discurso normativo da lei para a criação de serviços especializados para a atenção ao uso prejudicial e à dependência de drogas, caracterizou-se por apresentar uma importância secundária às ações de saúde quando, na verdade, o real interesse era a repressão da oferta/demanda de drogas. (MACHADO, 2006)

Na década de 1970, a concepção de combate às drogas passou a ser reformulada, já que esta se restringia ao campo da segurança pública, contrastando com a concepção do problema do uso abusivo de substâncias psicoativas que a situa no âmbito da saúde pública. Nesta última, tanto as drogas lícitas quanto às ilícitas são tidas como uma ameaça não à ordem social, mas sim à saúde da população no sentido amplo, visando, em particular, os danos associados ao uso de tais substâncias. (BUCHER; OLIVEIRA, 1994) Analisando de outra forma, o “fenômeno das drogas” tem oportunizado o questionamento das leis e a implementação de políticas voltadas para a assistência, prevenção. (BOITEUX, 2009)

Em 1980, foi criado o Conselho Federal de Entorpecentes (Confen) cujas principais funções foram definidas no Decreto nº 85.110, de 2 de setembro do referente ano. (MACHADO; MIRANDA, 2007) Embora este tenha se detido nas atividades de repressão à produção, tráfico e consumo de drogas, há relevância em algumas iniciativas do órgão para o desenvolvimento de práticas de atenção ao consumo de álcool e outras drogas no cenário brasileiro. (OLIVEIRA, 2009) Ainda estes autores salientam a criação dos Centros de Referência, na década de 1980, em sua grande maioria vinculados a universidades públicas. Tais Centros se voltavam não só para o desenvolvimento de ações de prevenção, assistência e redução de danos ao uso abusivo de álcool e outras drogas como, também, para a formação de profissionais qualificados para a atenção ao usuário de substâncias psicoativas e a realização de estudos e pesquisas sobre a temática.

No que tange à criação desses Centros de Referência em diferentes regiões do Brasil, alguns existem até hoje, como, por exemplo: o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (Proad), do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade

Federal de São Paulo (Unifesp); o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos (Cordato), da Universidade de Brasília (UnB); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad), da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid), do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). (MACHADO; MIRANDA, 2007)

O Confen foi extinto em 1998 ocorrendo, conseqüentemente, a sua transformação em Conselho Nacional Antidrogas (Conad), por meio do Decreto n° 2.362, de 19 de junho de 1998 – substituído pelo Decreto n° 3.696, de 21 de dezembro de 2000. O presidente Fernando Henrique Cardoso instituiu o Sistema Nacional Antidrogas (Sisnad), composto pela Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) e pelo Conselho Nacional Antidrogas (Conad). Essa reformulação institucional foi anunciada na Sessão Especial da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU), dedicada ao enfrentamento do problema mundial das drogas, realizada em junho de 1998. (MACHADO; MIRANDA, 2007)

Tais mudanças possibilitaram o aproveitamento da estrutura organizacional da política de drogas resultando na criação, posteriormente, da Secretaria Nacional Antidrogas (Senad) que, a partir do governo Lula, passou a se chamar Secretaria Nacional de Política Pública Sobre Drogas, tendo como propósitos a realização de um diagnóstico situacional sobre o consumo de drogas, seu impacto nos diversos domínios da vida da população e as alternativas existentes para a capacitação dos atores sociais que trabalham diretamente com o tema drogas, e também de multiplicadores de informações de prevenção, tratamento e reinserção social e a implantação de projetos estratégicos de alcance nacional que ampliam o acesso da população às informações, ao conhecimento e aos recursos existentes na comunidade. (BRASIL, 2013)

No decorrer dos anos 2000, diversas iniciativas se seguiram em direção à compreensão do fenômeno do uso/abuso de substâncias psicoativas para além do caráter repressivo e punitivo e ao fortalecimento de políticas direcionadas às implicações deste uso na saúde da população dentre as quais se destacam a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2001), que estendeu os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais aos usuários de álcool e outras drogas; a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas; a Lei n° 10.216/2002 que está em consonância com os

pressupostos e propostas da Organização Mundial da Saúde (SOUZA; KANTORSKI, 2007) e a nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD) (2005) que definiu como seus objetivos a busca incessante de atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas, reconhecendo as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de maneira diferenciada, de forma igualitária e sem discriminação.

Em seu estudo sobre o processo de construção da política de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas, Machado (2006) aponta que a escassez de informações a respeito dos problemas associados ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil dificultava uma avaliação sobre a necessidade de estabelecimento de medidas de controle. Considerando a necessidade de informações e evidências científicas para embasar a formulação e implementação de políticas sobre drogas no país, a Senad desencadeou, a partir da década de 2000, uma série de incentivos à produção de trabalhos acadêmicos que investigassem o consumo de substância psicoativa e suas articulações com os aspectos de natureza psicossocial, financeira, jurídica, biológica, entre outros. Tais incentivos eram disponíveis através de bolsas de pesquisas, concursos de monografias sobre a temática além de concursos de fotografia, jingle e curtas-metragens. (BRASIL, 2009)

Em 2006, a Senad implementou o projeto Rede de Pesquisa sobre Drogas cujo objetivo era o estabelecimento de um plano de formação de técnicos através da concessão de bolsas de mestrado e doutorado para alunos que desenvolvessem projetos de interesse da Política Nacional sobre Drogas (PNAD) sobre a temática “álcool e outras drogas”; tal iniciativa visava também fomentar a formação de recursos humanos em pesquisa na área de drogas. (BRASIL, 2005)

Apesar das iniciativas desencadeadas, pouco ainda se sabe sobre a produção específica na temática de álcool e outras drogas no Brasil, tornando-se necessário o desenvolvimento de investigações nesta perspectiva e entendendo que estudos nessa direção podem contribuir para a caracterização do estado da arte em relação à temática bem como à identificação de lacunas/áreas que carecem de novas investigações ou aprofundamento.

METODOLOGIA

O presente trabalho teve como objetivo realizar um levantamento das produções científicas brasileiras sobre a temática de álcool e outras drogas no âmbito da pós-graduação *stricto sensu*, no período de 2003 a 2012 e caracterizá-los acerca de seu quantitativo, sua área de produção, ano de defesa, universidades, região do país, financiamento e categoria.

Neste tópico, abordaremos os aspectos metodológicos desenvolvidos na pesquisa para obtenção dos resultados bibliométricos. Serão discutidos o desenho do estudo em que se caracteriza o perfil do estudo bibliométrico, além do procedimento de coleta, plataforma pesquisada, assim como, critérios de inclusão e exclusão, e, por fim, as estratégias utilizadas para o processamento da análise dos dados.

Desenho de estudo

Um estudo bibliométrico busca quantificar e descrever características da produção científica em uma determinada área do conhecimento através da aplicação de métodos matemáticos e estatísticos sobre as fontes bibliográficas. (ARAÚJO; ALVARENGA, 2011; CARVALHO, 2010) Neste sentido, foi realizado um levantamento da produção científica gerada em caráter de pós-graduação *stricto sensu*, investigando resumos de teses de doutoramento e dissertações de mestrado disponíveis no Banco de Teses da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e produzidas no período de 2003 a 2012.

Procedimentos de coleta de dados

A escolha deste intervalo de tempo se deu em função da presença de políticas públicas (Senad) indutoras da produção científica nessa área desencadeadas a partir dos anos 2000, caracterizadas pelo investimento em programas de incentivo para produção de teses e dissertações acerca do tema álcool e outras drogas.

O processo de busca ocorreu no período de maio a julho de 2013, sendo acessado o sítio virtual o Banco de Teses da Capes e consultado o Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), para identificar os descritores mais adequados a serem utilizados. Foram encontrados os seguintes descritores: cannabis, marijuana, drogas, entorpecentes, cocaína, uso de álcool, uso de tabaco e crack.

Para selecionar as teses e dissertações que participaram do estudo, foram definidos os seguintes critérios: a) inclusão: estudos que

problematizaram aspectos relacionados ao uso/abuso de substâncias psicoativas em suas mais variadas esferas: jurídicas, sócio-históricas, econômicas, farmacológicas, antropológicas, biológicas, psicológicas e políticas; b) exclusão: em caso da referência se deter a drogas que não contemplam a condição de psicoativos (psicotrópicos), além do período de defesa da tese e/ou dissertação.

Processamento e análise dos dados

A busca sistemática resultou em um total de 350 resumos de teses e 739 resumos de dissertações. Todas as referências encontradas foram sistematizadas em planilha do *software* Statiscal Package Social Science (SPSS), versão 15.0, de acordo com as seguintes variáveis: tipo de estudo (mestrado ou doutorado), ano de publicação, área de conhecimento, região geográfica e instituição de ensino superior.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Brasil, nos últimos nove anos, investiu em pesquisas na área de álcool e outras drogas através de financiamentos de teses e dissertações, além de projetos governamentais de intervenção nesta área. (BRASIL, 2009) Neste sentido, no período de 2003 a 2012, 67,9% da produção acadêmica nesta temática se deu sob o formato de dissertações e 32,1% de teses (Tabela 1) que, segundo Araújo (2011) têm sido as principais modalidades de produto de pesquisa nesta área no Brasil.

Tabela 1 – Categoria das produções acadêmicas de 2003 a 2012

Produção acadêmica	Nº	%
Dissertações	739	67,9
Teses	350	32,1
Total	1.089	100

Fonte: Portal de periódicos CAPES, (2013).

Em uma análise temporal das produções acadêmicas (Tabela 2), observou-se crescimento do número de publicações durante a década de 2000. Alguns fatores podem ter contribuído para o interesse crescente no desenvolvimento de pesquisas em torno desta temática, sobretudo iniciativas que buscaram problematizar a questão do uso/abuso de

substâncias psicoativas sob uma perspectiva mais ampliada, seja no âmbito de eventos, seminários, conferências seja na esfera da formulação de políticas públicas cuja implementação gerou um conjunto de experiências em serviços passíveis de investigação científica.

Tabela 2 – Número e proporção de teses e dissertações produzidos na área temática de álcool e outras drogas no período de 2003 a 2012

Ano de publicação	Dissertação		Tese	
	Nº	%	Nº	%
2003	55	7,4	18	5,1
2004	53	7,1	33	10
2005	74	10	31	9
2006	72	9,7	42	12
2007	68	9,2	37	10
2008	71	9,6	40	11
2009	73	9,8	48	14
2010	104	14	36	10
2011	88	12	51	14
2012	81	11	14	4
Total	739	100	350	100

Fonte: Portal de periódicos CAPES, (2013).

Assim, são exemplos de eventos que colocaram em pauta a discussão ampliada sobre essa temática a realização dos I e II Seminário Nacional Antidrogas, em 2000 e 2001, respectivamente, e a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, na qual foram feitas recomendações para a elaboração de planos municipais de saúde que contemplassem propostas de atenção aos usuários de álcool e outra drogas, com ações intersetoriais. (BRASIL, 2001) Considerando a formulação de políticas públicas voltadas para esta temática destacam-se: a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2003), que criou dispositivos para assegurar a assistência aos usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), e a nova Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2003), na qual se reconhecem as diferenças entre o usuário, a pessoa em uso indevido, o dependente e o traficante de drogas, tratando-os de maneira diferenciada, de forma igualitária e sem discriminação.

Como elemento indutor do crescimento da produção acadêmica, sobretudo no período de 2006 a 2010, destaca-se o lançamento, em 2006, da Rede de Pesquisa sobre Drogas, uma iniciativa da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad/MJ), com o objetivo de promover a formação de recursos humanos em pesquisa na área temática de álcool e outras drogas por meio de concessão de bolsas de mestrado e doutorado para alunos de instituições de ensino superior reconhecidas pela Capes oriundas de todas as regiões do país. (BRASIL, 2009)

No que diz respeito à produção acadêmica por região geográfica (Tabela 3), observou-se que as regiões brasileiras que mais produziram nos últimos dez anos foram a região Sudeste, com 59,3% das teses e/ou dissertações, seguida da região Sul (15%) e da região Nordeste (11,5%).

Tabela 3 – Número e proporção de teses e dissertações produzidas na área temática de álcool e outras drogas, segundo região geográfica, 2003 a 2012

Região	Produção Acadêmica	
	Nº	%
Sudeste	647	59,3
Sul	164	15
Nordeste	125	11,5
Centro-oeste	64	6
Norte	6	0,6
Não identificada	83	7,6

Fonte: Portal de periódicos CAPES, (2013).

Com relação às instituições de ensino superior cadastradas na Capes que mais produziram no período (Tabela 4), destacam-se a Universidade de São Paulo (USP) (15,3%), seguida pela Unifesp (8%) e pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp) (4,4%). Considerando também a produção das Universidades Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e Estadual do Rio de Janeiro (UERJ) (4,3% e 4,0%), a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) (3,8%) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) (3,2%), observa-se que o principal polo de produção acadêmica nesta área é a região Sudeste. Dentre as instituições de ensino superior fora da região Sudeste destaca-se a UFBA (3,1%) com maior produção da região Nordeste.

Tabela 4 – Número e proporção de teses e dissertações produzidos na área temática de álcool e outras drogas, segundo instituição de ensino superior (IES) de origem, 2003 a 2012

IES	Produção Acadêmica	
	Nº	%
USP	167	15,3
Unifesp	87	8,0
Unesp	48	4,4
UERJ	47	4,3
UFRJ	44	4,0
PUCSP	41	3,8
UFMG	35	3,2
UFBA	34	3,1
PUCRS	34	3,1
Unicamp	28	2,6
UnB	26	2,4
Fiocruz	25	2,3
UFC	24	2,2
UFCS e UFF	20	1,8
UFES	16	1,5
UFPE	15	1,4
UFPR e UEM	14	1,3
UFPB e UEL	11	1,0
UFSCAR e UMESP	10	0,9
Unisinos, UFG e PUCRJ	09	0,8
Demais IES abaixo de nove produções nos últimos 12 anos	387	35
Dado indisponível	01	0,1
Total	1089	100

Fonte: Portal de periódicos Capes, (2013).

Conforme evidenciado na Tabela 5, as áreas de conhecimento que apresentaram maior número de teses e dissertações produzidas nos últimos nove anos, foram as áreas de Ciências Humanas (34,6%), Ciências da Saúde (33,4%) e Ciências Sociais Aplicadas (8,9%) Importante salientar que em 15% dos resumos esta informação não estava disponível.

Tabela 5 – Produção acadêmica na área temática de álcool e outras drogas por área de conhecimento, 2003 a 2012

Área de conhecimento	Nº	%
Química	07	0,7
Ciências biológicas	67	6,2
Ciências da saúde	357	32,7
Ciências agrárias	01	0,1
Ciências sociais aplicadas	97	8,9
Ciências humanas	373	34,5
Linguística, letras e artes	05	0,5
Multidisciplinar	15	1,4
Dado indisponível	167	1,4
Total	1089	100

Fonte: Portal de periódicos Capes, (2013).

No âmbito das Ciências da Saúde (Tabela 6), a maior produção se destacou nas subáreas de Saúde Coletiva, Medicina e Enfermagem, respectivamente 35,6%, 24,6% e 23% do total de publicações. Na Saúde Coletiva, foram encontrados 127 estudos sendo 17 em Epidemiologia, 29 em Saúde Pública e 6 em Medicina Preventiva, conforme a classificação da Capes. Em Enfermagem, foram encontrados 82 estudos e, em Medicina, encontrou-se 88 estudos com destaque para a subárea de Psiquiatria, com 50 estudos.

Tabela 6 – Produção acadêmica na área temática de álcool e outras drogas por área de conhecimento, 2003 a 2012: Ciências da Saúde

Área de Conhecimento	Nº	%
Ciências da saúde (sub-área não especificada)	41	11,4
Medicina	88	24,6
Nutrição	2	0,5
Odontologia	7	1,9
Farmácia	5	1,5
Enfermagem	82	23
Saúde Coletiva	127	35,6
Fonoaudiologia	4	1,2
Fisioterapia e Terapia Ocupacional	1	0,3
Total	357	100

Fonte: Portal de periódicos Capes, (2013).

Com referência às Ciências Humanas, a Psicologia apresentou maior produção, com 219 estudos. Em seguida, a Educação, com 65 estudos, e a Antropologia, com 30 estudos encontrados. Na Psicologia, destacaram-se as subáreas de Psicologia Social, com 39 estudos encontrados, e Tratamento e prevenção psicológica, com 27 estudos (Tabela 7). A Antropologia apresentou um número expressivo de estudos e tem sido considerada uma área de grande importância no auxílio da compreensão do fenômeno no âmbito das diferentes culturas, diferentes tipos de uso, desmistificando e diminuindo preconceitos. Neste sentido, salienta Macrae (2001), atualmente, é comum se dizer que uma abordagem exclusivamente farmacológica da questão da droga não é suficiente e que os efeitos tanto individuais e subjetivos quanto os sociais do uso de substâncias psicoativas só podem ser entendidos a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

Tabela 7 – Produção acadêmica na área temática de álcool e outras drogas por área de conhecimento, 2003 a 2012: Ciências Humanas

Área de Conhecimento	Nº	%
Ciências Humanas (sub-área não especificada)	8	2,2
Sociologia	22	5,9
Antropologia	30	8,0
História	8	2,2
Geografia	8	2,2
Psicologia	219	59
Educação	65	17
Ciência Política	13	3,5
Total	373	100

Fonte: Portal de periódicos Capes, (2013).

Nas Ciências Sociais Aplicadas a maior quantidade de estudos encontrados foram referentes ao Direito com 35 estudos e Serviço Social com 31 produções acadêmicas identificadas (Tabela 8).

Tabela 8 – Produção acadêmica na área temática de álcool e outras drogas por área de conhecimento, 2003 a 2012: Ciências Sociais Aplicadas

Área de Conhecimento	Nº	%
Ciências Sociais Aplicadas (sub-área não especificada)	12	12,3
Direito	35	36
Economia	9	9,2
Planejamento Urbano e Regional	2	2,0
Mortalidade	1	1,0
Comunicação	7	7,5
Serviço Social	31	32
Total	97	100

Fonte: Portal de periódicos Capes, (2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo constatou que a maior parte da produção científica sobre a temática de álcool e outras drogas desenvolvida no período investigado se deu no formato de dissertações, com maior concentração de estudos na região Sudeste, tradicional polo de pesquisa científica em diversas áreas. O período de intensificação das pesquisas coincide com o aprofundamento das discussões sobre a temática e com o estabelecimento de articulações e parcerias interinstitucionais, sobretudo entre governo e instituições de ensino superior no sentido de induzir pesquisas sobre as políticas e experiências implementadas. As áreas de Ciências Humanas e da Saúde lideraram a produção nessa temática, com destaque para os estudos antropológicos, epidemiológicos, análise de políticas públicas e estudos em psiquiatria. Observou-se, também, que ainda são necessários investimentos para a produção de pesquisa nesta área.

Novas investigações são importantes no sentido de aprofundar a análise das produções acadêmicas coletadas para além dos resumos, contribuindo para uma verificação mais detalhada do perfil das pesquisas, em caráter de dissertação e tese, desenvolvidas no país.

Recomenda-se o desenvolvimento de novos estudos bibliométricos na área de álcool e outras drogas que permitam a análise das produções como um todo e a seleção de maior número de variáveis a serem examinadas contribuindo para a verificação da qualidade das produções científicas na área de álcool e outras drogas e seus desdobramentos no Brasil.

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, R. F.; ALVARENGA, L. A bibliometria na pesquisa científica da pós-graduação brasileira de 1987 a 2007. *Rev. Eletr. Bibliotecon. e Ci. Inf.*, Florianópolis, SC, v. 16, n. 31, p. 51-70, 2011.
- BASTOS, F. I. Por uma economia simbólica das trocas de seringas. In: BASTOS, F. I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Org.). *Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. p. 91-100.
- BERRIDGE, V. Harm minimisation and public health: an historical perspective. In: HEATHER, N. *Psychoactive drugs and harm reduction: from faith to science*. London: Whurr, 1993. p. 55-64.
- BOITEUX, L. et al. *Tráfico de Drogas e Constituição: um estudo jurídico-social do tipo do art. 33 da lei das drogas diante dos princípios constitucionais penais*. Rio de Janeiro: UFRJ; Brasília, DF: UnB, 2009.
- BOITEUX, L.; RIBEIRO, M. de M. Justiça terapêutica: redução de danos ou proibicionismo dissimulado? In: SEIBEL, S. D. *Dependência de drogas*. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2010. p. 1113-1122.
- BUCHER, R.; OLIVEIRA, S. R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 137-145, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *III Conferência Nacional de Saúde Mental: cuidar sim, excluir não*. Brasília, DF, 2001. (Reuniões e Conferências, n. 15).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Textos Básicos de Saúde, B).
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional sobre Drogas*. Brasília, DF: SENAD, 2005.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *Políticas sobre Drogas*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/>>. Acesso em: 16 jun. 2013.
- BRASIL. *Legislação em Saúde Mental: 2004 a 2010*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. 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*, Poder Executivo, Brasília, DF, maio 2010. Seção 1, p. 43.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Livreto Informativo sobre Drogas Psicotrópicas: leituras recomendada para alunos a partir do 1º ano do ensino fundamental*. 5. ed. Brasília, DF, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A situação do tabagismo no Brasil: dados dos inquéritos do Sistema Internacional de Vigilância, da Organização Mundial da Saúde, realizados no Brasil, entre 2002 e 2009*. Rio de Janeiro: Inca, 2011.

- BRASIL. Ministério da Justiça. *Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 5. ed. Brasília, DF: SENAD, 2013.
- CARNEIRO, H. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo: In: VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. (Org.). *Álcool e drogas na história do Brasil*. São Paulo: Alameda, 2005.
- CARVALHO, J. A. *A produção bibliográfica sobre o programa Saúde da família no Brasil: análise bibliométrica do período 1994-2009*. 2010. 140 f. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- CARVALHO, J. C. de. Uma história política da criminalização das drogas no Brasil: a construção de uma política nacional. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE HISTÓRIA, 6., 2011, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: UERJ, 2011.
- ESCOHOTADO, Antônio. *Historia de las Drogas*. 7. ed. Madrid: Alianza, 1998. v.3.
- FONSECA, E. M. *Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros*. 2005. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.
- GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Revista Psicologia & Sociedade*, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.
- GOLDMAN, C. et al. (Org.). *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2010.
- MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- MACHADO, A. R.; MIRANDA, P. S. C. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à saúde pública. *Hist. cienc. Saúde -Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007.
- MACRAE, E. J. B. A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão. In: RIBEIRO, M. de M.; SEIBEL, S. D. (Org.). *Drogas hegemonia do cinismo*. São Paulo: Memorial da América Latina, 1996.
- MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.
- MACRAE, E. O controle social do uso de substâncias psicoativas. In: PASSETI, E.; SILVA, R. (Org.). *Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva*. São Paulo: IBCC, 1997. p. 107-116. (Instituto Brasileiro de Ciências Criminais, 4).
- MATOS, M. I. S. *Meu lar é o botequim*. São Paulo: Campanha Editora Nacional, 2000.

- MESQUITA, F.; RIBEIRO, M. M. As estratégias de redução de danos junto a usuários de drogas injetáveis (a troca de seringas): aspectos médicos legais. In: SÃO PAULO. Secretária Estadual de São Paulo. *Atualidades em DST/Aids: redução de danos*. São Paulo, 1998. p. 61-75.
- MINAYO, C. M. S. Contribuições da antropologia para pensar a saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 201-230.
- OLIVEIRA, E. M.; MELCOP, A. G. T. Álcool, drogas e acidentes de trânsito. In: SEIBEL, S. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 497-510.
- OLIVEIRA, M. G. P. N. de. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.
- OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S.; VALENTE, C. L. M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 11, n. 2, p. 473-481, 2006.
- OLMO, R. Del. *A face oculta das drogas*. Rio de Janeiro: Revan, 1990.
- PEREIRA, M. O. *Análise da política do Ministério da Saúde do Brasil para atenção integral dos usuários de álcool e outras drogas*. 2009. 190 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.
- REALE, D. *O caminho da redução de danos associados ao uso de drogas: do estigma à solidariedade*. 1997. 170 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- SANTOS, V. E.; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.
- SILVA JÚNIOR, W. V. *Consumir e ser consumido, eis a questão! outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo*. 2010. 189 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. A responsabilidade da universidade pública no ensino da prevenção do uso prejudicial de drogas. *Mundo Saúde*, v. 28, n. 1, p. 110-115, 2004.
- SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, São Paulo, v. 3, n. 2, 2007.
- VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. *Rev. Antropol.*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 1-43, jul./dez. 2006.

PARTE III

REDES DE ATENÇÃO

APRESENTAÇÃO

A construção de redes de cuidado no campo da Saúde Mental constitui a temática central dos textos que compõem este capítulo do livro. A proposta de trabalhar na perspectiva de formação de redes não é nova no Sistema Único de Saúde (SUS), mas se apresenta desde a constituição federal de 1988, que no seu artigo 198, que já citava que as ações e serviços de saúde integravam uma rede regionalizada e integrada de cuidados. Nesta perspectiva, redes de gestão, redes de pessoas, sociedade em redes, redes intersetoriais, redes vivas, entre outros, são algumas das mais diferentes formas de se referir à temática, conceituá-la e praticá-la.

A metáfora da rede como “nós”, ou melhor, “laços”, que se fazem e desfazem a partir dos encontros e situações que vivenciamos nos contextos de cuidado, pode nos ajudar a apresentar o conceito de “rede”, construído na disciplina e utilizado pelos autores. Aqui, partimos do conceito de rede institucionalizada, porém atravessada por outras redes que emergem a partir do encontro com o usuário, num território vivo e pulsante de redes constituídas, e a se constituir.

Nós, trabalhadores, fazemos parte dessas redes que se articulam com outras redes como “nós”, ou melhor “laços”, em maior ou menor quantidade e intensidade, com diferentes configurações e possibilidades na medida em que se fazem, desfazem e refazem a partir do cuidado “usuário-centrado”. Nesta perspectiva, estamos falando de redes no plural e em movimento, que se constituem para além da existência dos vários dispositivos de atendimento e que se relacionam entre si, também através de nós, no encontro com os usuários.

É importante reconhecermos que a constituição de redes de cuidado no campo da saúde mental prescinde de um modelo, de uma estrutura, pois se constrói no cotidiano, a partir de uma delicada tessitura só possível no encontro com/entre trabalhadores, usuários e todos aqueles – pessoas e instituições – que irão ser “enlaçados” e “se enlaçar” nesta rede em busca do cuidado em saúde.

Estamos falando de uma rede que é maior do que o conjunto dos serviços, pois que é articulada por pessoas, que são afetadas e que afetam a rede como um todo. E aí está toda nossa potência enquanto trabalhadores: (1) sozinhos, ficamos na queixa e desesperança que nada produz ou na onipotência de que nosso campo de saber e prática dá conta de situações tão complexas que envolvem o humano e suas vicissitudes – assim, apenas regulamos comportamentos; (2) juntos, formando e reformando

laços-redes, podemos suscitar potências e assim romper as barreiras que impedem o livre acesso e os caminhos para cuidado.

Enfim, o conceito de rede e como operá-la em um contexto institucional, comunitário e social, numa perspectiva interdisciplinar e/ou intersetorial, foi utilizado em diferentes perspectivas nos textos que se seguem, mas mantiveram-se enlaçados pelos encontros e diálogos que marcam a propostas de redes vivas e em constante movimento.

Patricia Maia von Flach

A ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE: CONSIDERAÇÕES ACERCA DO ACESSO

Lília Oliveira de Araújo

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias que alteram a consciência constitui um fenômeno observável ao longo da história da humanidade, presente em diversas sociedades e distintos contextos e com variados propósitos e significados. Não obstante, a partir da segunda metade do século XIX, a prática de consumir drogas passou a representar um fenômeno complexo e de grande magnitude, em diferentes culturas, com um expressivo elenco de problemas sociais e danos à saúde associados ao abuso e dependência de substâncias psicoativas. (CARLINI, 2001)

Na atualidade, diversos tipos de substâncias psicoativas têm sido usadas com as mais variadas motivações. Dados do Escritório das Nações Unidas Contra as Drogas e Crime (UNODC, 2012) indicam que quase 5% da população mundial entre 15 e 64 anos (cerca de 230 milhões de pessoas) fizeram uso de drogas ilícitas, pelo menos uma vez, em 2010. No Brasil, levantamentos domiciliares realizados em 2001 e 2005 pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (Cebrid) junto com a Secretaria Nacional sobre Drogas (Senad) apontam, na população de 12 a 65 anos, um percentual de uso na vida de drogas (exceto álcool e tabaco) de 19,4% (9.109.00 pessoas) e 22,8% (10.746.991 pessoas), respectivamente.

Dentre as substâncias ilícitas, a maconha ocupa o primeiro lugar, correspondendo a um percentual de uso na vida de 6,9% e 8,8%, respectivamente. (CARLINI, 2005) No que se refere ao uso de cocaína em suas diferentes formas de apresentação, o I e II Levantamentos apontam um percentual de uso na vida de 2,1% e 2,9%, respectivamente.

Todavia, em meio à variedade de substâncias psicoativas existentes, o álcool é a mais usada, ocupando o terceiro lugar das causas de

morbimortalidade no mundo. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), anualmente, cerca de 2 milhões de pessoas morrem em decorrência das consequências negativas relacionadas ao uso de álcool, dentre as quais, as intoxicações agudas, problemas hepáticos e cardíacos, violência e acidentes de trânsito. No Brasil, o percentual de uso de álcool na vida, encontrado nos I e II Levantamentos Domiciliares, correspondeu, respectivamente, a 68,7% e 74,6%. (CARLINI, 2001, 2005) O I Levantamento estimou que 11,2% da população (5.283.000 pessoas) apresentavam dependência desta substância, enquanto que a estimativa de dependentes de álcool, no II Levantamento, foi de 12,3%, o equivalente a 5.799.005 pessoas.

A intensidade dos problemas ligados ao consumo de drogas no país levou o Estado brasileiro a reconhecer, em 2003, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como problemas de saúde pública. (BRASIL, 2004) A magnitude dos agravos relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas, sobretudo no que se refere a sua associação com o trânsito e ao uso cada vez mais precoce, fomentou a criação da Política Nacional sobre o Álcool, instituída pelo Decreto nº 6.117, de 2007. Não obstante, foi o pânico moral gerado em torno de uma suposta epidemia do crack que, contrariando os dados epidemiológicos, contribuiu para impulsionar o Estado brasileiro a ampliar e aprimorar os serviços de atenção ao uso de drogas.

Neste contexto de enfrentamento do crack, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD/SUS) e o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC) assumem grande visibilidade, norteando a implementação de diversos mecanismos de fortalecimento dos serviços da rede de saúde, com ênfase na atenção básica, ponto de maior capilaridade da rede de cuidados.

Na sequência, a Portaria nº 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, em que a Rede Básica assume a responsabilidade de desenvolver “ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede”. (BRASIL, 2011, p. 4) As ações de saúde mental na Atenção Básica devem coadunar com o modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas, buscando o esta-

belecimento de vínculos e acolhimento na perspectiva da integralidade do cuidado.

Ainda com vistas ao enfrentamento do crack e outras drogas, em dezembro de 2011, o governo federal lançou o programa “Crack, é possível vencer”. Esta iniciativa abrange um conjunto de ações interministeriais integradas que, além da participação da sociedade civil, visa: o aumento da oferta de tratamento aos usuários de drogas; o enfrentamento do tráfico e das organizações criminosas; e a ampliação das atividades de prevenção até 2014. Para tanto, tem suas ações estruturadas em três eixos: cuidado, autoridade e prevenção, com envolvimento dos ministérios da Justiça, da Saúde e do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Casa Civil e da Secretaria de Direitos Humanos.

Na área da saúde, o programa prevê a estruturação da rede de cuidado para atendimento aos usuários de crack e seus familiares, dispondo de um montante de R\$1,4 bilhão, investidos pelo Ministério da Saúde em ações para implementação e custeio de serviços voltados para o cuidado e reinserção social.

Apesar disso, o baixo índice de procura por ajuda e de acesso aos serviços da rede básica de saúde, por parte da população usuária de álcool e outras drogas, é um fato. Essa distância entre rede de cuidado e usuários de psicoativos assume especial proporção quando se trata do segmento vivendo em situação de rua, revelando a necessidade de “articular intervenções biopsicossociais efetivas, urgentes e integradas *in loco*”. (BRASIL, 2010, p. 4)

Embora a implantação dos dispositivos de base comunitária tenha indiscutível relevância na promoção de acessibilidade, não constitui garantia de acesso à rede de cuidados, pois, “mais do que oferta de serviços, o acesso é considerado um modo de acolher, ouvir e responder a cada um e a cada situação que vive”. (BRASIL, 2013, p. 105) Nesta perspectiva, é importante compreender o distanciamento histórico entre pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas e os serviços de saúde, para além da relação entre a demanda e a oferta de cuidado, sendo fundamental considerar, dentre outras questões: a incipiente inclusão das ações de saúde mental na atenção básica; os aspectos relativos à qualidade do serviço, como a humanização, o acolhimento, a qualificação das equipes e seus processos de trabalhos; a universalidade do acesso; e, sobretudo, o paradigma que prevalece na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, ainda assinalado pelo alheamento à perspectiva da redução de danos e da clínica ampliada.

Através da atuação profissional, como técnica da Aliança de Redução de Danos Fátima Cavalcanti (FMB/UFBA) junto às Equipes de Saúde da Família, foi possível constatar o distanciamento entre as práticas de saúde e o universo dos usuários, apontando para a importância de requalificar a atuação dos serviços, em especial daqueles dirigidos aos segmentos mais desprovidos da condição garantidora do usufruto de seus direitos. Neste sentido, o presente trabalho tem como objeto o atendimento aos usuários de álcool e outras drogas na Rede Básica de Saúde com o objetivo de analisar, a partir do papel das Unidades Básicas na Rede de Atenção Psicossocial, os desafios para a promoção de acesso ao cuidado.

Para tanto, procedeu-se o levantamento bibliográfico, com ênfase nos documentos federais que normatizam e regulam as ações de saúde dirigidas às pessoas com necessidades decorrentes do consumo de álcool e outras drogas, na Rede Básica de Saúde, através dos quais foram coletados dados e informações contextuais para dimensionar e qualificar a problemática em estudo. O trabalho está estruturado em quatro tópicos: O papel da Unidade Básica de Saúde na atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS, de acordo com o preconizado pela Rede de Atenção Psicossocial e Política Nacional de Atenção Básica; a atuação da Unidade Básica de Saúde na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, enfocando o estado da arte; o acesso ao cuidado básico em saúde e seus desafios; e as considerações finais.

O PAPEL DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO SUS

O atual panorama epidemiológico do uso/abuso de álcool e outras drogas, assim como a expressividade das consequências sanitárias e sociais advindas do consumo prejudicial, tem exigido, dos diferentes setores da sociedade, a criação de estratégias que, se não resolvem, pelo menos minimizam os riscos e danos sociais e à saúde da população usuária de drogas. Neste sentido, os setores governamentais têm dispensado esforços, com vistas à criação, ampliação e integração de diversos pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso/abuso/dependência de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acatando as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, a Política de Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas, no

âmbito do SUS, tem como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas, por meio da consolidação de redes de cuidado integral, de base comunitária. (BRASIL, 2005) Contrapondo a ideia de instituição como clausura, defende o fortalecimento dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social dos usuários. (COSTA, 2003)

Todavia, até 2002, período caracterizado por expressiva lacuna na política pública de saúde, a atenção ao uso de drogas no Brasil esteve sob o domínio da justiça, segurança pública e instituições religiosas, tendo suas práticas orientadas pelos modelos jurídico-moral e médico. Estes modelos, embora diverjam quanto às suas propostas de intervenção, comungam do propósito de eliminação do consumo de drogas por meio da exclusão dos usuários do convívio social, seja pelo encarceramento ou pelo tratamento asilar. A inadequação destas práticas fundamentadas na imposição da abstinência contribuiu para reforçar o isolamento social, além de fortalecer o estigma associado ao uso de álcool e outras drogas, constituindo, dessa forma, importante barreira de acesso das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas às instituições de saúde, colaborando para a ampliação da exposição a riscos e danos sociais e à saúde.

A extensão dos custos sociais e à saúde advindos do consumo de drogas no país conduziu o Estado brasileiro a assumir, de modo integral e articulado, a prevenção, o tratamento e a reabilitação dos usuários de álcool e outras drogas como problema da saúde pública. (BRASIL, 2003) Norteada pelos princípios e diretrizes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas define o paradigma da redução de danos “como um método clínico-político de ação territorial, inserido na perspectiva da clínica ampliada” (BRASIL, 2004, p. 24) e estabelece os Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS-AD) como dispositivos estratégicos de ordenamento da rede em seu território de atuação, tendo a responsabilidade de promover a articulação necessária entre os mais variados equipamentos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e inclusão social de usuários e familiares acompanhados. (BRASIL, 2003)

REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Com a finalidade de ampliar o acesso das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, em dezembro de 2011, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 3.088/2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). (BRASIL, 2011) Com vistas à qualificação do cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências, esta portaria determina a criação, articulação e integração de pontos de atenção das Redes de Saúde no território. Define, ainda, que os componentes da RAPS devem atuar na perspectiva da promoção da equidade, do respeito aos direitos humanos, da garantia de acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional.

A RAPS tem em sua constituição os seguintes componentes:

I – Atenção Básica em Saúde: considerada a porta de entrada prioritária do usuário no sistema de saúde tem a responsabilidade de realizar oferta programada de cuidado. Enquanto dispositivo de maior inserção na comunidade, esta deve mapear e identificar usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), desenvolver projetos terapêuticos individuais, através de abordagens conjuntas para estes usuários, como ações de redução de danos;

II – Atenção Psicossocial Especializada: constituída pelas diferentes modalidades de CAPS, realiza, por meio de equipe multiprofissional, atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e às pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sob a ótica interdisciplinar. O cuidado é desenvolvido através de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família. Responsável pelo ordenamento do cuidado, deve garantir um processo permanente de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso;

III – Atenção de Urgência e Emergência: é responsável, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas;

IV – Atenção Residencial de Caráter Transitório: deve oferecer cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente

residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório. O acolhimento neste serviço será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência;

V – Atenção Hospitalar: tem a responsabilidade de oferecer tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas;

VI – Estratégias de Desinstitucionalização: responsável por estratégias que visam garantir às pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de internação de longa permanência, o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, visando sua progressiva inclusão social;

VII – Reabilitação Psicossocial: as ações destinadas à reabilitação psicossocial constituem as iniciativas direcionadas à inclusão produtiva, formação e qualificação para o trabalho de pessoas com transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Estas iniciativas, de caráter intersetorial, devem estar articuladas às redes de saúde, de economia solidária e com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, a ampliação da autonomia e a inclusão social de usuários da rede e seus familiares.

Na Rede de Atenção Psicossocial, o componente da Atenção Básica, compreende: as Unidades Básicas de Saúde, compostas pelas Equipes de Atenção Básica; Equipes de Atenção Básica para populações específicas (Equipe de Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF); e os Centros de Convivência e Cultura. Para fins deste estudo, centraremos especial atenção na Unidade Básica de Saúde, porta prioritária de entrada do usuário no sistema de saúde e principal responsável pelo cuidado em saúde mental nos municípios brasileiros com menos de 15 mil habitantes, devendo realizar: “Ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com-

partilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede”. (BRASIL, 2011, p. 4)

Destarte, as equipes da rede básica de saúde são recursos estratégicos essenciais para o enfrentamento de agravos relacionados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico, devendo atuar fundamentadas nos princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Aprovada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2012) estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, definindo a Unidade Básica de Saúde como serviço de saúde composto por equipe multiprofissional responsável por desenvolver:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (BRASIL, 2012, p. 21)

A atenção integral, segundo o Ministério da Saúde, “compreende o desenvolvimento contínuo de fatores de proteção, individuais e coletivos na trajetória de vida das pessoas, prevendo a maximização da saúde nos três níveis de atenção”. (BRASIL, 2003, p. 35) Ao incluir a redução de danos entre o conjunto de ações que caracterizam uma atenção integral à saúde, ratifica a exigência de novas práticas assistenciais, pressupondo a utilização de tecnologias leves e, ao mesmo tempo, complexas (MERHY, 2002), centradas no sujeito, no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos facilitadores do acesso ao cuidado e da adesão ao Projeto Terapêutico Singular. Neste contexto, o cuidado deve se centrar no indivíduo, contemplando a singularidade e a integralidade dos sujeitos através de ações éticas e terapêuticas desenvolvidas por equipe interdisciplinar e em uma perspectiva de rede intersetorial.

Para operacionalizar a integralidade da atenção, a PNAB define a Saúde da Família como uma das principais estratégias de Atenção Básica do SUS. Considerada modelo de reorganização da prática assistencial, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), centrada na concepção

de clínica ampliada, tem como princípios: a família como foco de abordagem, território definido, adscrição de clientela, trabalho em equipe interdisciplinar, corresponsabilização, integralidade, resolutividade, intersetorialidade e estímulo à participação social.

Implantada para substituir o modelo tradicional centrado no médico e no hospital, a ESF surge com o desafio de garantir a universalidade e a integralidade da atenção; a acessibilidade; a continuidade do cuidado; a equidade e a participação social. (BRASIL, 2013)

A Política Nacional de Atenção Básica tem na Saúde da Família sua estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica. A qualificação da Estratégia de Saúde da Família e de outras estratégias de organização da Atenção Básica deverão seguir as diretrizes da Atenção Básica e do SUS configurando um processo progressivo e singular que considera e inclui as especificidades locais e regionais. (BRASIL, 2012, p. 20)

A atuação das Equipes de Saúde da Família tem como norteador o modelo de atenção centrado na vigilância e promoção à saúde, identificando riscos, demandas e necessidades de saúde, no sentido de promover ações clínicas e sanitárias efetivas com vistas à ampliação da autonomia dos indivíduos, grupos sociais e famílias de uma determinada área adstrita.

Neste contexto, o território, além de representar o lugar psicossocial do sujeito, relacionando-se com as “geografias subjetivas, culturais, afetivas que cada sujeito [...] cria para si” (BRASIL, 2013, p. 105), constitui um componente fundamental na organização dos serviços a partir do qual se definem os limites geográficos e de cobertura populacional que ficam sob a responsabilidade clínica e sanitária da Equipe de Saúde da Família cuja composição inclui uma média de quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS), um médico generalista, um enfermeiro, um odontólogo, dois técnicos de enfermagem e um técnico de saúde bucal. Cada equipe de saúde da família, deve acompanhar entre 3000 a 4500 habitantes, cabendo a cada um dos ACS, o acompanhamento de, no máximo, 150 famílias ou 750 pessoas.

Cada profissional de saúde atua segundo perspectivas teórico-metodológicas próprias e fundamentadas no campo de conhecimento do qual fazem parte. Contudo, no que se refere à Equipe de Saúde da Família, é importante mencionar que o perfil idealizado pelo Ministério da Saúde para os profissionais prevê a capacidade de envolvimento com o bem-estar das comunidades, o que inclui construção de compromissos, disponibilidade, intimidade e estabelecimento de relações de confiança

com as mesmas, salientando desta forma a necessidades de estes, na prática profissional, estarem engajados e afinados com os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, cujo conceito ampliado de saúde exige uma postura mais dinâmica, pró ativa e fundamentada em uma *episteme* que dê conta do sujeito em seus aspectos singulares e universais.

Enquanto dispositivo de maior capilaridade da RAPS, as Unidades de Saúde da Família, além da responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental e de prevenção a agravos, devem mapear e identificar usuários disfuncionais e, em articulação com as equipes dos CAPS e NASF, desenvolver projetos terapêuticos singulares através de abordagens conjuntas.

A responsabilização compartilhada entre a equipe do NASF e as equipes de Saúde da Família busca contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (BRASIL, 2013, p. 20)

Os NASF, criados para ampliar a abrangência, o escopo e a resolutividade das ações básicas de saúde, constituem importante dispositivo para a integralidade do cuidado, devendo dar suporte às Equipes de Saúde da Família nas intervenções no território, através da implantação e implementação de estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos e o fortalecimento dos fatores de proteção, em articulação de todos os segmentos sociais disponíveis.

Evidencia-se, desta forma, o papel da Rede Básica na efetivação da atenção integral à saúde e promoção de acesso ao cuidado, ocupando, enquanto ponto de maior capilaridade do SUS, posição estratégica na RAPS e centro regulador da Rede de Atenção à Saúde (RAS). A Estratégia de Saúde da Família, por suas características básicas, reúne as condições necessárias ao enfrentamento e superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas, consolidando, dessa forma, o caminho para alavancar um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, oferecendo melhor cobertura assistencial e maior potencial de reabilitação psicossocial para os usuários do SUS.

ATUAÇÃO DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: O ESTADO DA ARTE

As orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS) relativas à atuação dos profissionais em saúde mental ressaltam a oferta de tratamento dos transtornos mentais na própria atenção primária, constituindo passo fundamental para a melhoria do acesso aos serviços de saúde e por considerar que muitos dos problemas podem ter resolutividade neste nível de atenção. Entretanto, a baixa demanda de cuidado dirigida às Unidades de Saúde é um fato, o que nos leva a refletir sobre um conjunto de fatores que condicionam a acessibilidade dos usuários de álcool e outras drogas a este ponto da rede de cuidados.

Embora os profissionais de saúde tenham estabelecido previamente as diretrizes de suas práticas, é inegável que, ao se tratar do fenômeno drogas, em algum momento da assistência, ocorre a ingerência dos padrões morais, sociais e culturais arraigados em suas condutas. Daí um primeiro aspecto a ser considerado, na reflexão sobre a atenção ao usuário de álcool e outras drogas, se refere ao imaginário social construído em torno do uso e dos usuários que constitui um dos principais obstáculos para o acesso aos serviços de saúde, na medida em que ainda prevalecem as representações estereotipadas, atreladas a julgamentos morais e significativa vinculação com a violência e a criminalidade.

Toda prática em saúde, seja ela uma ação individual ou institucional, apresenta um conjunto de concepções que norteiam o fazer, com base em uma determinada racionalidade. (TESSER; LUZ, 2002) No contexto das toxicomanias, as concepções que consideram o abuso e/ou a dependência de álcool e outras drogas como uma doença orgânica (modelo biomédico) organizam seus processos de intervenção centrados na internação e na abstinência. Por outro lado, uma determinada concepção moral da dependência (modelo jurídico-moral) orienta suas práticas para a expiação da culpa do usuário, propondo intervenções que visem a mudança de hábitos e do comportamento social do indivíduo. Partindo deste ponto de vista, é fundamental refletir sobre o paradigma ou paradigmas que têm norteado a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na rede básica de saúde.

Embora a política de atenção aos usuários de álcool e outras drogas legisle acerca da superação das concepções reducionistas, propondo o modelo de atenção pautado na estratégia da redução de danos, a racionalidade punitiva e repressiva ainda constitui barreira de acesso esses usuários nos serviços de saúde, seja pela posição de invisibilida-

de dos usuários ao tentarem se proteger dos julgamentos (ACSELRAD, 2000), seja pelo tratamento dispensado por parcela de profissionais da saúde que, atuando sob este registro, desqualifica e rotula o usuário de drogas.

Esta racionalidade tem expressão no cotidiano das unidades de saúde, por meio de atitudes e do tratamento dispensado por parcela dos profissionais da saúde que, atuando a partir de concepções moralistas, censuram, culpabilizam e desqualificam o usuário de drogas. No geral, essas representações assumem visibilidade, na prática profissional, por meio de falas e atitudes corriqueiras cujos conteúdos demonizam a substância e vinculam o usuário às práticas criminosas: “Crack: cadeia ou caixão”; “Droga é um caminho sem volta”; “Os usuários de drogas não são pessoas confiáveis, eles não são capazes de manejar a autonomia”; “A solução é internar, tirar o usuário do contexto”; “Os usuários são resistentes, tem pouca adesão”; “Eles não cuidam da saúde, querem morrer”.

O termo “droga”, neste cenário, alude a uma representação moral da substância (ilegal), automaticamente transferida a seus usuários. (CARNEIRO, 1994) Dentre outros agravantes, esses conteúdos legitimam o ideal de uma sociedade livre das drogas, reforçam a abstinência como única possibilidade de tratamento, repercutindo negativamente na consolidação do acesso universal enquanto direito constitucional; além de desqualificar o potencial da atenção psicossocial comunitária.

A dificuldade de lidar de forma mais realística com o fenômeno do consumo de drogas, além de inibir uma abordagem vincular, gera tensão e fracasso na medida em que, pautados no modelo disciplinador, o profissional estabelece uma relação de poder, buscando exercer o controle e a adequação dos comportamentos, atitudes, valores e costumes da clientela. Como desdobramento, produz-se um distanciamento entre a equipe técnica e os usuários, dificultando que estes façam referência ou revelem suas necessidades e demandas de saúde decorrentes do uso de álcool e outras drogas (FONTANELLA; TURATO, 2002), fortalecendo a condição de invisibilidade deste segmento nos serviços de saúde. De acordo com Rezende (2003), parcela expressiva dos usuários de substâncias psicoativas não busca os serviços de saúde em decorrência do uso problemático, mas por conta de agravos físicos e ou prejuízos psicossociais provenientes do consumo.

Esta condição é agravada pelo baixo acesso às ações de informação em saúde e, conseqüentemente, pela precariedade do nível de educação sanitária dos usuários, especialmente daqueles em situação

de vulnerabilidade acrescida cuja percepção de riscos e danos à saúde é subdimensionada. Pesquisas têm apontado que, além da pouca resolutividade dos tratamentos oferecidos, outra razão referida pelos usuários para não buscarem os serviços de atenção à saúde está relacionada à baixa percepção do usuário sobre a gravidade do problema apresentado. (FONTANELLA; TURATO, 2002)

Neste cenário salienta-se, além das características refratárias de parcela dos usuários de drogas, a baixa performance da Rede Básica no incremento das abordagens extramuros as quais preveem a realização de atividades educativas, individuais e grupais, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a redução de danos. As ações educativas, quando acontecem, se pautam em modelos clássicos e verticalizados de transmissão de informações que, em geral, tendem a reproduzir a percepção do senso comum, cujo conteúdo frágil de referencial teórico favorece a demonização das drogas, corroborando com o estigma e a segregação dos usuários. O medo, alimentado pela associação do uso de álcool e outras drogas à delinquência, é outro aspecto que influencia, categoricamente, na postura e na implicação do profissional na identificação e abordagem daqueles que fazem uso de psicoativos.

A conjunção dos referidos fatores interfere na aptidão e na disponibilidade do profissional para identificar, mapear e acolher a demanda dos usuários, situação que, acompanhada da insuficiência na formação, instaura diversas barreiras de acesso (LIMA, 2009) acentuando o distanciamento entre as práticas de saúde e os princípios fundamentais do SUS, especialmente a universalidade do acesso e a integralidade da assistência.

Aqui, é oportuno fazer referência à representação dos profissionais acerca do objeto e da finalidade do cuidado. Parcela significativa de trabalhadores da Rede Básica ainda alimenta a concepção de que o atendimento e o acolhimento de usuários de álcool e outras drogas é atribuição exclusiva dos serviços de atenção especializados. Lima (2009) ratifica esta percepção salientando que as equipes de saúde da família estudadas, embora tenham a atribuição de monitorar as condições de saúde da população de sua territorialidade, abrangendo a identificação de fatores de risco relacionados ao uso/abuso de drogas, não incluem estas ações nas suas práticas de cuidado, mesmo reconhecendo as complicações físicas e psicológicas que decorrem do uso abusivo ou da dependência de psicoativos.

Assim, tem-se uma dupla dificuldade encontrada nas Unidades de Saúde: a falta de abordagem das equipes pela crença de que este tipo de

atendimento não é de responsabilidade das UBS e a percepção destas mesmas equipes de que os usuários, quando apresentam problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, não solicitam ajuda especializada, conforme aponta Lima (2009).

Nesta engrenagem, a reprodução cotidiana do argumento de que os usuários negam os problemas relacionados ao uso/abuso de drogas, igualmente produz efeito no acesso dos usuários, contribuindo para que estes não sejam abordados e identificados nas consultas clínicas ou durante as visitas domiciliares realizadas pela equipe, corroborando para a manutenção da invisibilidade dos usuários de drogas nos serviços de saúde.

Do mesmo modo, é importante considerar as relações dos membros da equipe entre si e com a comunidade. No que tange à interação dentro da equipe, a confiança, a competência técnica e a capacidade de seus membros de manter discrição e sigilo constituem importantes condicionantes da atuação do ACS na identificação e abordagem do usuário de drogas, pois, tendo em vista a obrigatoriedade do Agente de Saúde de residir em sua área de atuação, inevitavelmente a necessidade de preservar a relação de vizinhança com consumidores e comerciantes de drogas ilícitas irá influenciar na sua atuação enquanto elo entre comunidade e serviço de saúde. Nas relações com a comunidade, estas são permeadas por dificuldades objetivas (acesso, aceitação, comunicação) e subjetivas (medo, preconceitos, afetos e desafetos) envolvendo, também, questões correlatas, como o tráfico e a violência. (LIMA, 2009)

Mesmo diante das adversidades que permeiam o acesso, é incorreto afirmar que as demandas de usuários com necessidades decorrentes do abuso ou dependência de drogas não chegam à Unidade de Saúde. Não obstante, quando aparecem, são geralmente motivadas pelas comorbidades ou apresentadas pela família por meio de pedidos de orientações e de encaminhamento para atenção especializada. Em se tratando da gestão destes casos, destaca-se o distanciamento entre práticas de cuidado ofertadas e o modelo de atenção psicossocial, explicitando a insuficiência de conhecimento técnico para manejo e atendimento destes usuários.

Ainda que, tratando-se de públicos diferentes, ao comparar os achados de pesquisas (LIMA, 2009; REZENDE, 2003) realizadas, respectivamente, com profissionais da atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas e profissionais da atenção básica, observa-se convergência entre os resultados. Ambos registram, entre os profissionais, concepções generalistas do uso abusivo e dependência de álcool e

outras drogas, alternando entre a culpabilização do usuário e/ou de sua família. Os achados revelam, nos dois grupos, a noção de dependência inventariada no modelo biomédico, tendo a abstinência como uma meta *a priori*.

Essa ideia centrada apenas na internação e na abstinência do produto e corroborada pelo modelo médico pressupõe que há uma causa (a droga) e uma proposta de cura (livrar-se dela). Trata-se de uma perspectiva simplista e equivocada do ponto de vista técnico, que trata a droga como um mal a ser extirpado, não levando em conta a complexidade do problema [...]. (MACRAE; TAVARES; NUÑES, 2013)

Para Bucher (1996, p. 186), “o consumo de drogas não se deixa abordar fora do contexto geopolítico e geoeconômico, pois constitui um enredo social complexo”, destacando, desta forma, que a intolerância repressiva ataca apenas o produto e os efeitos do seu uso (indevido), mas não as causas psicossociais e econômicas que levam ao consumo, o que constitui um “erro diagnóstico primário” que conduz a um tratamento inadequado e ineficaz, representando uma importante barreira ao acesso, das pessoas que fazem uso prejudicial ou apresentam dependência de drogas, às instituições de saúde.

O reflexo desse arranjo paradigmático esteado em enfoque proibicionista se encontra materializado na organização dos serviços e dos processos de trabalho das equipes de saúde, apontando para a necessidade de reafirmar a atenção psicossocial e promover ações ampliadas que comportem a complexidade intrínseca ao fenômeno das toxicomanias.

A organização do serviço constitui um dos principais determinantes de acesso, devendo ser analisado em função da correspondência entre a oferta e as demandas de saúde da população, recursos disponíveis e características da oferta. Neste sentido, é importante considerar: horário de funcionamento e acolhimento; tempo de espera para receber atendimento; flexibilidade; pontualidade e postura dos profissionais; e, sobretudo, a qualidade do acolhimento e da assistência. Outros aspectos aparentemente irrelevantes, como a exigência de documentação e comprovante de residência, podem instituir barreiras de acesso, sobretudo para usuários vivendo em situação de rua e/ou com comprometimento com a lei.

A localização geográfica também tem repercussão na acessibilidade, devendo ser considerada a distância que separa o equipamento de saúde dos locais de concentração da população a que se destina, o tempo gasto neste percurso e o custo com o deslocamento. Neste item,

outra situação que, nos últimos anos, vem constituindo nova barreira espacial é a disputa e divisão territorial por grupos adversários ligados à organização do tráfico, impedindo que parcela da população local circule em determinadas áreas sob o comando do grupo rival.

As condições de trabalho da equipe constituem outro aspecto a ser considerado, devendo incluir:

(a) a precariedade dos vínculos trabalhistas que, além de fomentar grande rotatividade de profissionais nas Unidades de Saúde, repercute decisivamente na qualidade da relação vincular com os usuários e fragiliza a implementação do projeto de educação permanente em saúde;

(b) a ambiência, considerada em suas várias dimensões, que se referem à infraestrutura das unidades, incluindo as condições de higiene, adequação do espaço físico, condições de acomodação e salubridade, expressando o grau de respeito, humanização e a dignidade no exercício profissional;

(c) os gargalos no atendimento resultantes do excesso de demanda dos outros segmentos populacionais e da demanda espontânea oriunda das áreas descobertas pela Saúde da Família. A sobrecarga de tarefas, embora não constitua fator determinante, repercute na prática qualificada do acolhimento, da escuta terapêutica e do aprofundamento dos processos de diagnose, fazendo com que casos de morbidades originadas pelo uso abusivo de drogas passem despercebidos pela equipe de saúde;

(d) a escassez de suporte governamental, no que se refere à rede de serviços públicos, e, tomando como referência o conceito ampliado de saúde, a inexistência ou fragilidade da rede intersetorial (social e de saúde) se apresentam como expressivos obstáculos para a integralidade da assistência;

(e) a fragilidade no processo de matriciamento e a falta de retaguarda técnica para suas ações no campo das toxicomanias são outros aspectos a serem considerados, representando obstáculo para a superação da lógica tradicional (baseada nos encaminhamentos, referências e contra referências) e fragilizando a consolidação de um novo modo de fazer e fazer saúde em um processo de construção compartilhada;

(f) a preocupação com a necessidade de segurança relacionada ao medo do tráfico e da violência que circunda o uso de drogas.

No que tange ao processo de trabalho, existem alguns serviços que, mesmo dispendo de equipe multiprofissional, organizam a atenção

de forma fragmentada, havendo sobreposição das ações. Este modelo flexneriano, caracterizado pelo isolamento de saberes e centrado na queixa-conduta, negligencia o olhar para o indivíduo, em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais, levando os serviços a focarem suas intervenções na recuperação dos agravos à saúde. No campo da saúde mental, as práticas de atenção fragmentadas reduzem a pessoa humana à condição de “paciente” e o projeto terapêutico a um somatório de distintos procedimentos, desprovidos de sentido para o usuário. (SARACENO, 1998)

Outra característica fundamental do trabalho em equipe interdisciplinar é a democratização do processo de trabalho por meio da participação de profissionais e usuários nas deliberações sobre a gestão do cuidado. Entretanto, esta é uma prática que ainda se encontra no campo do devir seja pela natureza das relações assimétricas e a difícil participação de profissionais, especialmente médicos, nas discussões em equipe seja pela dificuldade de os usuários conquistarem o espaço do controle social e exercerem o protagonismo.

O acolhimento como recurso terapêutico constitui relevante ferramenta da Atenção Básica, contribuindo para o estabelecimento de vínculo, compreensão da demanda e identificação de caminhos e possibilidades na construção de um projeto terapêutico singular pautado na coresponsabilidade. “O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um ‘estar com’ e um ‘estar perto de’, ou seja, uma atitude de inclusão” (BRASIL, 2009, p. 10) que pressupõe a escuta e a produção de vínculos como ação terapêutica. De acordo com o Ministério da Saúde, o acolhimento deve ser compreendido como: “Diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de produção de saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços de saúde”. (BRASIL, 2010, p. 18)

Entretanto, nos serviços de saúde, é comum a confusão entre acolhimento e triagem, cujo produto se resume ao ordenamento da clientela no agendamento de suas consultas. Por outro lado, mesmo compreendendo que o acolhimento não se encerra em um ato, mas em uma sequência de atos e encontros, faz-se necessário observar todo o percurso do usuário desde a sua chegada à porta de entrada. Via de regra, os primeiros profissionais a terem contato com o usuário é o vigilante e o recepcionista, sendo estes encontros fundamentais no acesso ao

cuidado. A qualidade da escuta e o percurso traçado para o usuário no serviço serão decisivos para sua inclusão, ou não, no sistema de saúde.

Ainda que o acolhimento não seja concebido como um ato, mas, como importante ferramenta de inclusão e gestão do cuidado que perpassa toda a trajetória do usuário no serviço, é indiscutível a importância do primeiro atendimento: o respeito, a relação de confiança estabelecida, o sigilo profissional firmado, a criação de condições favoráveis ao acesso ao tratamento e adesão do usuário. No entanto, no cotidiano, ainda se registra a existência de profissionais aprisionados às normas e procedimentos, com práticas e rotinas cristalizadas, explicitando a reprodução acrítica das intervenções. Como consequência, registra-se fragilidade na competência para a escuta produzindo ações automatizadas e pouco significativas para a clientela.

Dentre as variáveis referidas até aqui, a falta de resolutividade das práticas de cuidado na atenção básica reflete diretamente a prática profissional e os pressupostos subjacentes a esta prática. Desse modo, a reflexão sobre o papel das equipes na abordagem ao uso/usuários de drogas deve englobar não somente a descrição de seus processos organizacionais, profissionais e administrativos, mas, também, os parâmetros que regem a formação profissional na relação com os princípios e diretrizes do SUS (integralidade, equidade e universalidade) e com as características da demanda, em especial, aquela com problemas decorrentes do uso abusivo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2004) No âmbito da formação profissional é igualmente importante considerar a qualificação dos gestores/operadores da saúde, tendo em vista que os(as) secretários(as) de saúde e coordenadores(as) de áreas técnicas constituem cargos de confiança definidos por indicações políticas e a qualificação técnica, nem sempre constitui um critério acatado.

O cotidiano de trabalho nas Equipes de Saúde da Família é extremamente complexo, pois, operando em um campo interdisciplinar, requer conhecimentos e práticas de Saúde Coletiva e de Clínica, exigindo um conjunto de percepções fundamentadas na Epidemiologia, Ciências Sociais e Humanas, além de Planejamento e Gestão. Por isso, a prática na Atenção Básica requer a superação dos modelos tradicionais de ensino aprendizagem que, em geral, são alheios à produção social em saúde, à visão sistêmica do ser humano e ao protagonismo dos usuários no processo de saúde doença.

O acesso ao cuidado básico em saúde e seus desafios

O Sistema Único de Saúde avançou de forma substantiva nos últimos anos, como um sistema que se pretende universalizante e inclusivo. Todavia, apesar dos avanços registrados ao longo de sua existência, ainda há muitos entraves no acesso e no modelo de atenção, no que se refere ao modo como os usuários são acolhidos nos serviços de saúde.

Acesso é um conceito complexo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. Trata-se de um conceito que varia entre autores e que muda ao longo do tempo e conforme o contexto. De acordo com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), o acesso deve ser considerado a partir de duas vertentes que se inter-relacionam: a geográfica e a socio-organizacional. O aspecto geográfico, já abordado anteriormente, envolve características relacionadas à distância, ao tempo e aos meios de transporte a serem utilizados para obter o cuidado, enquanto a dimensão socio-organizacional inclui aquelas características e recursos que facilitam ou impedem os esforços das pessoas em receber os cuidados de uma equipe de saúde. Neste contexto, é necessário considerar, por exemplo, o horário de funcionamento, a forma de marcação de consulta, a presença de longas filas, as horas de disponibilidade da unidade de saúde, as acomodações e a facilidade de acesso para portadores de limitações físicas. O mesmo ocorre com: o tempo médio gasto na sala de espera; a disponibilidade de brechas para consultas de emergências; o intervalo de tempo entre marcar e consultar; a disponibilidade para visitas domiciliares; a oferta de cuidados para grupos que não procuram espontaneamente o serviço; a busca ativa, etc.

Acrescenta-se, ainda, as barreiras de cunho moral e subjetivo relacionadas às questões de gênero, de diferenças culturais, de escolha religiosa, de opção sexual, dentre outras. No caso das pessoas com necessidades decorrentes do consumo de drogas, acrescenta-se o estigma, que representa importante obstáculo de acesso ao cuidado. (BRASIL, 2007) Nestes termos, pode-se inferir que a utilização dos serviços básicos de saúde pela população depende da oferta do serviço, do acolhimento, da humanização, da capacidade de resolutividade das equipes, da competência de alocar os recursos necessários à resolução das demandas e dos problemas de saúde da população por meio de uma prática centrada no sujeito (não na doença), na família e na comunidade. Para tanto, impõe-se a necessidade de implementar iniciativas voltadas para

qualificação da gestão e das práticas de cuidado, no sentido de garantir a efetivação de sua função na RAPS e RAS.

Nesta direção, um primeiro elemento a ser apontado diz respeito à qualificação da gestão. Trata-se de um aspecto de grande relevância, sobretudo quando se leva em consideração que a totalidade dos gestores em saúde, por exercerem cargo de confiança através de indicação política, não apresentam, necessariamente, o perfil profissional e outros requisitos importantes para a gestão e implementação dos sistemas locais de saúde. O nível de qualificação técnica da gestão se expressa no alinhamento entre os serviços oferecidos e as políticas públicas de saúde. No cotidiano da atenção aos usos e usuários de álcool e outras drogas, a performance técnica do(a) gestor(a) se materializa no compromisso ético e político com os princípios norteadores do SUS e da Reforma Psiquiátrica, na cobertura, pertinência e qualidade dos serviços oferecidos, na articulação e integração dos pontos de cuidado, na utilização dos instrumentos de gestão disponíveis, como subsídios para o monitoramento e a avaliação das ações, o funcionamento dos equipamentos de saúde e para a tomada de decisões.

Salienta-se, nesse cenário, a indispensável formulação de novas estratégias voltadas para a formação permanente de gestores, capacitando-os para atuarem em conformidade com os princípios de uma gestão humanizada e qualificada que compõem a nova ordem do SUS e da atenção psicossocial aos usos e usuários de álcool e outras drogas.

O segundo aspecto se refere à necessidade de aprimorar o exercício do trabalho interdisciplinar e garantir a retaguarda intersetorial como condição para a integralidade do cuidado pautado na concepção de clínica ampliada. Tomando como pressuposto a saúde enquanto qualidade de vida e a complexidade que permeia a prática de consumir drogas, a efetivação do cuidado à população usuária de álcool e outras drogas na atenção básica perpassa, necessariamente, pela ampliação das ações intersetoriais e pela operacionalização da promoção da saúde como estratégia transversal voltada para a criação de mecanismos que minimizem as situações de vulnerabilidade, promovam equidade e fomentem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas.

O perfil sociodemográfico do segmento populacional que apresenta comprometimentos sociais e à saúde, relacionados ao consumo de psicoativos, ratifica a importância do acesso a outros direitos constitucionais, para além do setor saúde. A pretensão não é estabelecer um vínculo de causalidade entre pobreza e consumo de drogas, entretanto,

estudos têm apontado a estreita conexão entre uso abusivo de crack e a exclusão social, a falta de acesso à educação, saúde e moradia, ou seja, a privação da própria cidadania e identidade.

Explicita-se daí a necessidade de ampliar as iniciativas de cuidado que, efetivamente, fortaleçam os fatores protetivos e reduzam aqueles que constituem fatores de riscos para uso/abuso e dependência de álcool e outras drogas, considerando os aspectos econômicos, sociais e estruturais que contribuem para o fomento e para o agravamento da condição de dependência da droga e dos danos sociais decorrentes. Impõe-se, desta forma, a implementação das ações de promoção da saúde e a imprescindível articulação com os outros setores responsáveis pelas políticas, projetos e programas voltados para a promoção de acesso aos direitos constitucionais que possibilitem a ampliação do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Neste cenário, é notório que a ampliação da autonomia e da corresponsabilidade no cuidado à saúde alude à necessidade de reduzir a exclusão e as desigualdades sociais.

No âmbito do setor saúde, as equipes da atenção básica têm o desafio de lidar com as expressões cotidianas das desigualdades sociais e demais determinantes/condicionantes da saúde (estilos de vida, ambiente, educação, condições de trabalho, moradia, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais) e suas repercussões na vida dos indivíduos, famílias e comunidade. Tal complexidade exige dos profissionais um acúmulo teórico vasto que vai além dos conhecimentos específicos de suas áreas de formação. Neste cenário, a rede intersetorial e a interdisciplinaridade emergem como necessidade concreta e ferramenta para a resolutividade do cuidado e efetivação da política. Trata-se de condição para o planejamento de fluxos (trajetórias dinâmicas e flexíveis centradas na demanda dos usuários) que impliquem em ações resolutivas, guiadas pela escuta, diálogo, acolhimento, atendimento e acompanhamento em uma perspectiva de cuidado progressivo à saúde.

A atenção interdisciplinar é o que sustenta a possibilidade de uma abordagem integral do ser humano compreendido na sua totalidade, ou seja, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Implica que o saber de cada disciplina seja guiado para a busca de soluções de problemas concretos que, em geral, transcendem os limites e definições formais de um campo do saber exigindo, do profissional, o conhecimento de outras áreas além daqueles que já domina na sua própria. Desdobra-se daí o terceiro aspecto a ser considerado: a necessidade de garantir o apoio matricial enquanto retaguarda especializada da assistência e de suporte técnico-pedagógico às equipes da Atenção

Básica, condição fundamental para o processo de construção coletiva de projetos terapêuticos singulares e sua efetividade.

Outro importante desafio a ser superado tem raízes no processo de formação dos profissionais, ainda caracterizado por relativo distanciamento teórico e metodológico das necessidades do SUS, suscitando expressiva demanda de aprimoramento das iniciativas em educação permanente que promovam a qualificação das práticas dentro da perspectiva de clínica ampliada. A competência técnica das equipes que atuam nas Unidades Básicas de Saúde assume especial relevância nos municípios com até 15 mil habitantes os quais, de acordo com a Portaria n° 3088/2011, não comportam a implantação de Centros de Atenção Psicossocial. Neste sentido, é indispensável qualificar a prática das equipes de saúde provendo os subsídios necessários para o desenvolvimento de competência para acolher os usuários e adotar práticas de cuidado centradas no protagonismo e na autorresponsabilização.

Salienta-se a importância de incluir, nos cursos introdutórios e na especialização em saúde da família promovidos pelo Ministério da Saúde através da Universidade Aberta do SUS (UNA/SUS), conteúdos que instrumentalizem as equipes para:

- a. o desenvolvimento de ações de prevenção primária que, no contexto do uso prejudicial do álcool e outras drogas, significa identificar e atuar na redução dos fatores de riscos e fortalecimento dos fatores de proteção, considerando os diversos domínios da vida;
- b. diagnóstico precoce dos padrões de uso abusivo e dependência;
- c. cuidado dos casos não complicados sob a ótica da redução de danos;
- d. referenciamento, para a rede de assistência psicossocial, dos quadros moderados e graves, atuando em rede, com base na responsabilização compartilhada dos casos enquanto mecanismo que exclui a lógica do encaminhamento, amplia a capacidade resolutiva da equipe local, estimula a interdisciplinaridade e oportuniza a ampliação da clínica, favorecendo o resgate e a valorização de outras dimensões que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso;

- e. a consolidação dos serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações, por meio de equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, de educação, de trabalho, de promoção social etc.;
- f. garantia do acesso aos serviços e à participação dos usuários em seu tratamento através do estabelecimento de vínculos, da construção da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica.

Nestes termos, o processo formativo deve fomentar a articulação da teoria com o cotidiano das unidades, contemplando a construção do conhecimento a partir da apropriação da realidade local e transversalizando as questões relativas ao consumo de psicoativos em todos os serviços ofertados. No contexto mais amplo, é fundamental, ainda, o desenvolvimento de ação conjunta com o Ministério da Educação (MEC), promovendo mudanças nas plataformas curriculares com vistas à formação de profissionais socialmente engajados e tecnicamente instrumentalizados, com habilidade de problematizar seu campo de atuação e as consequências de suas intervenções na resolutividade nos processos de saúde doença, incluindo a abordagem dos problemas relacionados ao uso do álcool.

A qualificação do cuidado é permeada, também, por expressivos desafios na gestão de pessoal, sobretudo relacionados à valorização dos profissionais. Certamente, não só por meio da adoção de planos de carreira e remuneração adequadas, mas, também, pelo reconhecimento social do profissional que, dentre outros elementos, inclui a melhoria da infraestrutura das unidades e condições de trabalho, o estímulo à produção intelectual, assegurando a possibilidade de participação em congressos e eventos. Soma-se, ainda, a necessidade de reduzir a rotatividade dos profissionais, abolindo vínculos trabalhistas precários, por meio de contratos que permitam a fixação do profissional no serviço, condição relevante para a efetivação do cuidado pautado no vínculo, na escuta, no diálogo e acolhimento.

Qualificar a atenção básica para que possa cumprir seu papel enquanto porta prioritária de entrada na rede de cuidado, na promoção do acesso às pessoas com demandas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas inclui, ainda, a implementação de ações comunitárias

dotadas de sentido para a população à qual se destina. Nesta direção, as abordagens *in loco* assumem significativa relevância.

Diversas experiências no Brasil, a exemplo dos Consultórios de Rua e das Equipes Itinerantes de Redução de Danos têm mostrado que as abordagens face a face, feitas nos locais de concentração dos usuários onde acontecem as cenas de uso, favorecem a criação de vínculo e a realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e de cuidados clínicos primários, além de aproximar esta população, quando necessário, de outros pontos de atenção. A característica mais importante desta estratégia é oferecer escuta e cuidados no próprio espaço de permanência dos usuários, resguardando o respeito ao contexto socio-cultural da população.

Outro aspecto capital a ser considerado diz respeito à necessária transversalização da abordagem de Redução de Danos (RD) no cotidiano dos serviços básicos de saúde. A RD, além de diretriz de trabalho na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, constitui iniciativa relevante para o acesso e adesão ao cuidado. Guiada pelo compromisso ético em defesa da vida, a Redução de Danos representa uma alternativa às abordagens tradicionais, adquirindo importante visibilidade enquanto medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e direitos humanos. Pautando-se no respeito à liberdade de escolha, a RD, ao invés de definir a abstinência como única meta aceitável, negocia o estabelecimento de metas intermediárias, reconhecendo outras alternativas de prevenção e tratamento por meio da implicação do sujeito na sua trajetória terapêutica.

Essa centralidade no sujeito considerando seus desejos e possibilidades caracteriza a redução de danos como uma abordagem em saúde menos normalizadora e prescritiva, pois se evita ditar ou impor, a partir da autoridade profissional, quais seriam as escolhas e atitudes adequadas ou não a serem adotadas. Assim, atuar em uma perspectiva de redução de danos na Atenção Básica pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa. (BRASIL, 2013)

Desta forma, pode-se inferir que a redução de danos assume papel fundamental na operacionalização da perspectiva de uma clínica ampliada, possibilitando a emergência de dimensões subjetivas e a reconfiguração dos territórios existenciais, tanto dos trabalhadores em saúde quanto daqueles que eles cuidam. “A dimensão processual desse modo de produção do cuidado ancora, mas, ao mesmo tempo, projeta

a construção da integralidade em saúde na perspectiva de autonomia e emancipação dos sujeitos e coletivos”. (BRASIL, 2013 p. 60) Ao compreender a saúde enquanto resultado de ações conjuntas intersetoriais, interinstitucionais e interdisciplinares cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida dos usuários, a redução de danos atua decisivamente na consolidação de uma clínica ampliada e na melhoria das condições de vida da população usuária de álcool e outras drogas.

Por fim, representando um dos maiores desafios e, ao mesmo tempo, condição para a consolidação de práticas em saúde dotadas de significado para a população à qual se destina, está a participação e o controle social dos usuários. Princípio do SUS, a participação dos usuários na gestão dos serviços e do cuidado impulsiona o protagonismo e a autonomia dos usuários dos serviços, participando das decisões sobre seu tratamento bem como da gestão dos processos de trabalho no campo da saúde coletiva, pressupõe o exercício de práticas horizontais, construídas por meio do diálogo, da inclusão e do respeito à diversidade, ressaltando-se daí a importância das assembleias e da representação dos usuários de álcool e outras drogas nos conselhos locais de saúde constituindo, inclusive, espaço de troca de saberes e articulações solidárias entre usuários e profissionais dos serviços.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O advento do crack, sem dúvida, produziu grande repercussão nas iniciativas governamentais voltadas para o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas, no país. Embora contrariando a epidemiologia, cujos dados apontam o álcool como a substância psicoativa mais consumida e de maior repercussão na ampliação de danos sociais e à saúde, foi o pânico moral em torno do crack que impulsionou a criação de equipamentos e a implementação de políticas públicas voltadas para a atenção integral à população usuária de álcool e outras drogas.

Dentre as iniciativas governamentais, está a inclusão do cuidado em saúde mental na atenção básica e a articulação de diversos pontos de cuidado por meio da RAPS, onde a Rede Básica de Saúde assume lugar estratégico como porta prioritária de entrada no sistema de saúde. Entretanto, a promoção de acesso da população usuária de álcool e outras drogas na atenção básica ainda constitui grande desafio, indicando a necessidade de ressignificar os paradigmas e as práticas de saúde,

com vistas à consolidação da integralidade da atenção, conforme princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica.

Embora as ações básicas de saúde se desenvolvam no mais alto grau de descentralização e capilaridade do sistema de saúde e, portanto, com maior aproximação com a população de um território geograficamente conhecido, observa-se a influência de variados fatores que funcionam como barreiras de acesso ao cuidado. Dentre as dificuldades de acesso dos usuários de álcool e outras drogas na atenção básica, pode-se referir a inadequação da abordagem que, distanciada de uma compreensão ampliada que contemple a perspectiva biopsicossocial, ainda centra seus esforços na abstinência como meio e finalidade do cuidado.

A atuação profissional guiada por uma concepção médico-moral sobre a prática de consumir drogas tem diversas manifestações no cotidiano das Unidades de Saúde, a contar pela expressão de juízo de valor que, dentre outros agravantes, estigmatiza e desqualifica o usuário; pelo exercício de práticas automatizadas e rígidas em detrimento das singulares manifestações de sofrimento e particularidades de cada caso; pelos processos e exigências burocráticas que dificultam e limitam o acesso ao cuidado; e pela ambiência que, em suas várias dimensões, refletem pouco cuidado com a humanização e a dignidade de profissionais e usuários.

No que se refere ao processo de trabalho das equipes, ressalta-se o distanciamento das diretrizes preconizadas pela Rede de Atenção Psicossocial e pela Rede de Atenção à Saúde caracterizando como embrionária a atuação das Unidades de Saúde na identificação, mapeamento, abordagem, acolhimento, diagnóstico do uso abusivo e dependência e na gestão compartilhada dos casos. Neste contexto, destaca-se a importância de ampliar a compreensão de que a saúde mental não está dissociada da saúde geral; instrumentalizar as equipes para cuidar dos casos não complicados, atuando em rede, dentro de uma compreensão de clínica ampliada; superar o preconceito que a Redução de Danos desperta em parcela dos profissionais de saúde; e transformar os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema.

Ressalta-se, daí, a necessidade de aprimorar a qualificação dos gestores locais e das equipes da rede básica, por meio de processos formativos de educação permanente, contemplando aspectos éticos, técnicos e políticos, com vistas à formação de profissionais socialmente engajados e tecnicamente instrumentalizados, com habilidade de pro-

blematizar seu campo de atuação e as consequências de suas intervenções na resolutividade nos processos de saúde doença.

Para além da formação, destaca-se a necessidade de valorização do profissional, da melhoria das condições de trabalho das equipes e, especialmente, da ampliação da cobertura da Saúde da Família enquanto estratégia para efetivação da atenção integral à saúde e promoção de acesso ao cuidado.

A Estratégia de Saúde da Família, por suas características básicas, reúne as condições necessárias ao enfrentamento e superação dos problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas. Entretanto, responsabilizar univocamente a atenção básica pelas dificuldades de acesso ao cuidado em saúde mental é um erro. Sem dúvida, além da implementação da ESF, impera a necessidade de aprimorar a articulação, comunicação e a capacidade de coordenação do cuidado nos diversos pontos do sistema de saúde, bem como a garantia da retaguarda intersetorial enquanto condição para a integralidade da assistência à população com necessidades decorrentes do consumo de drogas.

A participação e controle social pelos usuários, além de direito garantido pelo artigo 198 da Constituição Federal, representa condição essencial para a democratização da gestão e do cuidado constituindo, também, espaço para o fomento do protagonismo e de construção de práticas pautadas na troca de conhecimento e exercício da solidariedade.

Por fim, pensando a saúde como qualidade de vida, ressalta-se a necessidade de aprimorar as iniciativas voltadas para a redução dos fatores de riscos para o uso abusivo de drogas, por meio de políticas públicas que promovam a diminuição das desigualdades sociais. Neste contexto, refletir sobre a saúde da população usuária de drogas remete, igualmente, à avaliação do impacto das mortes por causas externas, justificadas pela relação com “as drogas”.

Embora este trabalho tenha alcançado seus objetivos, é notória a importância de novos estudos que aprofundem esta temática, enfatizando a necessidade de aprimorar a atuação da rede intersetorial nas ações de promoção da saúde, com vistas à formulação de estratégias voltadas para a redução da mortalidade por causas externas entre as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

REFERÊNCIAS

- ACSELRAD, G. A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003. (Texto Básicos de Saúde, B). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência*. Brasília, DF, 2009. (Série B. textos Básicos de saúde)
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1028.htm>>. Acesso em: 27 maio 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à Saúde. Política Nacional de BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Atenção primária e promoção da saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Mental/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Ações pragmáticas estratégicas*. Brasília, DF, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 34).
- BRASIL, Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Nacional de Saúde Mental. *Consultórios de rua do SUS: material de trabalho para a II oficina nacional de consultórios de rua do SUS*. Brasília, DF, 2010.
- BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1996.

- CARLINI, E. A. et al. *I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2001.
- CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país*. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2005.
- CARNEIRO, H. A fabricação do vício. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 13., 2002, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte, 2002.
- CARNEIRO, H. *Filtros, mezinhas e triaças: as drogas no mundo moderno*. São Paulo. Ed. Xamã, 1994.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C. A.; YASUI, S. *Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau, 2003.
- FONTANELLA, B. J. B.; TURATO, E. R. Barreiras na relação clínico – paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 439-447, 2002.
- LIMA, D. *As ações dos profissionais de saúde da atenção básica junto a usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas*. 2009. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2009.
- MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑES, M. E. *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.
- REZENDE, M. M. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental que atende dependentes de drogas no Vale do Paraíba. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*, v. 6, n. 1, p. 100-108, 2003.
- SARACENO, B. A concepção de reabilitação psicossocial como referencial para as intervenções terapêuticas em saúde mental. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 26-31, 1998.
- TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Uma introdução às contribuições da epistemologia contemporânea para a medicina. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 7, n. 2, p. 363-372, 2002.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME - UNODC. *Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime*. 2012. Disponível em: <<http://www.unodc.org/unodc/index.html>>. Acesso em: 29 jul. 2013.

O CRAS COMO ARTICULADOR DA REDE DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E SEUS FAMILIARES: POSSIBILIDADES E DESAFIOS

Elicarlos Coutinho de Oliveira

INTRODUÇÃO

A política de Assistência Social, situada no tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e a Previdência Social, instituída historicamente pela Constituição Federal de 1988, define um marco no processo democrático brasileiro, pois atua na consolidação e garantia de direitos dos cidadãos brasileiros. (LEGNAGHI; OLIVEIRA; SANTOS, 2011, p. 2) Entretanto, com referência ao trabalho realizado no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), ela ainda reserva uma certa negligência no campo do uso de Substâncias Psicoativas (SPA), mostrando-se, por vezes, ingênua, inócua, quando muito inoperante, como se verifica na experiência brasileira a adoção de uma postura repressora e higienista e repressora. A superação desta lógica, que se volta para garantia de direitos, acolhida e cuidados por meio de abordagens desprovidas de preconceitos e, no mínimo, acolhedora é o que se esperaria desta política, dada a sua importância na atenção ao universo de desfilia¹dos sociais, incluindo os usuários de álcool e outras drogas, já alijados e alienados dos seus direitos básicos, promovendo, assim, a dignidade e a efetivação da cidadania destes sujeitos.

O uso problemático de SPA, na atualidade, convocou também a Assistência Social para a elaboração de propostas e respostas à questão, somando esforços para que, conjuntamente, viesse a contribuir na atenção ao usuário de drogas. Entretanto, como discutiremos no presente artigo, a questão se apresenta por meio de equívocos e do despre-

1 Desfilia¹dos sociais tem relação com “ausência de inscrição do sujeito em estruturas portadoras desentido”. (CASTEL, 1998, p. 536)

paro. Em contrapartida, a iniciativa da Reforma Psiquiátrica (1980) foi de crucial relevância para o escopo de redefinição nos rumos da atenção à saúde mental, negando a lógica hospitalocêntrica e manicomial como modelo primaz de assistência, propondo uma rede de serviços substitutivos com novos parâmetros assistenciais e de gestão, como a descentralização, o respeito à autonomia do usuário, a interdisciplinaridade e o trabalho em redes intra e intersetoriais, além de sistematizar os cuidados aos diversos usuários desses dispositivos, dentre eles os usuários de substâncias psicoativas.

O Brasil, conforme revela a pesquisa divulgada pelo Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015, p. 65), ocupa o terceiro lugar no *ranking* do cenário internacional, com uma taxa de 54,9% de homicídios de jovens, em que se faz uma correlação entre o uso de substâncias psicoativas, suas interrelações com o tráfico de drogas e situações de violência, como o homicídio e acidentes de trânsito.

Pensadas estas questões, destaca-se como ponto primordial de discussão neste estudo a importância da identificação da rede socioassistencial e sua relação com a rede intersetorial, tendo como ponto de partida o CRAS e sua conexão com outros dispositivos como Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), órgãos do sistema de garantia de direitos (Conselho Tutelar, Ministério Público, etc.), com as Ações Estratégicas do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (Aepeti), com o setor do Cadastramento Único (Cad. Único), dentre outros em outras políticas, como as Unidades Básicas de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) engendrando assim uma perspectiva de acolhida ao usuário de álcool e outras drogas.

O CRAS pode ser um lócus conspícuo para o fomento da articulação com outras políticas e execução da política pública de Assistência Social, com o desenvolvimento de ações, projetos e usufrutos de benefícios e inclusão no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV). Com isso permitirá à família o fortalecimento da sua função protetiva, a prevenção da ruptura de vínculos, a promoção de aquisições sociais, materiais e do acesso a benefícios, aos programas de transferência de renda e dos serviços socioassistenciais em conformidade com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a, p. 7), conjuntura da política que dialoga, de modo imprescindível, para a atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

As redes assistenciais deverão ser descentralizadas, capilarizadas e devem investir na superação das desigualdades, em consonância com

as diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde através: da Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, na qual consta, no art. 7°, que “As Redes de Atenção à Saúde estarão compreendidas no âmbito de uma Região de Saúde, ou de várias delas, em consonância com diretrizes pactuadas nas comissões intergestores” (BRASIL, 1990); da Portaria n° 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS); e com os decretos sobre os serviços específicos para atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas em consonância com as propostas da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Resta-nos, portanto, saber: quais as possibilidades e os desafios para que o CRAS seja um dispositivo atuante na rede que garante direitos e acolhimento aos usuários de drogas e seus familiares? O CRAS pode ocupar o lugar de fomentador rede de cuidados integral? Como esta unidade pode ofertar acolhida e apoio aos usuários de drogas e seus familiares, para que se minimizem riscos e danos sociais e à saúde?

Um grande passo para esse alinhamento foram as recentes proposições do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) junto ao Decreto n° 7.179/2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas preconizando, por exemplo, o estabelecimento de ações que promovam “[...] espaços de escuta, favorecendo a discussão, troca de experiências e construção de saberes sobre o enfrentamento das situações de vulnerabilidade social, considera-se possível desenvolver aquilo que se denomina resiliência”. (BRASIL, 2012b, p. 6)

O presente trabalho consiste em uma revisão de políticas que versam sobre a atuação da Assistência Social quando se volta para a seara daqueles que usam de SPA, abordando os aspectos pertinentes aos temas: CRAS, Políticas Públicas de Assistência Social, de Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras drogas, rede intersetorial e socioassistencial e ações dentro da política de Assistência voltadas para o público usuário de álcool e drogas. Justifica-se, pela carência e necessidade de estudos que abarquem a referida política e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas, suas ações integradas e intersetoriais, estratégias voltadas para acolhida, escuta, encaminhamento e reabilitação deste público e familiares como, também, para a mobilização do coletivo visando mudanças sociais. Por fim, requer-se uma análise da rede, pela sua relevância e enorme eficácia na consolidação de ações que permitam a garantia de direitos da população em condições de vulnerabilidade e risco social.

BREVE PANORAMA: O NASCIMENTO DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

A proposta da Assistência Social esteve permeada pela lógica assistencialista, panorama este que passou a ser modificado para o paradigma de direito instituído, com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Outro passo importante foi a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) n° 8.742/93, mas esta sofreu o veto pelo então presidente Fernando Collor de Melo que passa a fortalecer a Legião Brasileira de Assistência (LBA), criada em 1942, com o intuito de prover as necessidades das famílias, enquanto os seus provedores servissem ao país na guerra. Já o presidente Fernando Henrique Cardoso, em seu governo, dissolveu a LBA e cria a Comunidade Solidária. Segundo Sposati (2004, p. 33 apud LEGNAGHI; OLIVEIRA; SANTOS, 2011, p. 3), “eis onde esbarra o avanço do paradigma da Assistência Social sob a égide dos direitos sociais”, visto que se baseia na sustentação política pela dependência da população ao estado e suas benesses, remontando à lógica meritocrática e dos favores.

Alguns marcos legais foram definidores para se entender a consolidação desta política pública, como por exemplo: a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 1998, ganhando novo texto em 2004; a Norma Operacional Básica (NOB) (BRASIL, 2006); a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos (BRASIL, 2006); a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, Decreto n° 7.334 que estabelece o Censo SUAS; a Lei que dispõe sobre a organização da Assistência Social; e a Resolução 33 que Aprova a NOB/SUAS.

A Assistência Social é uma política pública que compõe a Seguridade Social, não contributiva, realizada com o intuito de garantir o atendimento às necessidades mínimas dos cidadãos brasileiros conforme a Lei n° 12.435/2011 no seu Art. 1°, que traz na sua redação alterações da Lei n° 8.742/93, a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), importante marco para a elaboração do SUAS e que, também, se configura crucial para as mudanças no campo social e de defesa de direitos.

A Lei n° 12.435/2011 arrola e dá destaque a ações e serviços com ênfase para a proteção social como ação específica da Assistência, citada em seu capítulo I, destacando sua atenção através das seguintes questões elencadas abaixo:

- a. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b. o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;

- c. a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d. a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- e. a garantia de um salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família. (BRASIL, 2011b)

Genericamente, a proteção social de Assistência Social deverá garantir os seguintes eixos: acolhimento, renda, desenvolvimento da autonomia, convívio familiar, comunitário e social, apoio e auxílio.²

Essas seguranças alicerçadas no contexto da assistência deverão garantir os rendimentos financeiros para a sobrevivência, a provisão das necessidades básicas humanas voltadas para o direito à alimentação, ao vestuário, ao abrigo, características básicas das relações em sociedade. São apontadas outras situações que requererão acolhimento na atualidade como:

[...] separação da família ou da parentela por múltiplas situações, como violência familiar ou social, *drogadição*, *alcoolismo*, desemprego prolongado e criminalidade. Podem ocorrer também situações de desastre ou acidentes naturais, além da profunda destituição e abandono que demandam tal provisão. (BRASIL, 2005b, p. 31-32, grifo nosso)

Segundo esta legislação, a Assistência Social se configura no formato de um sistema, “o SUAS, que é um sistema público gratuito, descentralizado e participativo que tem por função é a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira”

2 O acolhimento deverá ocorrer em espaços públicos para realização da proteção social básica e especial, em condições nas quais haja “a recepção, escuta profissional, informação, referência, concessão de benefícios, aquisições materiais e sociais, abordagem em territórios de incidência de risco, oferta de rede de serviços e locais de permanência de indivíduos e famílias”. (BRASIL, 2012a, p. 3) No tocante à renda deve se concretizar pela “concessão de auxílios financeiros e da concessão de benefícios continuados”. (BRASIL, 2012a, p. 3) O desenvolvimento da autonomia deverá envolver ações profissionais e sociais para que se desenvolva habilidade e capacidade em busca da cidadania, a conquista de melhores graus de liberdade, respeito à dignidade humana, protagonismo, independência pessoal; o convívio familiar, comunitário e social, a rede continuada que garanta oportunidade e ação profissional para construção, restauração e fortalecimento de laços de pertencimento, capacitando e qualificando os vínculos sociais; apoio e auxílio que “exige a oferta de auxílios em bens materiais e em pecúnia” denominados benefícios eventuais. (BRASIL, 2012a, p. 4)

(BRASIL, 2005a, p. 86) condição para sua efetivação no universo das políticas públicas. Concomitante à gestão, compete a esta política: a noção de território; a centralidade no atendimento à família; a garantia de atenção diferenciada por níveis de proteção social (básica e especial);³ a gestão compartilhada das ações entre Estado e sociedade civil, sob a coordenação e primazia do primeiro na atribuição de competências técnicas e políticas diferenciadas para as diferentes esferas federativas; a corresponsabilidade entre os entes federados; o planejamento, monitoramento e a avaliação por meio de sistemas de informações; o controle social exercido pelos Conselhos de Assistência Social. (BRASIL, 2005a, p. 86-87)

O SUAS tem como foco a Proteção Social às pessoas, dadas as circunstâncias em que vivem e o fortalecimento da família, sendo este um novo modo de gestão. Seu *modus operandi* no olhar e quantificação da realidade permite sua diferenciação rumo à efetivação da Assistência Social.

Princípios e diretrizes do SUAS

A Norma Operacional Básica do Sistema Único da Assistência Social, instituída em 2004, é a responsável pela gestão e operacionalização da PNAS (2005) em todo o território. Suas ações são sistêmicas e devem envolver e implicar os entes federados e seus procedimentos devem se dar em consórcio com a Constituição Federal, a LOAS e outras legislações.

Na PNAS são relatadas as definições para as diretrizes da política voltando suas ações dentro do âmbito socioterritorial, com o agir direcionado pela capilarização nos territórios voltados para a realidade e o cotidiano dos cidadãos, atentando-se para o que acontece, seus potenciais e fragilidades, em suas mais diversas nuances.

Os princípios organizativos que pautam o SUAS, conforme a NOB (BRASIL, 2012a, p. 12), com seu texto que traz algumas alterações ao texto de 2004, devem abarcar os seguintes elementos: universalidade:

3 A proteção social básica (PSB) tem como objetivos prevenir situações de risco, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social. A proteção social especial (PSE) tem por objetivos prover atenções socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras. (BRASIL, 2005)

todos têm direito à proteção socioassistencial prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição; gratuidade: a assistência social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida, observando o que dispõe o art. 35, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso; integralidade da proteção social: oferta das provisões em sua completude, por meio do conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais; intersetorialidade: integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais; equidade: respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social.

O SUAS e a organização do processo de trabalho

As ações previstas no SUAS deverão ocorrer em sua forma primária nas Unidades onde se operacionaliza a Proteção Social nestes territórios. Estas Unidades são denominadas CRAS e Creas. O CRAS oferta a proteção social básica sendo uma unidade pública estatal de base territorial, integrante do SUAS, localizada em área com maior índice de vulnerabilidade e risco social, destinada à prestação de serviços e programas socioassistenciais de proteção social básica às famílias e indivíduos, promovendo a articulação destes serviços no seu território de abrangência.

A oferta de serviços, programas e ações que ocorrem no CRAS se dá em conformidade com as diretrizes do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) e é feita por intermédio dos programas, ações, projetos e ofertas de benefícios, além da gestão territorial, a articulação intersetorial e a busca ativa, visando a proteção social básica da família e do indivíduo, evitando sua exposição em situações de vulnerabilidade social e violação de direitos. (BRASIL, 2009b, p. 21-32) Seus objetivos são: a) fortalecer a função protetiva da família e prevenindo a ruptura dos seus vínculos; b) promover aquisições materiais e sociais; c) promover acessos à rede de proteção social de assistência social; d) promover acessos aos serviços setoriais; e) apoiar famílias que possuem indivíduos que necessitam de cuidados viabilizando a escuta e a troca de vivências. Já as ações previstas no PAIF são: a) acolhida; b) oficinas com famílias; c) ações particulares; d) encaminhamentos para rede. (BRASIL, 2012b)

O censo SUAS 2014 registrou a existência de 8.088 CRAS (98,4%) distribuídos em 5.264 cidades e no Distrito Federal, logo, a abrangência do PAIF já chega a 95% dos municípios brasileiros tendo a Bahia o número de 575 CRAS, sendo 25 milhões de famílias atendidas pelos Serviços Socioassistenciais. (BRASIL, 2014, p. 7)

O Creas é a unidade pública de abrangência e gestão municipal, estadual ou regional, destinado para as intervenções especializadas da proteção social especial. Este equipamento terá a atuação voltada ao contingente de pessoas com direitos violados direcionando-se para a sua qualidade de vida. Suas atividades deverão prever o desenvolvimento de ações de prevenção e cuidado às diversas formas de violência, exploração sexual, uso de substâncias psicoativas, dentre outros, com ênfase nas crianças e adolescentes. Os dados levantados pelo censo apontaram como público atendido pelo Creas expressamente, crianças e adolescentes “com destaque para as situações de abuso sexual (94,5%), violência psicológica (93,1%) e negligência ou abandono (90,7%)”. (BRASIL, 2011b) Segue-se o atendimento aos idosos em situação de negligência ou abandono (80%).

As situações menos atendidas nas unidades de referência especializada prevalentemente são: tráfico de pessoas e discriminação em decorrência da raça/etnia e em decorrência da orientação sexual. A questão do uso problemático ou recreativo do álcool e outras drogas sequer é mencionada, revelando uma lacuna no exercício desta política, considerando-se o fenômeno das toxicomanias na pós-modernidade e a associação dos dados com a exclusão e o uso de SPA merecendo uma atenção da assistência social para a identificação e o manejo destes casos junto a esta política.

A PNAS, no seu escopo, deve promover a articulação e a interface da política de Assistência com outras políticas realizando a oferta de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social básica, contribuindo para a inclusão e a equidade dos diversos usuários e grupos; também deve assegurar a centralidade da família garantindo a convivência sociofamiliar. O público a quem são dirigidas são definidos como: cidadãos e grupos que se em vulnerabilidade e riscos, com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; aqueles que sofrem estigmas por questões étnicas, culturais e sexuais, por causa de deficiências, questão econômica, *uso de substâncias psicoativas*; violências diversas e inserção precária ou não inserção no mercado de trabalho formal. (BRASIL, 2005b, p. 33)

A Assistência Social tangencia a questão das drogas quando faz a tentativa de delimitar este público para quem deverão ser dirigidas

as ações de proteção social básica e especial, destacada neste contexto pelos objetivos de prover ações socioassistenciais a famílias e indivíduos que se encontrem em situação de risco pessoal e social. Por meio da proteção social, esta política se ocupará das situações que expõem os indivíduos a diversas formas de vulnerabilidades, fragilidades, contingências e riscos “por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana”. (BRASIL, 2005a, p. 16)

Entende-se, a partir daí, como a proteção social funciona na Assistência Social e é direcionada para o desenvolvimento humano e social, desenvolvendo suas potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assistindo os cidadãos, assegurando os direitos de cidadania, tendo como garantias: a segurança de acolhida; “a segurança social de renda; a segurança do convívio ou vivência familiar, comunitária e social; a segurança do desenvolvimento da autonomia individual, familiar e social; a segurança de sobrevivência a riscos circunstanciais”. (BRASIL, 2005a, p. 16-18)

Unidades de proteção social: CRAS, Creas e Centro-POP

As formas conhecidas de acesso aos serviços do CRAS se dão, principalmente, por demanda espontânea, seguida pela busca ativa e pelo contrarreferenciamento, ou seja, encaminhamento da rede socioassistencial por meio das instituições como Creas, Conselho Tutelar, abrigos, etc. Os projetos e programas de inclusão produtiva para geração de emprego e renda tiveram um destaque com maior percentual nas regiões Nordeste (88,8%) e Centro-Oeste (89,1%), conforme o Censo SUAS. (BRASIL, 2014) Sendo um país continental, com divergências e especificidades que precisam ser consideradas, respeitando-se as regiões, a Assistência Social busca promover garantias sobre os fossos sociais surgidos.

O trabalho desenvolvido com as famílias referenciadas⁴ no território de abrangência do CRAS privilegia a dimensão socioeducativa da Política de Assistência Social na garantia dos direitos concernentes às seguranças sociais. Assim, as ações e os serviços prestados no Centro devem provocar impactos na subjetividade política dos usuários, tendo como finalidade central a construção do protagonismo e da autonomia na garantia dos direitos como forma de superar as condições de vulnerabilidade social e potencialidades de risco. (OLIVEIRA, 2010, p. 36)

4 Família referenciada é aquela que vive em áreas caracterizadas como de vulnerabilidade, definidas a partir de indicadores estabelecidos por órgão federal, pactuados e deliberados. (BRASIL, 2006, p. 38)

Estes centros deverão estar espalhados nos territórios onde as situações reais dos cidadãos acontecem, onde suas vivências multifacetadas eclodem e incidem no seu cotidiano, realizando o devido mapeamento de suas vulnerabilidades e potencialidades, podendo ofertar espaços para acolhida, escuta, mudança de paradigmas e encaminhamentos, dentre outras.

Os principais serviços oferecidos pelos CRAS são: o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família dos CRAS que realizam Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos sendo divididos por idade, com crianças nas seguintes faixas etárias: 0 a 6; 6 a 15 anos e 15 a 17; e os Serviços de Proteção Social Básica à pessoa com deficiência. (BRASIL, 2014)

A capacidade de atendimento dos CRAS em uma determinada área de abrangência é dada a partir das famílias referenciadas, em situação de vulnerabilidade, pré-definidas anteriormente pelo porte do município. É importante que haja uma equipe mínima que fornecerá atendimento a famílias e indivíduos, composta por assistente social e psicólogo, podendo ainda a equipe ser acrescida de pedagogo, sociólogo, antropólogo, variando pelas características regionais e necessidades na atuação, em determinada localidade, respeitando-se suas especificidades. A NOB-RH/SUAS, instituída no ano de 2006, é responsável pela definição das diretrizes e também das responsabilidades no âmbito da política relacionada ao trabalho na área da assistência social.

Os técnicos de nível superior que integram o quantitativo de referência do CRAS devem ter formação em serviço social, psicologia e/ou outra profissão que compõe o SUAS caracterizando a equipe mínima de referência. Em consonância com a NOB-RH/SUAS, é estabelecido que os profissionais devem ser servidores efetivos.

Dentre as atribuições e competências dos profissionais da Assistência, é expresso que eles devem ter “experiência de atuação e/ou gestão em programas, projetos, serviços e benefícios socioassistenciais, conhecimento da legislação referente à PNAS, domínio sobre os direitos sociais, experiência de trabalho em grupos e atividades coletivas”, sendo também prevista sua experiência em ações interdisciplinares, que sejam bem relacionáveis, tendo a capacidade de escuta às famílias e o conhecimento da realidade do território de abrangência do CRAS, além de uma postura ética que deve nortear a atuação desses profissionais na Assistência Social, conforme preconiza a NOB-RH/SUAS. (BRASIL, 2006, p. 13)

As atribuições para a execução do trabalho no CRAS devem ser realizadas por todos os profissionais – psicólogo, assistente social ou

outro técnico de referência –, mas devem ser respeitadas as especificidades de cada campo de atuação. À coordenação é delegada a função de articulação, acompanhamento e avaliação do processo de implantação do CRAS e a implementação dos programas, serviços, projetos da proteção social básica operacionalizados nessa unidade, dentre outras funções, sendo destacado efetuar ações de mapeamento, articulação e potencialização da rede socioassistencial e das demais políticas públicas no território de abrangência do CRAS. (BRASIL, 2006, p. 64) Logo, tais ações arroladas devem visar a articulação das ações junto à política de Assistência Social e às outras políticas públicas visando o fortalecimento da rede de serviços de Proteção Social Básica.

A implantação dos CRAS se dá pelo levantamento dos indicadores definidos para a oferta dos serviços de PSB e deverá obedecer a partilha, priorização e escalonamento da distribuição de recursos para cofinanciamento. Deverá haver a corresponsabilização na gestão entre os entes federados, sendo estabelecidos parâmetros atrelados ao número de habitantes que residem em determinada cidade, respeitando-se o seu porte, conforme classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o tamanho das cidades brasileiras, definindo-se depois a quantidade de profissionais por CRAS e a quantidade de equipamentos.

Os serviços de proteção social básica e especial serão ofertados e organizados para garantia da proteção e do acesso ao conhecimento dos direitos socioassistenciais, como também para a defesa desses direitos, dando-se através “das ouvidorias, dos centros de referência, dos centros de apoio sociojurídico, conselhos de direitos”⁵ e do acesso aos benefícios, assegurando a garantia dos direitos socioassistenciais. (BRASIL, 2005a, p. 18-19)

Em suma, existem características para a operacionalização destas formas de proteção sendo ofertada de modo precípua nos locais específicos por meio dos benefícios e serviços abaixo relacionados. A Proteção Social Básica ocorrerá: nos CRAS, territorializados de acordo com o porte do município, por meio da rede de serviços socioeducativos direcionados para grupos geracionais, intergeracionais, grupos de interesse, entre outros, com benefícios eventuais e de Prestação Continuada, como também com a disponibilidade de serviços e projetos de capacitação e

5 Conselhos de Assistência Social são: os Conselhos Nacional, Estaduais e Municipais são instâncias deliberativas do Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social, regulamentado na PNAS/2004, na forma do SUAS. (BRASIL, 2005b, p. 126)

inserção produtiva. No tocante à Proteção Social Especial, ela se dará: nos Creas e por meio de Redes de Serviço de atendimento domiciliar, albergues, abrigos, moradias provisórias, para adultos e idosos; rede de serviços de acolhida para crianças e adolescentes, como repúblicas, casas de acolhida, abrigos e família acolhedora; serviços especiais de referência para pessoas com deficiência, abandono, vítimas de negligência, abusos e formas de violência; ações de apoio a situações de riscos circunstanciais, em decorrência de calamidades públicas e emergências.

A Proteção Social Especial (PSE) é um modo de atendimento assistencial proposto na PNAS para as famílias e indivíduos “em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, dentre outros”. (BRASIL, 2005b, p. 37) A atenção na PSE objetiva, principalmente, “contribuir para a prevenção de agravamentos e potencialização de recursos para a reparação de situações que envolvam risco pessoal e social, violência, fragilização e rompimento de vínculos familiares, comunitários e/ou sociais”. (BRASIL, 2011, p. 2)

A PSE está dividida em Média e Alta Complexidade. Os serviços e ações realizados no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSEMC) visam atender “as famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos”. (BRASIL, 2011a, p. 38) Há, portanto, a necessidade de atenção especializada e acompanhamento sistemático por meio de oferta de orientação e de apoio às famílias, podendo haver o “plantão social, abordagens de rua, cuidados em domicílio para idosos e pessoas com deficiência, como também serviços de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência” e por fim o serviço ofertado aos adolescentes que cumprem medidas socioeducativas em meio-aberto (Prestação de Serviço à Comunidade (PSC) e Liberdade Assistida (LA)). (BRASIL, 2016, p. 51)

A Proteção Social Especial de Alta Complexidade (PSEAC) deverá assegurar aos(às) demandantes a proteção integral por meio de “moradia, alimentação, higienização e trabalho protegido para famílias e indivíduos que se encontram sem referência e/ou em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou comunitário”. (BRASIL, 2016, p. 50) Os serviços são elencados abaixo à semelhança de: “Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família substituta; Família Acolhedora; Medidas Socioeduca-

tivas restritivas e privativas de liberdade (semiliberdade, internação provisória e sentenciada); trabalho protegido”. (BRASIL, 2016, p. 50)

O Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, instituiu a Política Nacional para a População em Situação de Rua com os seus princípios e diretrizes, relacionando, além da igualdade e equidade, o respeito à dignidade humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização à vida e cidadania, o atendimento humanizado e o respeito às condições singulares dos indivíduos. Dentre as diretrizes destacamos: a promoção de direitos, a integração entre as políticas, o incentivo à população de rua para que participe das instâncias de formulação das políticas e controle social, o respeito às singularidades dos territórios, a implantação de ações educativas para superação do preconceito e capacitação dos servidores públicos. Os Centros de Referência Especializados em População de Rua (Centro-POP), desde então, são implantados e passam a figurar no cenário da política de Assistência, sendo estes Centros, unidades públicas e estatais, enquanto locus de referência e atendimento especializado à população adulta em situação de rua, no âmbito da Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS. (BRASIL, 2011a, p. 9)

Os principais objetivos deste serviço são, dentre outros:

possibilitar condições de acolhida na rede socioassistencial; contribuir para a construção de novos projetos de vida, respeitando as escolhas dos usuários e as especificidades do atendimento; contribuir para restaurar e preservar a integridade e a autonomia da população em situação de rua; promover ações para a reinserção familiar e/ou comunitária. (BRASIL, 2011a, p. 76)

Os objetivos arrolados nas ações dos Centro-POP têm como uma de suas funções a construção e movimentação da rede e a abordagem direta nas ruas que permitirá os primeiros contatos ou a continuidade destas relações para os usuários que fazem uso problemático de álcool e outras drogas que passaram a conviver nestes espaços.

Os Centro-POP ofertam serviços e ações às pessoas em situação de rua, promovendo, principalmente, a identificação destas pessoas, visando saber quem são elas e onde estão e mais do que isso, possibilitando retirá-las da invisibilidade, auxiliando a contrapartida do Poder Público na direção de suas ações. Todo Centro-POP deve ofertar o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua, de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Dentre os diversos serviços visando a garantia de direitos desta população, podem ser des-

tacados: encaminhar usuários de SPA; acompanhamento destes usuários; estudo social; visita domiciliar; busca ativa; elaboração de plano de atendimento individual; oficinas e atividades coletivas de convivência e socialização; orientação sociojurídica, dentre outras. (BRASIL, 2011a)

Retornando ao lugar do CRAS e à conexão da rede, ele se configura como a primeira porta que pode possibilitar o acesso aos cidadãos assistidos por esta política, conectando-os à rede de PSB do SUAS, lidando com este público de modo privilegiado, tendo ainda outro papel importante quando possibilita a articulação da rede de serviços socioassistenciais locais, estabelecendo uma conexão com as demais políticas setoriais, encaminhando as famílias e indivíduos atendidos para a rede de serviços intra e intersetoriais, viabilizando, deste modo, a elaboração do plano de emancipação conjunto com as famílias. (BRASIL, 2005b)

Os métodos de trabalho em rede são de construção coletiva, pois existem interesses comuns que perpassam pessoas e instituições sociais que se interconectam e, a partir daí, surgem novos formatos para a busca de soluções e alternativas para sobreviverem, sendo as soluções encontradas no próprio contexto social.

Percebemos, portanto, como a atuação da rede deve ter como lastro a consolidação da confiança entre os participantes, do ponto de vista institucional e/ou das relações de apoio mútuo, articuladas por meio das relações familiares, sociais ou comunitárias. Logo, ao se constituírem as redes, é previsto que haja relações solidárias integradas por pessoas e/ou grupos com diferenças que se refazem pelos intuitos coletivos e produtivos cooperando para a minimização dos diversos problemas sociais.

PARÂMETROS ORGANIZACIONAIS: SUAS E O CRAS NA ATENÇÃO AO USUÁRIO DE SPA

A Lei nº 8.080/90 que instituiu o SUS dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços correlatos. A saúde considerada como direito fundamental do ser humano deverá ser garantida como um dever do Estado. Dentre alguns dos seus princípios e diretrizes são arrolados a universalidade de acesso aos serviços, a integralidade de assistência, a igualdade da assistência, o direito à informação, a participação da comunidade, dentre outros. Discutiremos a seguir alguns desses aspectos.

Perspectivas intersetoriais

A integralidade da atenção à saúde no SUS, como preconizada na Constituição Federal, em seu Art. 198, deve se dar por meio de “ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema à saúde”. (BRASIL, 1990, art. 7º) Deverá contar com uma rede de serviços que oferte a atenção integral aos cidadãos em decorrência do seu grau de complexidade.

A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004) tem como inovação um deslocamento do olhar sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas em que coloca o destaque na redução de danos enquanto estratégia em saúde para a atenção aos usuários, em detrimento de uma política focada na abstinência, tão realçada pela lógica moral-penal-médica. Sinaliza-se, na redação do texto, uma preocupação destacada para as drogas lícitas (álcool e a nicotina) com suas repercussões e efeitos sociais e na saúde. Além disso, é dada uma ênfase na oferta da atenção integral e intersetorial.

O programa considera, ainda, a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários; considera ainda que a atenção psicossocial a pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool e outras drogas deve se basear em uma rede de dispositivos comunitários integrados ao meio cultural e articulados à rede assistencial em saúde mental e aos princípios da Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004, p. 26)

Esta proposição sinaliza para um entrelaçamento possível entre ações e serviços, com o rumo apontado na PNAS para a assistência aos indivíduos e famílias em situações de risco e vulnerabilidades, demonstrando haver uma aproximação entre alguns pressupostos de ambas as políticas, pela sua forma similar de entender a dinâmica e o contexto em que certos fenômenos ocorrem, necessitando do apoio e intervenção do Estado. Portanto, a finalidade será a mesma e essa interconexão poderá convergir na Atenção Integral ao usuário assistido.

O Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, regulamentado pelo Decreto nº 5.912, de 27 de setembro de 2006, tem os seguintes objetivos: A inclusão dos cidadãos minimizando as vulnerabilidades, como o tráfico, socializar o conhecimento sobre SPA, integrar políticas de prevenção, atenção e reinserção social dos usuários, repres-

são ao tráfico e estímulo às políticas setoriais. (DALBOSCO; DUARTE, 2011)

O Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, em seu Art. 1º, ao discorrer sobre a prevenção, tratamento e reinserção social do usuário de álcool e outras drogas e o enfrentamento ao tráfico, e no seu inciso §2º há a ênfase para a articulação entre as políticas públicas. (BRASIL, 2010)

A complexidade reconhecida do tema conduz ao somatório de esforços na abordagem e sistematização da Atenção Integral aos consumidores de álcool e outras drogas, já vista no âmbito do SUS, quando da instituição da Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002, definindo o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, cuja vinculação com o SUAS pode ser pensada quando se tangencia a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede, focando-se na Reabilitação e Reinserção Social dos usuários.

A Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Este importante marco se conecta às propostas imprescindíveis de articulação entre as políticas na conjuntura complexa da expressão dos problemas relacionados aos usos e usuários de SPA, como pode ser visto em seu Art. 7º explicitando este componente de conectividade na RAPS “como composto por iniciativas de geração de trabalho e renda/empreendimentos solidários/cooperativas sociais”. Em seu Parágrafo Único, a Portaria traz a ocorrência das ações através da articulação entre os setores e políticas na tentativa de organizar e consolidar uma rede com caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial promovendo inclusão produtiva, formando e qualificando este público para o trabalho. (BRASIL, 2011c)

Para Castells (1998, p. 19 apud GONÇALVES; GUARÁ, 2010, p. 4), uma rede é: “um conjunto de nós conectados, e cada nó, um ponto onde a curva se intercepta. Por definição, uma rede não tem centro e, ainda que alguns nós possam ser mais importantes que outros, todos dependem dos demais na medida em que estão na rede”. Há a interdependência entre os diversos pontos com suas amarrações e não se pode ignorar as diferenças existentes, ressaltando a inexistência de uma centralidade de poder. Já Whitaker (1993, p. 2-3) destaca a rede enquanto: “[...] uma malha de múltiplos fios, [...] sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado principal ou central, nem representante

dos demais”. A ideia de um compartilhamento sem destaques ou pontos principais, mas interdependentes e complementares é realçada neste conceito.

A política pública de Assistência Social propõe a organização da rede socioassistencial e, no seu entendimento, deve residir o deslocamento para ações articuladas, poderá ser visto tanto no SUS quanto no SUAS, por intermédio dos seus princípios e diretrizes, a prestação da atenção visando a integralidade, a universalidade, a igualdade, onde se pretende que as ações tenham a participação da sociedade, comunidade e famílias na resolução de seus problemas, mediando possibilidades para que sejam protagonistas de sua história.

Esse público necessitará de atenção das mais variadas políticas públicas e uma possibilidade de atuação do SUAS, por exemplo, junto a esta população pode estar nas possibilidades apontadas no contexto da reabilitação psicossocial em que se vê aspectos similares às práticas socioassistenciais.

Estas ações e serviços no tocante à socialização, geração de emprego e de renda, garantia de direitos e estimulação à participação cidadã, dentre outros projetos e programas, já são executados pelo SUAS e esta pode ser uma interface possível e necessária na tentativa de ofertar a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas.

CRAS: “uma porta de entrada para os usuários de SPAs?”

A política de Assistência Social, a partir do chamamento inaugurado pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (2010) precisou (re)pensar estratégias no intuito de formular a ação para o fenômeno das toxicomanias. O Plano se fundamenta pela “integração, articulação entre as políticas da saúde, assistência social, segurança pública, educação, desporto, cultura, direitos humanos, juventude e outras” (BRASIL, 2010, p. 1), mas, na prática, a execução desta articulação consiste ainda em um emaranhado difícil de resolver, como apontam as autoras, Legnaghi, Oliveira e Santos (2011, p. 5) devido a dificuldade de discutir a atenção aos usuários de SPA no campo da Assistência Social.

O governo formula e lança, em dezembro de 2011, o Programa: “Crack é possível vencer” com ações voltadas à prevenção e reinserção social, por meio da articulação entre diversas políticas como assistência social, saúde, educação e segurança pública, dentre outras, no intuito do enfrentamento do fenômeno das toxicomanias. Neste período, as mídias sociais destacavam as cenas de uso realçando associações distorcidas entre o consumo de drogas e criminalidade ou, por exemplo, a relação ao

uso e efeito do crack enquanto uma epidemia que assolava a juventude brasileira.

O SUAS engendra sua resposta ao modo convidativo como foi acionado e elabora um documento com o título: Sistema Único de Assistência Social (SUAS): perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas (BRASIL, 2012b) em que constam orientações técnicas para a atuação no âmbito da proteção social básica concernente a pessoas que fazem uso do crack e outras drogas em sua dimensão protetiva, preventiva e proativa; já a proteção especial deverá atuar por meio de ações integradas para a atenção aos riscos pessoais e sociais para lidar com a questão da droga.

Inicialmente, destacaremos alguns termos importantes para a abordagem de usuários de substâncias psicoativas no âmbito do SUAS, para tornar mais evidente o trabalho do CRAS e de outros serviços da rede socioassistencial. A política de Assistência Social é configurada por meio do Sistema Único que possui pontos centrais, como por exemplo: a) território; b) família; c) a atenção por níveis de proteção (básica e especial); d) coparticipação e corresponsabilidade entre os entes federados para a gestão; f) planejamento, monitoramento e a avaliação e g) controle social. (BRASIL, 2012b, p. 2)

As características do SUAS, em sua proposta político-administrativa norteadora para a harmonia e a constituição da proteção social básica, ocorre por meio dos princípios dirigidos pela matricialidade sociofamiliar, territorialização, proteção proativa, integração à Seguridade Social e integração às políticas sociais e econômicas. Isto posto nos auxilia a pensar ações para a efetivação desta política, e particularmente do CRAS, na atenção aos usuários e aos problemas relacionados ao uso de SPA.

A dimensão biopsicossocial considera o tripé que leva em conta o tipo de substância, as questões intersubjetivas e o contexto social no entendimento dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Essas esferas estão sempre se intercalando e as diversas intervenções priorizarão esses eixos para a atenção a esses usuários, considerando a sua condição de vulnerabilidade. Este termo, dentro da política de Assistência, “refere-se à maior ou menor capacidade de um indivíduo, família ou grupo social de controlar as forças que afetam seu bem-estar” (BRASIL, 2012b, p. 8), pois esta política pública não traz uma delimitação entre o uso, abuso e dependência; e compreende que esta relação com as SPA poderiam agravar outras formas de vulnerabilidade, comprometendo sua qualidade de vida.

Tomando-se o fato do CRAS estar inserido na comunidade, no território onde se dá o georreferenciamento e a vigilância socioassistencial, esta última deverá preconizar a oferta de serviços pelo CRAS, de modo continuado, respeitando o dinamismo onde se insere, pois, segundo Santos (1988, p. 14): “O fenômeno humano é dinâmico e uma das formas de revelação desse dinamismo está, exatamente, na transformação qualitativa e quantitativa do espaço habitado”.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção ao Usuário de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2004, p. 16) prevê o acolhimento enquanto estratégia fundamental porque é facilitadora da abordagem ao usuário de drogas gerando motivação e aderência à proposta de cuidados. A Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (BRASIL, 2009a, p. 8) orienta para a condução das ações, havendo a segurança de acolhida para os usuários que acessem os serviços tendo suas demandas, interesses, necessidades e possibilidades acolhidas, recebendo orientações e encaminhamentos, tendo acesso a uma ambiência acolhedora com a segurança de ter preservada a sua privacidade. A acolhida ao usuário de drogas no espaço do CRAS se justifica como um prelúdio de uma relação possível da adesão futura ao tratamento, nos casos de uso abusivo, desde que esta recepção seja sem preconceitos, como atitude destituída de pré-juízos.

Os demandatários que acessam o CRAS e, em especial, aqueles que fazem uso de diversas drogas podem ser acolhidos e orientados, nestes espaços, por profissionais habilitados, com pretensão de superação dos equívocos, fantasias e abordagens discriminatórias e até moralistas sobre o assunto, por exemplo, esclarecendo confusões conceituais e práticas sobre as formas de uso protegido e a desmistificação da associação aos comportamentos dos usuários e associação com a criminalidade. Desta forma, nestas unidades, esta acepção pode ser um início possível para a abordagem do assunto problematizando padrões de consumo diversos, diferenciando o uso social, o abuso e a dependência, visto que tais comportamentos são entendidos como modos de usar uma determinada substância psicoativa, sendo respeitadas as suas especificidades, questões temporais e espaciais, considerando a personalidade do usuário e o contexto sociocultural, para, em seguida, se adotar formas de reduzir riscos e danos consequentes ao uso e abuso. Situação bem situada conforme citação abaixo: “O atendimento ao usuário no SUAS deve ser organizado em duas dimensões articuladas: a socioassistencial e a socioeducativa. A primeira abrange o apoio efetivo ao usuário e a potencialização da rede de serviços para garantia do acesso aos direitos”. (AFONSO et al., 2012, p. 192) Sendo pontos importante a

articulação com a rede de serviços e a consideração de um sujeito socio-cultural, visando, portanto a sua inclusão social.

O PAIF e o SCFV são serviços pilares da proteção social básica a serem realizados nos CRAS que não têm caráter terapêutico e devem ter como fundamento o respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, seus valores, crenças e identidades das famílias, devendo corroborar com a cultura do diálogo, possibilitando o combate da violência, do preconceito, da discriminação e estigmatização das famílias. (BRASIL, 2009a, p. 6)

O SCFV deverá ocorrer em consórcio com o PAIF, como serviços complementares, consistindo em “intervenção social planejada que cria situações desafiadoras, estimulando e orientando os usuários na construção e reconstrução de suas histórias, de suas vivências individuais e coletivas, na família e no território”. (BRASIL, 2009a, p. 16) Sua execução deverá ocorrer em grupos, de acordo com o ciclo de vida, organizando-se de modo a prevenir o risco social, “ampliar trocas culturais e de vivências, desenvolver sentimento de pertença e de identidade, fortalecer vínculos familiares e incentivar a socialização e a convivência comunitária”. (BRASIL, 2009a, p. 16) Tem caráter preventivo e proativo, defendendo direitos e desenvolvendo capacidade e potencialidade para o alcance de condições emancipatórias no enfrentamento da vulnerabilidade social.

As premissas e proposições dos serviços supracitados coadunam-se com a pretensão da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, dos seus decretos e resoluções, ratificando a possibilidade de uma articulação e unidade através da rede intersetorial para a atenção e acolhida ao usuário de drogas, junto à política de Assistência. Mas essa assertiva se mostra simplória e longínqua na sua execução, porque reside em um grande equívoco em termos conceituais e operacionais na PNAS, quando da definição sobre aquilo que enquadra como vulnerabilidade social no tocante ao uso de SPA, como também na sua limitação e inespecificidade para a abordagem e atuação no campo do uso de álcool e outras drogas. Porque a Política aponta como estando em risco e vulnerabilidade social todo e qualquer cidadão em uso de drogas, pondo no mesmo “balaio de gatos” aqueles com fragilidade de vínculos afetivos, de pertencimento e sociabilidade, com a identidade estigmatizada e os excluídos das demais políticas. Segundo Legnaghi, Oliveira e Santos (2011, p. 7), não há a especificação de definições dos padrões de consumo quando se refere ao indivíduo que usa SPA que é entendido como estando em vulnerabilidade e risco, numa relação de causalidade entre o uso e os riscos. Não há uma

discussão sobre o uso recreativo, uso controlado e uso problemático, eventos que não são problematizados, pois no entendimento fornecido pela Política todo uso é classificado enquanto uso abusivo e/ou dependência química comportamentos estes que apresentam maior prejuízo físico, psicológico ou social e que implicam em maior atenção/acolhida, intervenção e referenciamento aos equipamentos da assistência e da saúde.

A demarcação e correlação no tocante ao uso de SPA como expressão de vulnerabilidade esbarra em situações delicadas e arriscadas de se creditar ao fenômeno a pura e simples ocorrência somente às populações pobres e miseráveis, destacada pela “associação reducionista que se faz entre vulnerabilidade e precárias condições de renda”. (BRASIL, 2005b, p. 8)

Há a necessidade de uma reflexão e possível proposição no contexto do SUAS, para um redirecionamento na atuação dos profissionais do que é a redução de riscos e danos sociais e à saúde enquanto estratégia de saúde pública. Sua inclusão se deu nas práticas de saúde através dos Programas de Redução de Danos (PRD) voltados para o campo dos problemas relacionados ao uso abusivo de drogas respeitando as questões singulares deste uso. Deste modo, a estratégia visa reduzir danos e não eliminar o consumo, que pode até ser consequência da intervenção e deve ocorrer com respeito às características locais e à cultura de uso, integrando prevenção, assistência e promoção da saúde.

A política de Redução de Danos baseia-se nos modelos teóricos sociocultural e geopolítico estrutural que consideram a problemática das drogas como uma questão social, cujas intervenções têm por objetivo principal minimizar os efeitos danosos das drogas buscando a melhoria do bem-estar físico e social dos usuários e ajudá-los a atuar socialmente. (SOUZA; GONÇALVES, 2007, p. 5)

A prática de reinserção social deverá ser efetuada pelas Unidades de proteção social no âmbito do SUAS, visto ser este um dos eixos principais da estratégia de redução de danos no campo do SUAS e, deste modo, as proposições são unívocas, logo, ambas as políticas podem efetuar-las, pensando-se que as estratégias de RD são tomadas como uma questão do tecido social, lugar em que, sobretudo o CRAS, atua. A prestação de informações, a distribuição de preservativos, a troca de seringas, a superação das diversas formas de discriminação, inclusão social, as dificuldades com relação ao pertencimento e sociabilidade, a superação de estigmas identitários, o fortalecimento de laços sociais e familiares podem ser citados como formas de reduzir riscos e danos

sociais, em que se debruçará o SUAS no contexto da atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas.

Reduzir danos é análogo à ação comunitária e, sendo assim, para a implantação de uma lógica ou estratégia de Redução de Danos, é preciso superar a forma discriminatória e excludente de abordar a questão do uso problemático de álcool e outras drogas, devendo, na perspectiva da educação permanente, formar os profissionais envolvidos para uma reformulação contínua de suas atitudes a fim de suplantar os preconceitos. No ápice desta discussão, não se pode perder de vista o que nos dizem as autoras Legnaghi, Oliveira e Santos (2011, p. 9):

Estamos falando do uso de SPAs enquanto um produto sociocultural e multideterminado, ou seja, do quanto elas podem ocupar um lugar de ‘solução mágica’, de alívio do mal-estar produzido nas relações cotidianas dos sujeitos, carregando em si a promessa de felicidade garantida e de fácil acesso. Além disso, temos que reconhecer que pode haver inúmeras vulnerabilidades por trás desse uso.

Integrar as políticas na abordagem ao usuário de álcool e outras drogas coloca a importância dos serviços em seus contextos e atuações para responder à questão que nos interroga em relação ao lugar, dentro da rede, da unidade socioassistencial e psicossocial de proteção social básica, o CRAS.

REDES: CONSTRUÇÃO E POSSIBILIDADES AO USUÁRIO DE SPA

A rede é antecedida e até mesmo delineada ou tecida, no ponto de vista da sua arquitetura social, por uma realidade elementar que está para além da reunião de indivíduos em torno de interesses unívocos e comuns. Neste contexto pode-se destacar a comunidade como um aspecto importante a ser tratado antes da rede em si.

A comunidade, historicamente, é vista como inviável, por seus prejuízos para a coletividade e, contraditoriamente, sua viabilidade será retomada mostrando-se imprescindível, pela sua função basilar no bom andamento social. Nisbet (1973 apud SAWAIA, 2010, p. 37) revela como o ideal de comunidade se torna interrompido na história com o avanço do individualismo, fundamentado pelo ideal Iluminista que, em seu substrato ético, como contraponto às associações e grupos da Idade Média, combatendo “os resquícios de dominação e exploração do homem resultante de interdependências básicas do feudalismo”.

Ainda no século XIX há resquício dessa perniciosidade, pelo conservadorismo e ideais do individualismo e racionalismo Iluminista. Ain-

da na modernidade terá no capitalismo o “comunitarismo” este se associa a atrasos, mas para os oponentes aos ideais capitais essa lógica se atrela ao que é bom. (SAWAIA, 2010, p. 37) No século XX, a sociologia passará a empreender estudos sobre as comunidades, de modo empírico, ao contrário das situações microssociais estudadas em laboratório, pressupostos que são tomados da antropologia com seus estudos sobre a comunidade indígena.

Como se vê em Sawaia (2010), conforme Wundt, Freud e Skinner respectivamente para a psicologia, o conceito de comunidade surge com os estudos sobre a psicologia dos povos; há também o aspecto negativo da comunidade pela necessidade de renúncia do desejo e dos interesses pessoais apesar da segurança ofertada aos indivíduos. E, por fim, há: “a diferença entre comunidade e grupo era dada pelo simbolismo do primeiro como denotativo de legitimidade da práxis psicossocial com associações tão variadas como estado, sindicato e movimentos revolucionários”. (SAWAIA, 2010, p. 44) A comunidade agora é vista enquanto unidade consensual, em sua forma homogênea, como local de gerenciar os conflitos e também de mudanças de atitude. Sua prática visava a união de esforços entre povo e autoridade governamental para melhorar as condições de vida integrando a sociedade nacional.

Sawaia (2010, p. 46) aponta que as tradições presentes nas correntes sociológicas e filosóficas adotadas e incorporadas pelas correntes da psicologia comunitária norte-americana e latino-americana concebem a comunidade como um espaço privilegiado para a promoção da ação conjunta, para o desenvolvimento da rede de sociabilidade, com base na cooperação e exercício da solidariedade, lugar capaz de homogeneizar interesses coletivos e, também, promissor para o exercício de sentimentos nobres como a lealdade, o amor e a honra. Entretanto, a discordância com o modo clássico de pensar a comunidade nessas duas correntes se dá pela concepção de que “a comunidade é célula de sociedade capaz de irradiar mudanças e não de erradicar mudanças”.

Heler (1987 apud SAWAIA, 2010, p. 48) demonstrará como, no âmbito comunitário, há espaço para desenvolver potencialidades, em seu sentido singular, contrariando a ideia do espaço para o individualismo enquanto antagônico à comunidade. Esse entendimento rompe com a dualidade outrora concebida pelos termos “coletividade e individualidade, ser humano genérico e ser humano particular, apresentando-se como espaço privilegiado da passagem da universalidade ética humana à singularidade do gozo individual”. Nesse espaço, há lugar para a expressão de um individualismo não mais em detrimento

do coletivo, em que se derroga a homogeneização, pois pode suprimir o individual pelo privilégio da argumentação no processo dialógico-democrático. Os valores presentes na comunidade são apreendidos, agora, junto com o processo de tomada de consciência, através de procedimento de incorporação por projetos individuais.

A comunidade, então, ressurgiu para além de roupagem sócio-ético-política e analítica como objeto de intervenção, agora afetiva, emocional e moral, como citado por Nisbet. (1974, p. 48 apud SAWAIA, 2010, p. 50)

Em meio à constituição de redes universais, pela tendência gerada pela globalização, reacende-se no contexto comunitário a via de habilitação para o poder ser cidadão. A vida em rede faz parte do convívio em sociedade, sendo da natureza humana o seu estabelecimento e manutenção. A rede é iniciada na convivência familiar e se amplia para conexões diversas na sociedade. (TURCK, 2002, p. 16) A configuração do território é dada, portanto, pela conformação de redes e estas serão alvo da Política de Assistência Social como modo de garantir direitos aos usuários de SPA e reforçar suas potencialidades presentes nas comunidades voltadas para o cuidado.

O trabalho com redes no âmbito na atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas pode resultar em uma maior aderência ao tratamento, por exemplo, sem falar no apoio, acolhimento, resgate da cidadania e garantia de visibilidade. Poderá, ainda, envolver grupos de usuários e seus familiares que, em torno de um objetivo comum, cooperarão com a redução de riscos sociais e pessoais destes usuários. O trabalho, nesta composição das redes sociais, poderá ser realizado não apenas por meio de reuniões, mas, também, de atividades realizadas extragrupo, envolvendo o grupo todo ou parte dele e podendo, eventualmente, receber colaborações de pessoas não pertencentes à rede.

A rede de apoio social pode contribuir com a questão dos problemas relacionados ao uso de SPA por sua função inclusiva, protetora, de apoio emocional, de conselhos, de ajuda material e de serviços assim como pelo acesso a novos contatos, ampliando ou viabilizando novos vínculos àqueles que tiveram essa perspectiva do viver em sociedade tão fragilizada. É lógico que a funcionalidade dessa rede depende de suas prioridades, versatilidade, reciprocidade, compromissos e frequência de contatos. Entretanto, uma rede depende da participação social, de modo inexorável, sendo indispensável para o seu bom funcionamento.

A rede⁶ socioassistencial é destacada também pela sua possibilidade de prestar serviços assistenciais em conformidade com a Política de Assistência Social, instituída e organizada nos territórios de atuação do CRAS, possibilitando a integração das diversas “ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade”. (BRASIL, 2005, p. 20)

Estas redes visam a disponibilidade de serviços e outras ações com a atenção voltada a familiares e indivíduos mais vulneráveis, devendo ser realizadas “diretamente por organizações governamentais ou mediante convênios, ajustes ou parcerias com organizações e entidades de Assistência Social”. (BRASIL, 2005b, p. 96)

Por fim, tecer rede é uma conexão de teias com o campo social que envolve o cotidiano da comunidade. Trabalhar essa comunidade e os recursos inseridos nela é ainda possibilitar um olhar a respeito dos usuários, é pensar nesses sujeitos como membros dessa coletividade, como parte da construção de um novo lugar para os usuários de SPAs. (MENEZES; VALÉRIO, 2010, p. 59)

Deste modo, pensar a rede e toda a sua conformação é fundamental, com relação aos usuários de drogas, para possibilitar a estes usuários, quer seja no SUS ou no SUAS, serviços voltados para o apoio como expressão de solidariedade, possibilitando o estabelecimento de vínculos, oportunizando a reflexão, estimulando a reciprocidade, mobilizando grupos, pessoas e instituições e estabelecendo parcerias entre instituições governamentais e não governamentais. Mas ainda não se pode desviar a atenção para a problemática do trabalho comunitário e a construção de redes sociais, pois este tem se mostrado um desafio no arcabouço da problemática do abuso de drogas. Entretanto, o em-

6 Alguns dos parâmetros que definem a organização desta rede: a) oferta, de maneira integrada, de serviços, programas, projetos e benefícios de proteção social para cobertura de riscos, vulnerabilidades, danos, vitimizações, agressões ao ciclo de vida e à dignidade humana e à fragilidade das famílias; [...] d) porta de entrada unificada dos serviços para a rede de proteção social básica, por intermédio de unidades de referência e para a rede de proteção social especial por centrais de acolhimento e controle de vagas; e) territorialização da rede de Assistência Social sob os critérios de: oferta capilar de serviços, baseada na lógica da proximidade do cotidiano de vida do cidadão; localização dos serviços para desenvolver seu caráter educativo e preventivo nos territórios com maior incidência de população em vulnerabilidades e riscos sociais; g) referência unitária em todo o território nacional de nomenclatura, conteúdo, padrão de funcionamento, indicadores de resultados de rede de serviços, estratégias e medidas de prevenção quanto à presença ou ao agravamento e superação de vitimizações, riscos e vulnerabilidades sociais. (BRASIL, 2005a, p. 20)

preendimento de sua capilaridade pode viabilizar a garantia de direitos, mobilizar, estimular a resiliência, promover recursos para lidar com a questão do uso abusivo de drogas, disponibilizar os cuidados elementares para prevenção, reduzir riscos e danos ao uso problemático de SPA, fomentando as expectativas de valorização e respeito à dignidade humana, tão limítrofe na vivência do usuário compulsivo de álcool e outras drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno das toxicomanias com toda a sua complexidade assumiu, na atualidade, um lugar questionável, polêmico e que requer algumas respostas. Neste sentido, as mobilizações teórico-técnica e político-social tentam se conjugar nos seus respectivos domínios para responder por meio de uma tratativa mais eficaz.

Um grande desafio inicial para a realização da pesquisa de revisão bibliográfica consistiu na dificuldade em encontrar produções científicas nas bases de dados acessadas, quando são lançados os descritores norteadores do trabalho em questão. Uma explicação possível se deve à imaturidade da política de Assistência Social que requer ainda estruturação, no que tange a sua atuação, pois, quando convocada a atuar sobre questões de ordem tão complexas como são os problemas relativos ao uso de SPA, ela esbarra em seus limites, necessitando de revisão estrutural, sobretudo pela adoção de parâmetros incertos e noções imprecisas no tocante à delimitação dos termos “vulnerabilidade” e “uso de substâncias psicoativas”. Ainda se faz necessário rever o conceito impreciso e sem delimitação no tocante à “vulnerabilidade” ao se tratar dos já estigmatizados usuários de álcool e outras drogas para que, ao invés de proteger e obter garantias e autonomia e empoderamento, se fortaleça e se mantenha relações causais, deterministas, com interpretações infundadas sobre o contexto, uso, abuso e correlações com violência, pobreza e atitudes destes sujeitos.

A formação continuada e a educação permanente são ações voltadas para a capacitação da equipe de referência, fornecendo a instrumentalização da mesma para que a abordagem, o acolhimento, a escuta e os encaminhamentos para os usuários de SPA se dê nos CRAS de modo respeitoso, desprovidos de fantasias que repousam no imaginário da equipe sobre periculosidade e agressividade com relação a este público. A prática deve ter o teor de criticidade contribuindo para uma

atuação ética e política na leitura da realidade social destes indivíduos, cooperando para favorecer a construção de espaços de inclusão social, devendo haver, também, a destituição de concepções reducionistas, assistencialistas e causais potencializando a dita “incapacidade” do usuário e esquecendo-se de seus potenciais.

A formulação de estratégias de RD no fazer do CRAS, talvez seja, neste trabalho, o grande nó a ser desatado, pois esta prática sequer é mencionada, nos marcos legais pesquisados sobre o SUAS, enquanto prática possível no contexto da assistência social. Seu incremento nas diversas proteções (básica e especial) respeitando-se, ainda, a complexidade que apresentam, é pensado como possível neste trabalho, pois prevenir, proteger, reabilitar e reinserir socialmente são atuações propostas na política não só da saúde, como é apresentado no documento do Ministério do Desenvolvimento Social: SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. (BRASIL, 2012a) A política de Assistência pode, para além da problematização da questão, atuar no campo das toxicomanias e nos cuidados aos usuários abusivos ou não, pois o uso de SPA, além de uma relação extrema com o contexto em que está o usuário, se apresenta como uma questão social. Menciona-se, ainda, que a implantação desta estratégia pode se dar sem maior ônus, devido ao seu baixo custo, à possibilidade de empoderar os próprios usuários como multiplicadores da lógica de cuidados e da sociabilidade de outros demandatários. Logo, cada experiência seria valorizada sem ferir nenhum princípio da proteção social enquanto política; ao contrário, seria um somatório na conformação da rede de atenção integral.

A proteção integral aprofundada na política de assistência por si só já se revela como possibilidade, por meio das ações de acolhida, escuta qualificada, serviços prestados pelo PAIF e SCFV, benefícios contínuos e transitórios (BPC e o BF), prestação de orientações aos usuários e seus familiares, o seu georreferenciamento e seu deslocamento no território em direção aos indivíduos – a busca ativa –, noções que podem assegurar, no cerne da questão das SPA com seus padrões de uso, a possibilidade de prevenção, a garantia de direitos e o resgate da cidadania.

O CRAS se propõe como “porta de entrada” para a execução da política pública de Assistência Social e acesso às demais políticas. A sustentação de tal posição pode ser uma ostentação que ainda venha a ocorrer de modo mais conspícuo na abordagem das toxicomanias, pois esse universo de invisíveis com vínculos sociofamiliares e sociocomunitários fragilizados, com relações identitárias estigmatizadas, alienados de seus

direitos civis e sociais e, por fim, sofrendo outras violações, ainda não estão sendo alcançados pelos CRAS nem passam pelas suas “amplas portas”, sendo-lhes vetados outros acessos também.

A articulação e fomento da rede intersetorial e socioassistencial dentro de um determinado território pode ser promovida nos CRAS e, igualmente, pode estimular e reforçar laços e vínculos sociais e comunitários existentes nos locais de sua abrangência. Desta forma, o usuário de álcool e drogas deve encontrar neste locus o acesso a seus direitos, atenção e cuidados assim como deve reivindicar a atenção integral à sua demanda a partir do CRAS. Suplementar às suas ações, deve haver uma integração com os serviços do Creas, a estruturação de serviços de acolhida institucional na esfera da proteção social especial de média e alta complexidade direcionadas ao usuário e sua família, por meio de Centro-POP serviços similares de abrigamento e formas de reabilitação psicossocial, grande desafio para a assistência.

A construção de redes sólidas para o apoio e assistência a este público, que vem se mostrando eficaz e salutar, com ações que valorizam os indivíduos enquanto cidadãos, longe do eixo tríade prisão–medicação–morte geradores de sofrimento, segregação e alienação é urgente. Inexiste a mobilização dos atores sociais, mesmo nas instâncias de controle social previstas na Constituição Federal, o apoio às famílias, que são empurradas para a assistência prestada por instituições desprovidas de abordagem técnica e com interesses escusos restando-lhes a culpabilização pela transferência de responsabilidades.

Há ainda a carência de um reordenamento para a concretude da integração entre as diversas políticas públicas, pois existe uma lacuna na prestação da atenção integral ao usuário de SPA e seus familiares. Mesmo o CRAS, que deveria ser porta de entrada para esse público, é uma instituição incógnita, pois, quando deveria viabilizar, proteger e garantir direitos, contraditoriamente, se torna um entrave, gerando temores no usuário, impossibilitando sua aproximação, acolhida e escuta, revelando o despreparo da equipe, relegando o indivíduo à exclusão, cerceando-lhe a oportunidade de conexão com outros indivíduos, com a família, comunidade e contexto social, em geral, no intuito de realçar o exercício de sua cidadania, tendo a dignidade mais uma vez violada e o almejado laço social comum aos humanos.

Deste modo as ações direcionadas à promoção de saúde, prevenção, tratamento, reabilitação psicossocial e reinserção destes usuários, com ações que envolvam a família, comunidade, poderes públicos, po-

lícia, etc., na sua transversalidade e seus contextos devem estar fundamentadas em ações conjugadas visando a solidariedade, promoção de cidadania, garantia de direitos por meio de acesso a políticas públicas que possibilitem a dignidade da pessoa humana, justiça e inclusão social; como, também, uma atuação e envolvimento do olhar de diversos profissionais, em uma ação interdisciplinar onde todos os atores envolvidos estarão direcionados na atenção, voltados à integralidade do sujeito e pela busca do protagonismo outrora cerceados pelas contingências sociais e vicissitudes humanas que as drogas talvez tentaram devolver.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. et al. A psicologia no Sistema Único de Assistência Social. *Pesquisas e práticas psicossociais*, São João del-Rei, MG, v. 7, n. 2, jul./dez. 2012. Disponível em: <http://www.ufsj.edu.br/portal2...n2/Afonso,_Maria_Lucia_Miranda,_et_al.doc>. Acesso em: 26 maio 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. *Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS)*: Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências, e legislação correlata. 3. ed. Brasília, DF: Centro de Documentação e Informação: Edições Câmara, 2016. (Legislação, n. 221). Disponível em: <file:///C:/Users/Edit%2015/Desktop/lei_organica_loas_3ed.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2018.

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersectorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 30 dez. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>. Acesso em: 10 fev. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Resolução 33, de 12 de dezembro de 2012. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). Brasília, 2012. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/cnas/noticias/publicada-hoje-a-nova-norma-operacional-basica-nob-suas-2012>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência Social (NOB-RH/SUAS). Resolução 269, de 2006. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Resolução nº 145, de 15 de 2005. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2005b.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Resolução nº 130, de 15 de julho de 2005. Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2005a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/financiamento/arquivos/Norma%20Operacional%20Basica%20do%20Suas.pdf/download>>. Acesso em: 5 jul. 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais: Resolução nº 109, de 2009. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 2009a.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional de 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais de nº 1, de 1992, a 32, de 2001, e pelas Emendas Constitucionais de Revisão de nº 1 a 6, de 1994. 17. ed. Brasília, DF, 1988. (Textos básicos, 25).

BRASIL. 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] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 maio 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Consultórios de Rua do SUS*: material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ rua17_1_11.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL.. Lei 12.435, de 6 julho de 2011b. Altera a lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, 7 de abr. 2011b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL.. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1998. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>. Acesso em: 10 abr. 2013.

BRASIL. Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 10. abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816/GM, 30 de abril de 2002. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/portaria_0816.pdf>. Acesso em: 5 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088/GM, em 23 de dezembro de 2011c. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 5 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2004. (Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. *O CRAS que temos o CRAS que queremos: orientações técnicas, metas de desenvolvimento dos CRAS*. Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS. Proteção Básica do Sistema Único de Assistência Social. *Orientações técnicas: CRAS*. Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Orientações sobre o centro de referência especializado para população em situação de rua e serviço especializado para pessoas em situação de rua*. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas*. Brasília, DF, 2012b.

CASTEL, R. *As metamorfoses da questão social*. Rio de Janeiro: Vozes, 1998.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA – CFP. *Referência técnica para atuação do(a) psicólogo(a) no CRAS/SUAS*. Brasília, DF, 2007.

CRUZ, M. S. Redução de danos, prevenção e assistência. In: BRASIL. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 3. ed. Brasília, DF: SENAD, 2010. p. 175-194.

DALBOSCO, C.; DUARTE, P. V. A política e a legislação brasileira sobre drogas. In: BRASIL. *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. 4. ed. Brasília, DF: SENAD, 2011. p. 217-238.

DALGALARRONDO, P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FALEIROS, V. de P. et al. *A construção do SUS: história da reforma sanitária e do processo participativo*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (História da Saúde no Brasil). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/construcao_do_SUS_2006.pdf>. Acesso em: 5 out. 2013.

GARCIA, L. de S. L. et al. Política nacional de saúde mental e rede de atenção psicossocial no Sistema Único de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção aos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças*

comunitárias. 6. ed. Brasília, DF, 2014. p. 245-267. Disponível em: <<http://conselheiros6.nute.ufsc.br/wp-content/uploads/2014/10/livro-texto.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

GONÇALVES, S. A.; GUARÁ, I. M. F. R. Redes de proteção social na comunidade. In: GUARÁ, I. M. F. R. (Coord.). *Redes de proteção social*. São Paulo: Neca, 2010. (Abrigos em Movimento). Disponível em: <<https://www.neca.org.br/wp-content/uploads/Livro4.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2013.

KARAM, M. L. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Direitos humanos, laço social e drogas*. Brasília, DF, 2013. p. 160.

LEGNAGHI, F.; OLIVEIRA, E. S. de; SANTOS, L. de B. A política de Assistência Social e o fenômeno do uso de substâncias Psicoativas: um diálogo possível. *Revista Crie*, Caxias do Sul, RS, v.1, n. 1, p.15, set. 2011.

MANUAL Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Tradução de Cláudia Dornelles. 4. ed. rev. Porto Alegre: Artmed, 2002.

MENEZES, A. C. C. de; VALÉRIO, A. L. R. A rede de atenção ao usuário de SPA em contexto de rua. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD, 2010. p. 89.

NASCIUTTI, J. C. R. A instituição como via de acesso à comunidade. In: CAMPOS, R. H. e F. (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 179.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga: drogas e toxicômanos*. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1988.

SANTOS, M.; ELIAS, D. *Metamorfoses do espaço habitado: fundamentos teórico e metodológico da geografia*. São Paulo: Hucitec, 1988. (Geografia: teoria e realidade).

SAWAIA, B. B. Comunidade: a apropriação científica de um conceito tão antigo quanto a humanidade. In: CAMPOS, R. H. e F. (Org.). *Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia*. 16. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010. p. 179.

SAWAIA, B. B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

SOUZA, J. de GONÇALVES, S. E. et al. Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e Redução de Danos. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 210-217, abr./jun. 2007.

TORO, A. J. B.; WERNECK, N. M. D. *Mobilização social: um modo de construir a democracia e a participação*. Disponível em: <http://www.aracati.org.br/portal/pdfs/13_Biblioteca/Publica%E7%F5es/mobilizacao_social.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2013.

TÜRCK, M. da G. M. G. *Rede interna e rede social: o desafio permanente na teia das relações sociais*. 2. ed. Porto Alegre: Tomo, 2002. (Amencar).

WASELFISZ, J. J. *MAPA DA VIOLÊNCIA 2013: mortes matadas por armas de fogo*. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2013/MapaViolencia2013_armas.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2012.

WASELFISZ, J. J. *MAPA DA VIOLÊNCIA 2015: adolescentes de 16 e 17 anos no Brasil*. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/mapa2015_SumarioExecutivo.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2016.

WITHAKER, F. *Redes: uma estrutura alternativa de organização*. 1993. Disponível em: <http://inforum.insite.com.br/arquivos/2591/estrutura_alternativa_organizacao.PDF>. Acesso em: 28 mar. 2013

VIVENDO EM SITUAÇÃO DE RUA: UM ESTUDO SOBRE EXCLUSÃO, USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E OS DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS/ASSISTENCIAIS

Daniele Santos Gonçalves

INTRODUÇÃO

O fenômeno de pessoas que vivem em situação de rua pode ser considerado relativamente comum no Brasil e em países em desenvolvimento, especialmente nos grandes centros urbanos, e não é exatamente uma novidade, em termos históricos. Porém, o tratamento dispensado a esta parcela da população, pelo Estado e demais esferas da sociedade – ora relegada à invisibilidade, ora como algo a ser eliminado –, aponta para uma negligência e naturalização do problema.

Bauman (1998), tratando da pobreza e da tendência a sua criminalização, sinaliza que toda sociedade produz o seu “lixo”, refugo, aquilo que, dentro dos parâmetros estabelecidos, não se encaixa ou adapta, ao tempo em que é fruto daquela configuração. Os “demônios” de uma sociedade que, ainda que negados e desprezados, servem para lembrar àqueles adaptados o que os espera caso vacilem na tarefa de se manterem ativamente adaptados. Para o autor, na sociedade contemporânea (pós-moderna), cujo eixo está no consumo, o refugo são aqueles inaptos para jogar o jogo do capitalismo, ou seja, os pobres.

A população em situação de rua pode ser considerada, nesse sentido, expressão radical da exclusão que nossa sociedade produz, pessoas que, por motivos múltiplos, têm como referência a rua onde experienciam a vida em uma fronteira tênue, ou mesmo inexistente, entre o público e o privado, forçadas a romper drasticamente com todos os signos estabelecidos necessários à condição de cidadão. Pessoas que, apenas recentemente, passaram a ter um incipiente reconhecimento de suas necessidades pelo Estado (no caso específico do Brasil), mas que, na prática, têm seus direitos fundamentais violados cotidianamente. Por

se tratar de um fenômeno complexo, são diversos os fatores que contribuem para a questão. Porém, um dos determinantes apontado como estrutural está relacionado ao modelo socioeconômico vigente: capitalista, centrado no consumo e na diminuição do papel do Estado, responsabilizando exclusivamente o indivíduo por seus infortúnios. (SILVA, 2006)

A ausência de garantia de bens sociais pelo Estado, na contemporaneidade, aliado aos vínculos familiares/afetivos rompidos ou fragilizados empurram, ou acabam favorecendo, essas pessoas para uma situação de degradação e desesperança na qual o uso de álcool e outras drogas – além da associação com o tráfico como meio e modelo de vida – passa a ter um papel importante. (COSTA, 2005)

A experiência vivenciada em um Centro de Convivência para usuários de álcool e outras drogas e pessoas em situação de rua, na cidade de Salvador (BA), suscitou questionamentos sobre os significados que o uso de drogas (incluindo o álcool) pode assumir na vida dessas pessoas. Se, em algumas situações, o uso pode ser considerado causa para o rompimento dos vínculos familiares, afetivos, etc., em outras, pode ser entendido em sua dimensão de sustentação subjetiva e alienação da indignidade imposta pela condição de viver nas ruas onde a falta é cotidiana e a violência se naturaliza.

Pode-se afirmar que a experiência com álcool e outras drogas, muitas vezes de forma abusiva, compõe a cultura de quem vive nas ruas. (SNOW; ANDERSON apud COSTA, 2005) Portanto, manter-se abstinente pode ser um desafio. O uso abusivo de drogas, entretanto, junto às demais condições de vida precárias (alimentação e higiene deficientes, violências físicas, etc.) aumenta sobremaneira os riscos e a vulnerabilidade à saúde desta população.

Nesse sentido, outra barreira perversa que a população em situação de rua enfrenta é a dificuldade de acesso aos dispositivos de saúde e assistenciais. Nota-se um despreparo dos profissionais que compõem a rede desses serviços que, a despeito da lei orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) que garante a universalidade no atendimento e da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), se negam a atender a essas pessoas. Como consequência, ainda que necessitem de cuidados, muitas vezes, preferem ficar sem assistência evitando situações de preconceito. Reside aí parte da dificuldade desses serviços para alcançar essa população.

Diante do exposto, reconhece-se a necessidade de uma maior atenção ao fenômeno da população em situação de rua com vistas a promover reflexões que atentem para a situação de violação de direitos que

vivenciam e que contribuam para a superação do problema, sobretudo porque esta cresce e, embora se torne, muitas vezes, invisível, se volta para a sociedade com a mesma violência com que é manejada. Como afirma Bauman (1998, p. 56) “do lado dos jogadores aspirantes incapacitados, que não têm acesso à moeda local estes devem lançar mão dos recursos que de fato possuem, quer reconhecidos como legais ou declarados ilegais”. Dito de outro modo, a apartação sofrida por muitos de um modo de vida pautado no consumo – que sujeita qualquer um à sua influência, mesmo aqueles que não têm como atender a seu imperativo – e a ausência de outras ofertas sociais lançam essas pessoas na busca dos meios possíveis para se sentirem incluídas.

Esse trabalho tem o objetivo, portanto, de contribuir para dar visibilidade à problemática que envolve a população em situação de rua através de revisão bibliográfica sobre o assunto, dando enfoque à importância que o uso de álcool e outras drogas pode assumir nesta circunstância. Além disso, pretende-se realizar uma discussão sobre pobreza e exclusão e analisar os dispositivos assistenciais e terapêuticos voltados ao atendimento desta parcela da população trazendo a experiência vivenciada em um Centro de Convivência para usuários de álcool e outras drogas e população de rua na cidade de Salvador (BA), denominado Ponto de Encontro, localizado no Centro Histórico.

POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: POBREZA E EXCLUSÃO

Uma dificuldade logo se impõe quando se busca tipificar a população em situação de rua: os perfis das pessoas que compõem esta população e os fatores que as conduzem a estar nas ruas são múltiplos, como são múltiplos os indivíduos e suas experiências de vida. Isto faz com que a complexidade e diversidade desta população sejam um dos poucos consensos na literatura sobre o assunto. (SILVA, 2006, p. 95)

Sem a intenção de promover uma discussão conceitual, a própria evolução nos termos utilizados para tratar da população que vive nas ruas ao longo do tempo – “na rua”, “de rua” até o termo aqui adotado, “em situação de rua” – é emblemática de uma tentativa de abarcar as complexidades verificadas a partir de um aprofundamento no conhecimento sobre essas pessoas. Nesse sentido, Santana sugere a relação entre os termos utilizados e as leituras possíveis do fenômeno em um determinado contexto histórico-social. Tratando especificamente dos estudos voltados para crianças e adolescentes vivendo nas ruas,

diz: “Apenas no final da década de 1980 é que começa um esforço em construir-se uma tipologia das crianças que estavam nas ruas, pois se percebe a diversidade de características desse grupo anteriormente considerado de forma tão homogênea”. (SANTANA, 2010, p. 27)

Tratando sobre o processo sócio-histórico relativo ao fenômeno discutido, Schuch e Gehlen coadunam com a concepção de uma ampliação conceitual contida na expressão “em situação de rua” quando dizem:

Esse conceito chama a atenção para o fato de que, mais importante do que buscar uma essência definidora de determinados atributos comuns às pessoas assim classificadas, é importante associar a construção dessa ‘população’ a um conjunto de atributos definidores da noção de normalidade, assim como à criação de formas de gestão pública das pessoas colocadas nessa situação social. (SCHUCH; GEHLENG, 2012, p. 13)

A despeito do risco de simplificar a questão, faz-se necessário buscar uma definição que circunscreva minimamente as circunstâncias que aproximam as pessoas que vivem nas condições exploradas. Neste sentido, um trecho da Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua pode ser elucidativo, ao afirmar: “O que unifica essas situações e permite designar os que a vivenciam como populações de rua é o fato de que, tendo condições de vida extremamente precárias, circunstancialmente ou permanentemente, utilizam a rua como abrigo ou moradia”. (BRASIL, 2013, p. 8)

De uma maneira geral, os fatores frequentemente apontados como causadores da ida às ruas estão relacionados às condições precárias de vida (dificuldades de moradia e trabalho), problemas familiares e/ou de ruptura de vínculos (familiar, conjugal, profissional), não sendo incomum a combinação entre eles. Silva (2006, p. 82) propõe alguns aspectos considerados principais na análise do fenômeno, como: fatores estruturais relacionados ao contexto social (econômico, político) como favorecedores de tais condições de vida; fatores relativos à trajetória de vida pessoal, associados a situações de crises, rupturas, perdas, tragédias; e fatores consequentes de catástrofes naturais ou de massa.

O I Censo e Pesquisa Nacional sobre a população em situação de rua, realizado entre 2007 e 2008, traz dados significativos para a compreensão do fenômeno. Considerando que são pouquíssimas as informações oficiais sobre essa população, esse documento pode ser entendido como fonte privilegiada tanto por sua extensão quanto por trazer

dados relativamente recentes. Esse trabalho, portanto, será explorado de maneira mais detida em seus aspectos considerados mais relevantes.

Com relação às motivações para a ida e permanência nas ruas, a pesquisa elucida que, entre os fatores mais mencionados, estão o uso de álcool e outras drogas (o mais citado), desemprego e problemas relacionados à fragilização e/ou rompimento de vínculos familiares. Além disso, é mencionada uma relação de causalidade entre os fatores apontados. (BRASIL, 2009, p. 87)

Os processos de ruptura estão associados com bastante frequência ao consumo abusivo de álcool e outras drogas. Por sua vez, o desencadeamento de um uso abusivo também é favorecido por contextos familiares violentos e pela ausência de perspectiva de vida. É o que demonstra recente pesquisa sobre a população usuária de crack no Brasil, financiada pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Neste levantamento, constatou-se que 40% dos usuários de crack estão em situação de rua e 30% deles iniciaram um uso abusivo devido a contextos com as características apontadas.¹

No que se refere à questão de gênero, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009) dá conta de que a predominância de homens em situação de rua é muito maior que a de mulheres (82% e 18%, respectivamente). Isto pode ser explicado devido à rua ser local de vulnerabilidade extrema para as mulheres, especialmente pelas suas características específicas – comumente associadas à fragilidade, em contraste com os homens – e ao fato de ser este um ambiente essencialmente masculinizado. Estar em situação de rua para as mulheres, portanto, significa expor-se a toda a sorte de preconceitos e violências, especialmente a sexual para além do que, normalmente, ocorre com as mulheres da população em geral. (QUIROGA; NOVO, 2009)

A mesma prevalência de gênero supracitada é observada entre crianças e adolescentes em situação de rua e está associada a aspectos culturais favorecedores deste cenário – o que também pode ser estendido ao universo adulto. O fato de serem destinadas às meninas as atividades relacionadas ao universo doméstico, como os cuidados com a casa e irmãos, além de servirem de objetos sexuais, muitas vezes, para os genitores ou padrastos, pode ser um dos motivos que as mantêm afastadas das ruas. Já nas circunstâncias de rua, são usadas estratégias que podem

1 Matéria do portal G1 “Brasil tem 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, aponta Fiocruz”. (D’ALAMA; CÊO; FORMIGA, 2013)

ser consideradas protetivas, como a masculinização ou a sexualização. (SANTANA, 2010; TIENE, 2004, p. 19 apud COSTA, 2005)

Sobre o aspecto da raça/cor, verificou-se que a proporção de pessoas negras (segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE))² em relação à população em geral é significativamente maior entre as pessoas que se encontram em situação de rua, em todo o Brasil – 67% no universo pesquisado.³ Wanderley (1999), tratando sobre exclusão e a necessidade de uma contextualização quando na exploração do conceito, sugere que, no Brasil, uma forte influência escravista muito contribuiu e contribui para as manifestações de exclusão que aqui temos. Os dados do censo sinalizam, portanto, para uma reprodução de processos de exclusão historicamente associados a determinadas populações nesse país, neste caso, a população negra.

Compreender os mecanismos que promovem as desigualdades sociais comuns aos países em desenvolvimento se torna importante para um entendimento mais amplo sobre o fenômeno da população em situação de rua. Neste sentido, é imprescindível tratar sobre pobreza e exclusão.

Sawaia (1999) problematiza a utilização indiscriminada do conceito de exclusão. Afirma que tem sido usado de forma muito ampla de modo a não aprofundar as contingências que dão origem ao fenômeno. Ora são privilegiados aspectos que o naturalizam, como uma questão de inadaptação individual, ora o consideram questão de raiz social, de exploração. Assim, sugere a necessidade de englobar as ambiguidades presentes no conceito atentando para as suas diversas determinações e considerando a injustiça social como basilar à questão.

A despeito de uma discussão conceitual mais detida, é possível afirmar que há uma aproximação muito natural entre os conceitos de pobreza e exclusão, dentro do modelo socioeconômico vigente, visto as desigualdades que promove. Como sinaliza Wanderley (1999, p. 22) “pode-se afirmar que toda a situação de pobreza leva a formas de ruptura do vínculo social e representa, na maioria das vezes, um acúmulo de déficit e precariedades”.

As causas estruturais do fenômeno da pauperização como conhecemos na contemporaneidade, cuja expressão máxima é a população em situação de rua, são associadas, por diversos autores, ao modelo socioeconômico capitalista vigente. Constituem suas principais caracte-

2 O IBGE define a população negra como pardos somados a pretos.

3 Foram ao todo 31.922 pessoas maiores de 18 anos vivendo nas ruas.

terísticas: a diminuição do papel do Estado como garantidor de bens sociais; o liberalismo econômico e a centralidade no consumo; e uma fragilização e flexibilização das relações de trabalho (diminuição de postos, substituição por máquinas, etc.), características que fomentam e mantêm desigualdades. (BAUMAN, 1998; COSTA, 2005; SILVA, 2006; WANDERLEY, 1999)

Apesar de todo o desenvolvimento científico e tecnológico que as últimas décadas presenciaram como promessas de melhorias nas condições de vida das pessoas, apenas uma parcela mínima da população, especialmente em países em desenvolvimento, têm acesso a esses bens sociais. E isto, necessariamente tem a ver com o modelo de sociedade instituído. (OLIVEIRA, 2009, p. 31)

Nesse sentido, Silva (2006), em dissertação que associa as mudanças contemporâneas no mundo do trabalho ao fenômeno da população em situação de rua, no Brasil, aponta que as condições que favoreceram a origem e a manutenção desse fenômeno em sociedades capitalistas são as mesmas que propiciaram o surgimento e acumulação do capital. A autora considera, em análises baseadas nas concepções de Marx sobre as condições para o surgimento do sistema capitalista,⁴ que a criação de um contingente que não possui os meios de produção do seu trabalho e não são absorvidos pelo mercado, produz uma população descartável, ou de reserva, relegada à pauperização, o que cria o fenômeno de pessoas vivendo em situação de rua, como consequência extrema. Aponta, portanto, para a relação de desigualdade que se institui com o sistema capitalista como essencial para a sua manutenção.

Na mesma perspectiva, Sawaia (1999, p. 8) sugere, a partir de discussão sobre a dialética inclusão/exclusão, que “a sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social desigual [...] Todos estamos inseridos de algum modo, nem sempre digno, no circuito reprodutivo das atividades econômicas [...]”.

Bauman (1998) chama a atenção para a ausência de garantias sociais provindas do Estado e a responsabilização do indivíduo por seu destino – cujo auge é a criminalização da pobreza – dentro de uma lógica de mercado e consumo feroz, na contemporaneidade. Sugere também, em uma análise que ele chama de psicanalítica, uma relação funcional

4 Baseado na leitura da autora sobre Marx, as bases do sistema capitalista foram dadas na Europa com a extirpação dos trabalhadores da propriedade dos seus meios de produção e livres no mercado para vender sua força de trabalho.

entre o modelo socioeconômico atual na manutenção de uma parcela excluída (os pobres ou os inaptos para o consumo). Diz:

A crescente magnitude do comportamento classificado como criminoso não é um obstáculo no caminho para a sociedade consumista plenamente desenvolvida e universal. Ao contrário é seu natural acompanhamento e pré-requisito. É assim, reconhecidamente, devido a várias razões, mas eu proponho que a principal razão, dentre elas, é o fato de que os 'excluídos do jogo'.

[...] são exatamente a encarnação dos 'demônios interiores' peculiares à vida do consumidor. Seu isolamento em guetos e sua incriminação, a severidade dos padecimentos que lhes são aplicados, a crueldade do destino que lhes é imposto, são – metaforicamente falando – todas as maneiras de exorcizar tais demônios interiores e queimá-los em efígie. (BAUMAN, 1998, p. 57)

O modelo social que temos, fomenta formas de vida cada vez mais pautadas no individualismo e na diminuição de estratégias que privilegiem o bem-estar de uma coletividade, fragilizando ainda mais as relações. Nesse estado de coisas, aliado às poucas garantias de proteção do Estado, sobretudo de inserção no mercado de trabalho, são minoria aqueles que podem se manter seguramente afastados de uma situação de vulnerabilidade econômica e/ou social. Wanderley (1999, p. 23), discutindo Castel, aponta que:

A precariedade e instabilidade dos vínculos do mundo do trabalho formal produzem contingentes populacionais desnecessários. No mundo das relações sociais a fragilização dos vínculos (família, vizinhança, comunidade, instituições) pode produzir rupturas que conduzem ao isolamento social e à solidão.

Nessa mesma direção, Vêras traz Milton Santos versando sobre urbanização e relação do papel do espaço, território, para a questão da cidadania que aponta a sociedade fundada no consumo e mercantilização como favorecedora de profundas desigualdades no Brasil e países de terceiro mundo. Diz: “[...] o terceiro mundo tem ‘não cidadãos’ [...] porque se funda na sociedade de consumo, na mercantilização e monetarização. Em lugar do cidadão surge o consumidor insatisfeito, em alienação, em cidadania mutilada”. (SANTOS, 1987 apud VÉRAS, 1999, p. 32)

Evidentemente, em se tratando da população em situação de rua, essa exclusão se agudiza, sobretudo, porque a pobreza extrema a que estas pessoas estão expostas favorece a vivência da exclusão em suas mais diversas dimensões: econômica, social, subjetiva, etc. (OLIVEIRA, 2009) O rompimento com todos os signos sociais associados à cidadania

reserva a esta população a invisibilidade e/ou a tentativa de seu apagamento autorizando a sociedade a violar cotidianamente seus direitos. Nessa linha, Costa (2005, p. 3) diz que “a exclusão social, que passamos a conhecer, tem origens econômicas [...] mas caracteriza-se, também, pela falta de pertencimento social, falta de perspectivas, dificuldade de acesso à informação e perda de auto-estima [sic]”.

Uma situação de profunda vulnerabilidade, portanto, se impõe às pessoas em situação de rua, promovida, em suas bases, por um modelo socioeconômico que funciona organicamente com a pobreza e exclusão de uma parcela significativa da população – nos países em desenvolvimento, em especial –, não cessando de reproduzir desigualdades sociais. Nesse estado de coisas, é possível ter pistas das motivações conscientes e/ou inconscientes para o uso abusivo de álcool e outras drogas ser parte do cotidiano da população em situação de rua.

O uso de álcool e outras drogas

Considerando que o uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade e que os significados atribuídos a esta prática mudam de acordo com os contextos sociais e períodos históricos (ESCOHOTADO, 1996), pode-se supor que a perspectiva hoje difundida é mais uma entre tantas já existentes e, neste sentido, é possível (e preciso) problematizá-la.

A leitura que se tem sobre o uso de substâncias psicoativas, sobretudo no Ocidente, aponta para um foco predominante nos efeitos farmacológicos das drogas e no combate ao seu uso e produção, grosso modo. Anterior a isto, são sinalizados interesses de categorias poderosas da sociedade como influências decisivas para essa perspectiva e manejo da questão, o que, inclusive, ajudou a definir, dentre outras coisas, a categorização arbitrária existente entre drogas lícitas e ilícitas. (ESCOHOTADO, 1996)

De uma maneira geral, o uso dessas substâncias pode assumir muitos significados sociais e subjetivos, sendo a conjunção de diversos fatores o prisma privilegiado na tentativa de compreender a complexidade dessa questão. Nessa tentativa, Olievenstein (1980 apud OLIVEIRA, 2009, p. 36) sugere que, na análise do uso das drogas, é preciso conjugar os aspectos do sujeito, das características das substâncias e do contexto sócio antropológico, já que a experiência subjetiva está associada tanto aos efeitos farmacológicos quanto ao significado social que se tem sobre o fenômeno.

Discutindo a cena do uso de substâncias psicoativas (SPA) nos seus aspectos temporais e espaciais e a tendência à homogeneização observada nessa esfera, Espinheira (2009) considera que o único traço comum entre os usuários de drogas “é o uso de drogas”. Com isso, chama a atenção para aspectos como período histórico, culturas, classes sociais e outros determinantes que influenciam no entendimento do universo das drogas e se relacionam às formas específicas de atenção oferecidas aos usuários. Segundo o autor, as formas de consumo, o produto e sua composição química e os efeitos produzidos por estas substâncias se alteram de acordo com os espaços onde estão inseridas. “As drogas não tem o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes!”. (ESPINHEIRA, 2009, p. 1)

Importante salientar que a compreensão restrita sobre o uso de drogas na nossa sociedade – ainda bastante associada à esfera jurídica, embora comece a ser entendida como uma questão de saúde – contribui substancialmente para um manejo social e político que dá margem a julgamentos morais e preconceitos contra os usuários de drogas, especialmente as ilícitas. Faz-se necessário, portanto, chamar a atenção para o quão prejudicial pode ser para uma sociedade que sofre de profundas desigualdades ter uma leitura superficial sobre o uso de drogas, principalmente porque agrega estigmas e preconceitos a uma população que, pelos motivos já discutidos, sofre de uma exclusão social severa e que, por consequência, é mais exposta a um uso desmedido de álcool e outras drogas. A associação entre pobreza e uso de drogas, neste sentido, endossa uma tendência social à sua criminalização. (BAUMAN, 1998)

Carvalho (2013), em matéria cujo título é “A Lei de Drogas e a criminalização da pobreza”, trouxe à tona discussão sobre como a política de “guerra às drogas” (focada essencialmente na repressão ao uso) e, principalmente, as brechas que esta lei carrega, podem favorecer, e favorecendo, o encarceramento em massa de pessoas de classes mais desfavorecidas. Isso se dá pelo não estabelecimento de quantidades para porte de drogas, o que definiria se tratar de tráfico ou de porte para consumo pessoal.

De outro modo, diversos estudos apontam que situações de vulnerabilidade social expõem, com maior frequência, ao uso de álcool e outras drogas. (NOTO, et al.; 2004; BRASIL, 2009) Em se tratando do tipo de uso percebido entre as pessoas que se encontram em situação de rua, não é difícil entender o porquê de ser frequentemente abusivo, acrescentando ainda mais riscos e precariedade à vida nas ruas que, por si só, já são muitos.

Como referido anteriormente, a Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua traz o uso de substâncias psicoativas como o fator mais citado como desencadeador da ida às ruas. Além disso, a dependência dessas substâncias é percebida como um dos principais problemas relacionados à saúde mental desta população. (COSTA, 2005) Novamente, esses dados evidenciam a dimensão que o uso de álcool e outras drogas pode assumir em circunstâncias de extrema exclusão.

Sem negligenciar que, no contexto das ruas, são possíveis diversas formas de uso de drogas (recreativo, eventual, inclusive, manter-se abstermido), pois há que se reconhecer que a situação de indignidade a que as pessoas que vivem nas ruas são expostas pode desencadear um nível de desesperança intenso, o que dificulta manter-se afastado de um uso. (OLIVEIRA, 2009, p. 47) As frequentes situações de riscos a que se expõem, seja em um uso compulsivo, seja nas condutas para manter o vício, podem ser fortes indícios do estado de precariedade emocional em que se encontram.

Nery Filho (2010) sugere que o uso de drogas faz parte das vicissitudes humanas e que esse encontro fortuito, droga e humano, ocorrido desde tempos imemoriais, perpetua-se até os dias de hoje para dar conta de uma dimensão de sofrimento essencial à condição humana: a de ter consciência de si e de sua finitude. Trazendo essa reflexão para o contexto atual e o uso desmedido, comum entre pessoas que vivem em situação de extrema exclusão, é possível pensar que tal uso aponta para uma tentativa radical de alienação da condição vivenciada, que beira a desumanização. Radical, sobretudo, porque testa o limite do corpo.

Nessa perspectiva, Melman (1992, p. 65) considera o abuso de drogas um sintoma social contemporâneo. Dirá que, com a toxicomania “temos o que merecemos”. Com isto, atesta a relevância de fatores sociais para a emergência de formas de subjetivação. Para o autor, ainda, o sintoma toxicomania vem falar de uma verdade que é o mal-estar próprio da civilização, o mesmo mal-estar de que trata Freud, no sentido das limitações impostas por esse modelo de vida.

Tratando sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua, Monteiro e Monteiro (2010) chamam a atenção para a dimensão paradoxal que esse uso pode assumir no sentido de, ao tempo em que aproxima essas pessoas da morte, expondo o corpo a um constante teste ao seu limite, por outro lado, é no efeito da droga no corpo, muitas vezes entorpecido pela indignidade cotidiana, que se consegue a sensação de estar vivo e contido no único universo próprio possível, em um contexto de limites fragmentados. De acordo com os autores:

[...] o corpo é o único elemento próprio que o indivíduo possui diante de uma história de vida e de um ambiente fragmentado como a rua. O consumo de droga funciona como dispositivo que garante vida a esse corpo. Em última instância, essa função desencadeia a possibilidade de sentir-se vivo no único registro que lhe é próprio – o corpo. (MONTEIRO; MONTEIRO, 2010, p. 41)

Um outro aspecto sugere a existência de uma cultura (ou subcultura) própria do contexto de rua onde o uso de drogas é favorecido seja com a intenção de diminuir a percepção da realidade, seja para facilitar a socialização. (SNOW; ANDERSON apud COSTA, 2005) Há também a sensação de liberdade que a vivência nas ruas pode promover. Viver nessas circunstâncias implica romper radicalmente com o social e, conseqüentemente, permitir-se fazer o que normalmente é proibido ou reprovável. Não há nenhum impedimento, moral, familiar ou religioso, que faça frente aos desejos e, nesse sentido, o uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas é favorecido. (NOTO et al., 2004)

A ausência de perspectiva de vida aliado ao comprometimento severo que os anos nas ruas promove entre as pessoas em situação de rua – afastando proporcionalmente as possibilidades de reintegração social – evidencia e reforça uma vivência do tempo restrita ao aqui e agora. Assim, a noção de consequência que implica uma “pré-ocupação”, numa projeção de futuro, se dilui. O que também ajuda a explicar um uso de drogas desmedido, como se o amanhã não existisse. Nesse sentido, Monteiro e Monteiro (2010, p. 38) trazem:

A temporalidade põe-se aqui de modo paradoxal, posto que o tempo vivido na rua está fixado no presente, preso à fluidez dos acontecimentos, às urgências de sobrevivência. Na rua, o tempo não pára, não porque existe um futuro pela frente, mas porque há constante presença do imediato.

Para além dos usos possíveis de álcool e outras drogas no contexto das ruas, fica evidente que a necessidade de alienação de uma condição perversa e degradante é o fator preponderante para um uso frequentemente abusivo por essa população. Manter-se sóbrio por qualquer período torna-se um grande desafio. Isso evidencia, portanto, a fragilidade e fragmentação das abordagens que visam lidar com o uso de drogas de pessoas que vivem em condições de extrema vulnerabilidade, como ocorre ultimamente com a questão do crack. São muitos os indícios que levam a crer que a população em situação de rua sofre, sobretudo, de exclusão. E o uso de drogas da maneira como é feito, prejudicial a usuá-

rios e sociedade, mostra-se como sintoma que só será minorado quando essas pessoas puderem ter um horizonte de possibilidades na vida.

DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS/ASSISTENCIAIS-DESASSISTÊNCIA AUTORIZADA

Dentre o sem número de violações dos direitos vivenciados pelas pessoas que estão em situação de rua cotidianamente, a questão da assistência oferecida pelos dispositivos governamentais é uma das mais graves manifestações do descaso a essa população. Apesar do que está instituído nas leis do SUS e LOAS e, sobretudo, na constituição do país, chama a atenção a incipiente rede de serviços para atender essa população, além do despreparo comum entre profissionais desses setores, o que se manifesta em preconceitos e negligência na atenção as pessoas que vivem nas ruas.

Embora a política nacional de inclusão social da população em situação de rua afirme que

as visões estigmatizantes da sociedade civil, e também do Estado, sobre a população em situação de rua '*costumavam*' restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de '*higienização social*', é isso o que ainda ocorre com frequência, após sete anos de sua publicação. (BRASIL, 2009, p. 4, grifo nosso)

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua denuncia, numa discussão dos dados sobre a saúde das pessoas nesse contexto, os maus tratos e discriminação que sofrem quando tentam acessar os serviços de saúde. Além disso, aponta a dificuldade de adequação desses serviços à realidade dessa população. De acordo com o documento:

Além da dificuldade de acessar e utilizar os serviços de saúde, as pessoas em situação de rua não conseguem – por diversos motivos – seguir os tratamentos indicados, seja de cuidados higiênicos seja de uso e dosagem de medicamentos prescritos. Acrescente-se também a experiência de discriminação e maus tratos nos serviços de saúde onde são considerados como portadores de '*patologia social*', diante da qual os profissionais de saúde sentem-se, ao mesmo tempo impotentes e sem qualquer responsabilidade. (ES-COREL, 2009, p. 125)

Ao discutir as violações de direitos sofridas rotineiramente pelas pessoas em situação de rua e as estratégias utilizadas para suprirem

as necessidades mais básicas que envolvem, sobretudo, as questões de moradia ou abrigo, higiene e de saúde, Costa (2005, p. 9) afirma:

[...] além das dificuldades reais, inerentes à situação de rua, observa-se que os serviços de saúde não estão preparados para o acolhimento dessa população [...] Ainda fazem parte da realidade da estrutura do atendimento o preconceito e a discriminação com essa população. Exemplos disso são as exigências de que as pessoas tomem banho para que venham a ser atendidas, a necessidade de que estejam acompanhadas, as negativas em fazer procedimentos por receio de contaminação etc.

Um outro grave problema verificado, provocado por anos de total falta de assistência por parte do Estado, no tocante aos serviços em álcool e outras drogas, é a disseminação de instituições supostamente filantrópicas, em sua maioria de cunho religioso que acabaram se consolidando como centros de tratamento (ou “recuperação”) para usuários de drogas – as Comunidades Terapêuticas. Essas instituições durante muito tempo assumiram um papel importante na assistência a usuários de drogas em situação de vulnerabilidade, e até hoje cumprem uma função, a despeito das lógicas arbitrárias que muitas vezes as norteiam. Porém a falta de regulação por parte do Estado – o que só ocorreu recentemente – favorece uma série de irregularidades e violações dos direitos humanos (trabalhos forçados, violências física e psicológica, e ausência de parâmetros técnicos de funcionamento) que até hoje são verificados com bastante frequência. (COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS, 2011)

Algumas coisas ficam claras a partir do que foi discutido. Qualquer iniciativa séria de atenção por parte do Estado para as pessoas que se encontram em situação de rua, deve levar em consideração que, mais do que ações pontuais e emergenciais, é preciso criar políticas públicas que reintegrem essas pessoas a sociedade, que reconheçam o direito a cidadania dessas pessoas. Estratégias de ressocialização e diminuição de riscos de vulnerabilidade social, como preconiza a política voltada a essa população:

A presente Política Nacional faz parte do esforço de estabelecer diretrizes e rumos que possibilitem a (re)integração destas pessoas às suas redes familiares e comunitárias, o acesso pleno aos direitos garantidos aos cidadãos brasileiros, o acesso a oportunidades de desenvolvimento social pleno, considerando as relações e significados próprios produzidos pela vivência do espaço público da rua. (BRASIL, 2008, p. 4)

Como contraponto ao exposto, será apresentada a experiência de um Centro de Convivência para Usuários de Álcool e Outras Drogas, o Ponto de Encontro, que tinha como público principal pessoas em situação de rua, localizado no Centro Histórico de Salvador (BA). Essa experiência é trazida, pois se considera que, embora tenha sido encerrada por forças contrárias à sua continuidade, foi exitosa no que se propôs, principalmente porque atentava, de maneira muito sensível, a não reproduzir as dificuldades já relatadas, buscando a contramão do reforço a exclusão. Outro dispositivo que merece ser mencionado é o Consultório de Rua (ou “na rua”), como exemplo de uma experiência bem sucedida na atenção à população estudada, transformada inclusive em política pública.⁵

Os Centros de Convivência para Usuários de Álcool e Outras Drogas são estratégias relativamente recentes previstas na Portaria nº 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2011) São dispositivos de baixa exigência pensados para atingir um público que não acessa facilmente a rede de atenção básica, seja a voltada para essa população em questão como os CAPS ou para o público em geral. Têm como princípios a ressocialização através de encontros mediados por práticas redutoras de danos e educativas, intervenções breves, acolhimento e atividades culturais que, dentre outras coisas, possibilite a interação entre o público alvo e comunidade em geral.

Dito de outro modo, a aposta é que através da convivência e do acolhimento do sofrimento dessas pessoas que são tratadas como invisíveis e/ou perigosas pela sociedade, espera-se que outros sentidos sejam produzidos na vida destas. Conforme previsto na proposta do projeto, a ideia é que se opere aí um deslocamento de sentidos e de percepções, para que se desloquem do estigma em que estão fixados. Discutindo os dispositivos de atenção a população em situação de rua e sua incipiência, Costa traz de Sposati, o destaque a garantia da convivência como direito que deveria ser assegurado na Política de Assistência Social. (SPOSATI 1999, p. 95-96 apud COSTA, 2005, p. 13) A autora completa:

Observando-se a condição de convivência e as estratégias desenvolvidas pelas pessoas em situação de rua para partilhar do espaço social, vê-se que resta um grande percurso a ser percorrido na

5 Em 2009, a coordenadora do projeto Consultório de Rua apresentou dissertação sobre o dispositivo, disponível nas referências.

direção da garantia mínima deste direito de cidadania. [...] Conviver é compartilhar em um espaço coletivo, identificar-se, trocar experiências e problemas comuns. Através dessa experiência, as pessoas compartilham a possibilidade de construir sua identidade, como reflexo de sua relação com os outros. (COSTA, 2005, p. 13)

O Ponto de Encontro tinha em sua composição uma equipe multiprofissional formada por psicólogas(os), assistentes sociais, pedagogas, educadores físicos, músico, artista plástico e jornalista, além de redutores de danos. Em seu curto funcionamento, serviu como “um lugar para onde ir”, como afirma Antônio Nery Filho (2011) na sua descrição despretenhosa sobre o dispositivo que idealizou. “Fazer do encontro um momento privilegiado na construção de uma ponte entre o nada ou a absoluta miséria, degradação e sofrimento e alguma coisa”. (NERY FILHO, 2011) A perspectiva de acolhimento ao sofrimento da exclusão, implícitas na descrição citada, perpassava as ofertas concretas do serviço. Eram atendidas demandas básicas como as de higiene e cozinha (o serviço não ofertava alimento), além de funcionar como espaço que mediava o encontro e convivência entre pessoas que, em outras circunstâncias, dificilmente se aproximariam numa situação espontânea.

No dia a dia eram realizados diversos encaminhamentos para retirada de documentos, ou para cuidados com a saúde, diversas vezes com o acompanhamento de um técnico para garantir que as situações de preconceito, já relatadas, impedissem que os usuários do serviço não fossem atendidos. Eram realizadas escutas nos locais que convinham aos usuários e como eles pudessem se sentir mais à vontade. Decisões das mais simples às mais complexas, envolvendo a rotina e práticas do espaço, eram negociadas, informadas, debatidas a fim de respeitar e possibilitar aos usuários a afirmação das suas necessidades.

Outro aspecto importante para lidar com essa população, incorporado dentro das possibilidades à dinâmica do serviço, era o fator imprevisibilidade. A tentativa de adequação a rotinas e a protocolos tradicionais mostrava-se fadada ao fracasso. Dentro dessa lógica de funcionamento que busca centrar as práticas no usuário do dispositivo, Oliveira (2009, p. 50), trazendo autores que discutem as novas tecnologias em saúde diz que:

[...] fazem referência a um novo modelo que deve estar pautado em uma lógica usuário-centrada. Nesse sentido, assinalam o espaço inter-relacional entre trabalhador e usuário como o lugar privilegiado e central para essa transição na qual é necessário o aprofundamento de novos conceitos para uma construção teórica que dê conta das singularidades dos processos que ocorrem nos interstícios dessa relação.

Assim, também o perfil da equipe que compunha o dispositivo foi um elemento fundamental para dar o tom de um espaço onde as diferenças são diluídas e as aproximações possíveis. Lancetti (2008), tratando sobre as intervenções “surpresa” (a partir do que se apresenta no dia a dia das instituições) e da potência do afeto nas relações que normalmente são mediadas por um suposto saber técnico, sugere sobre a atitude profissional:

Psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e enfermeiros podem estar investidos de poder médico, vestindo avental, devidamente diplomados, até com curso de pós graduação, mas sua ação será insignificante ou nada será se não se acharem imbuídos da atração pela loucura e pela impossibilidade e gosto de cuidar e produzir mudança. Da paixão pela diferença. (LANCETTI, 2008, p. 103)

Todos os aspectos positivos apontados na experiência do Ponto de Encontro não livraram as dificuldades envolvidas no trato com a população em situação de rua e na manutenção de um dispositivo como esse. A violência está fortemente presente, nas histórias de vida, na maneira como falam, como se relacionam. Frequentemente se apresentavam situações de conflito que demandavam atenção de toda a equipe para evitar maiores consequências, por vezes o acionamento da polícia.

Outra dificuldade estava relacionada à carência de outros serviços, complementares, que atendessem a todas as necessidades básicas dessa população. Falta de locais de abrigo, ausência de vagas para atendimentos em uma série de serviços essenciais e de emergências, e a necessidade constante de sensibilização de profissionais para que houvesse atendimento digno a essas pessoas. Houve uma enorme resistência por parte da comunidade onde o centro foi implantado. Resistência que incitava e autorizava a violência contra frequentadores do serviço e hostilidade contra funcionários e, de alguma maneira, acabou por influenciar no encerramento das atividades.

Apesar da precariedade da atenção à população em situação de rua e das dificuldades e desafios envolvidos na implantação e manutenção de serviços terapêuticos e/ou assistenciais voltados a essa população, exemplos como o do Ponto de Encontro, bem como o Consultório de Rua, são estratégias, tecnologias de saúde, que buscam estar sensíveis ao perfil de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade extrema. Faz-se necessário, entretanto, a ampliação de dispositivos dessa natureza, bem como a implantação e ampliação da rede de serviços, complementares às necessidades do público explorado. Essa não é

tarefa fácil posto que as tecnologias mais recentes que preveem a ressocialização e inserção dos serviços nas comunidades sofre bastante resistência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A problemática que envolve o fenômeno da população em situação de rua é complexa e de difícil manejo. Isso se deve especialmente às raízes do problema, que são profundas, porque associadas a um modelo socioeconômico cuja manutenção, de alguma maneira, depende e reforça as desigualdades sociais. O que torna a superação do problema somente possível, através de um esforço coletivo de toda a sociedade e suas esferas de representação.

A violação de direitos é uma constante no cotidiano dessas pessoas, que na prática não são reconhecidas como cidadãs. Prova disso é que apenas recentemente o Estado passou a atuar, reconhecendo a existência e as necessidades específicas das pessoas que se encontram vivendo nas ruas, através da Política Nacional de Assistência Social e Política Nacional para População em Situação de Rua, por exemplo. Até pouquíssimo tempo inclusive estas pessoas não eram sequer contabilizadas nos censos oficiais, por não possuírem residência fixa nem documentação.

Uma tendência à criminalização da pobreza se alimenta de uma lógica em que o papel do Estado é diminuído como provedor do bem estar social e responsabiliza o indivíduo quando este não consegue atender aos critérios sociais para estar “incluído”. Assim, ao invés de encontrarem apoio e suporte social para se reintegrarem, os desfavorecidos são encarados como fracassados, ficando a mercê dos manejos perversos da sociedade com a sua criminalização e/ou invisibilidade.

Nessas condições, o uso abusivo de álcool e de outras drogas parece ser favorecido, e isso agrega ainda mais preconceitos e estigmas a esta população, já que a leitura social sobre a questão ainda se encontra bastante associada à esfera jurídica e a uma lógica de “guerras às drogas”. Nas circunstâncias das ruas, a situação de degradação e desesperança lança muitas vezes essas pessoas a um uso desmedido que testa os limites do corpo e acresce mais riscos a um contexto que já expõe a tantas vulnerabilidades.

Soma-se a isso, o comprometimento a saúde dessa população que aumenta proporcionalmente aos anos de vivência nas ruas. E, nesse sentido, observa-se uma das mais sérias violações de direitos, quando

lhes é negado atendimento digno nos dispositivos públicos que tem em seus princípios a garantia de atenção universal. Configura-se um sério problema o despreparo dos profissionais, bem como inadequados os protocolos dessas instituições para atender ao perfil da população que vive em situação de rua. Evitando preconceitos e maus tratos, essas pessoas não acessam os serviços ainda que necessitem, fazendo arranjos precários para suportar até o limite, manter-se sem cuidados.

Dentro das dificuldades encontradas com relação à assistência a essa população, alguns exemplos podem ser destacados como bem sucedidos, especialmente porque foram desenvolvidos a partir da constatação dos problemas supracitados e com o princípio fundante de não reproduzir a situações de exclusão social, frequentes. É nesse sentido que, o dispositivo Ponto de Encontro – Centro de Convivência para usuários de álcool e outras drogas, que se propunha a atender especialmente pessoas em situação de extrema vulnerabilidade, é trazido como exemplo de experiência exitosa ainda que tenha tido um curto período de existência. Nesse sentido, seria importante uma avaliação e discussão em torno do funcionamento do serviço e as forças que o levaram a ser encerrado tão precocemente ainda que ele contemplasse, com distinção dos demais, as necessidades do público alvo. Portanto, urge buscar avaliar e fomentar uma discussão em torno da necessidade de estender e adequar à rede complementar as demandas da população que se encontra em situação de rua.

REFERÊNCIAS

BAUMAN, Z. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Secretaria Nacional de Assistência Social. I Censo e pesquisa nacional sobre a população em situação de rua – síntese dos resultados. In: CUNHA, J. V. Q. da; RODRIGUES, M. (Org.). *Rua: aprendendo a contar*. Brasília, DF: Ministério de Desenvolvimento Social, 2009.

BRASIL. Lei nº 11.258, de 30 de dezembro de 2005. Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, para acrescentar o serviço de atendimento a pessoas que vivem em situação de rua. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2005. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/L11258.htm>. Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 19 dez.1990.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>.

Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 4 dez.1993.

Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm>.

Acesso em: 29 set. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza. *Política nacional de inclusão da população de rua*. Brasília, DF, 2008.

Disponível em: <http://www.mpsp.mp.br/portal/page/portal/cao_civel/acoes_afirmativas/Pol.Nacional-Morad.Rua.pdf>.

Acesso em: 17 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Justiça. *Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil*. Disponível: <http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/publi/senad/senad_pesq_crack_total_17set2013.pdf>.

Acesso em: 24 out. 2013.

CARVALHO, I. A Lei de drogas e a criminalização da pobreza. *Revista Fórum*, set. 2013. Disponível em: <<http://www.revistaforum.com.br/2013/09/14/lei-de-drogas-e-a-criminalizacao-da-pobreza/>>.

Acesso em: 18 out. 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS. *Relatório da 4ª inspeção nacional de direitos humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2. ed. Brasília, DF: CFP; CRP, 2011.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 1, n. 4, dez. 2005.

D'ALAMA, L.; CÉO, R.; FORMIGA, I. Brasil tem 370 mil usuários regulares de crack nas capitais, aponta Fiocruz. *G1*, São Paulo, 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/ciencia-e-saude/noticia/2013/09/brasil-tem-370-mil-usuarios-regulares-de-crack-nas-capitais-aponta-fiocruz.html>>.

Acesso em: 26 out. 2013.

ESCOHOTADO, A. *História elementar das drogas*. Tradução de Jose Colaço Barreiros. Madrid: Alianza Editorial, 1996.

SCOREL, S. A saúde da população em situação de rua. In: CUNHA, J. V. Q. da; RODRIGUES, M. (Org.). *Rua: aprendendo a contar*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A. R. B. et al. (Org.). *Drogas: tempo, lugares e olhares sobre o consumo*. Salvador: EDUFBA: CETAD, 2004. p. 11- 26.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização (1927-1931)*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

LANCETTI, A. *A clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2008. (Saúde Loucura).

MARTINS, J. S.; MACRAE, E. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Salvador: SENAD, 2010. 89p.

MELMAN, C. *Alcoolismo, delinquência, toxicomania: uma outra forma de gozar*. São Paulo: Escuta, 1992.

MONTEIRO, L. F.; MONTEIRO, A. M. C. A clínica de rua: pressupostos teórico-clínicos para uma intervenção no âmbito do consultório de rua. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Salvador: SENAD, 2010. p. 34- 42.

NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.) *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Salvador: SENAD, 2010. p. 11-16.

NERY FILHO, A. Sobre o ponto de encontro no Santo Antônio Além do Carmo. *Drogas: isso lhe interessa?* Salvador, 2011. Disponível em: <<https://conversandocomnery.wordpress.com/2011/10/17/sobre-o-ponto-de-encontro/>>. Acesso em: 26 out. 2013.

NOTO, A. R. et al. (Resp.). *Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras...2003*. São Paulo: CEBRID, 2004. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/Levantamento-Nacional-sobre-o-Uso-de-Drogas-entre-Crian%C3%A7as-e-Adolescentes-em-Situa%C3%A7%C3%A3o-de-Ruas-27-Capitais-Brasileiras-2003.pdf>>. Acesso em: 26 out. 2013.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. *Consultório de rua: um relato de experiência*. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

QUIROGA, J.; NOVO, M. Elas na rua: população em situação de rua e a questão de gênero. In: CUNHA, J. V. Q. da; RODRIGUES, M. (Org.). *Rua: aprendendo a contar*. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2009.

SAWAIA, B. B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

SANTANA, J. P. A intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua: possibilidades e desafios. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Salvador: SENAD, 2010. p. 89.

SCHUCH, P.; GEHLENG, I. A “situação de rua” para além de determinismos: explorações conceituais. In: DORNELLES, A. E.; SILVA, J. O. e M. (Org.) *A rua em movimento: debates acerca da população adulta em situação de rua na cidade de Porto Alegre*. Porto Alegre: Didática Editorial do Brasil, 2012.

SILVA, M. L. L. da. *Mudanças recentes no mundo do trabalho e o fenômeno população em situação de rua no Brasil 1995-2005*. 2006. 142 f. Dissertação

(Mestrado em Política Social) – Departamento em Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

VÉRAS, M. Exclusão social: um problema brasileiro de 500 anos. In: B. SAWAIA (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 27-50.

WANDERLEY, M. B. Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. B. (Org.). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999.

DIÁLOGO POSSÍVEL: O APOIO INSTITUCIONAL E A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

*Luzia Vilma Delgado
Aline de Oliveira Costa*

O uso abusivo de álcool e de outras drogas é um problema de saúde pública que, historicamente, vem sendo enfrentado em uma lógica que distorce a percepção do uso das drogas, promovendo a disseminação de uma cultura de combate às substâncias, que são inertes por natureza, enquanto o sujeito e o seu meio de convívio ficam aparentemente relegados a um plano menos importante. A efetivação de práticas de atenção à saúde baseadas na compreensão da complexidade desse uso e que buscam a promoção, a prevenção e o tratamento, para a integração social e a promoção da autonomia dos sujeitos, pode ter efeitos positivos no enfrentamento dessa questão, reduzindo o nível de problemas relacionados. (BRASIL, 2004)

Para isso, torna-se indispensável, de acordo com a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004, p. 5):

A estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

Esta política acrescenta que esses aparelhos devem fazer uso eficaz dos conceitos de território, de rede e da lógica da Redução de Danos, de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica. Portanto, é preciso romper com o modelo hegemônico das práticas no campo da saúde

(procedimento-centrada) e apontar para a produção do cuidado direcionado ao fazer integral, corresponsável e resolutivo. (ASSIS et al., 2010)

Diante de tais desafios, é necessário construir inovações para o campo da saúde. Tomando o apoio institucional como uma nova tecnologia de gestão para a organização dos processos de trabalho, centrada na reflexão do fazer, de elaborar compromissos, contratos e viver em redes, aponta-se esta estratégia como um recurso possível para ampliar a autonomia dos sujeitos, entendida não como autossuficiência, mas como um fazer reflexivo, como uma prática que se analisa e se responsabiliza. (COSTA, 2009) Nesse sentido,

a presença de uma pessoa externa às equipes teria como função facilitar a construção de espaços de escuta, onde os objetivos institucionais pudessem ser articulados aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários. Não se tratava de controlar e comandar pessoas, mas de coordenar um processo onde a possibilidade do encontro entre os profissionais fosse potencializada. (BARROS; DIMENSTEIN, 2010, p. 53-54)

Ramos (2010, p. 27), ao apoiar uma reforma da reforma em saúde mental, questiona o distanciamento que existe entre o que se espera do trabalho das equipes interdisciplinares e a realidade dos serviços aos usuários: “Os discursos permanecem hegemônicos, as práticas fragmentadas, e tanto o ‘pensamento de grupo’ (groupthink) quanto o corporativismo profissional ganham um domínio crescente”.

Teixeira (2013) reconhece as dificuldades que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem enfrentando enquanto política pública regida pelo princípio da integralidade, sendo incisivo ao defender a “reversão radical da imagem simbólica de qualidade superior da saúde suplementar”,¹ afirmada por Mattos (2009 apud TEIXEIRA, 2013, p. 787), para a reversão das práticas em saúde, e acrescenta que, ao cuidado integral, devem-se agregar as preocupações com a saúde do corpo orgânico (homeostático) e com a “Grande Saúde” (a vida não orgânica, fora do equilíbrio), de maneira indissociável, produtora de valores intensivos baseados em conhecimento e afetos, apostando na reconfiguração do campo problemático.

Considero a compreensão desse processo de reversão muito importante para a produção de mudanças nas práticas de saúde. Não basta integrar os sistemas, é preciso criar, no imaginário social, a com-

1 A saúde suplementar se refere ao fato de o SUS não ser o único sistema de saúde, e para este haver a imagem simbólica de que é de qualidade superior.

preensão de que o SUS também possui qualidade superior porque é orientado pelos projetos de felicidade e pelo alcance do estado de bem-estar social, como discute Teixeira (2013), que significa uma reconfiguração do campo problemático dessas práticas, baseada na indissociabilidade dos sujeitos em suas várias dimensões, em relação com a gestão e a assistência de saúde.

Campos (2003) acredita que o apoio institucional é um modo de radicalizar as práticas de saúde, um tipo de consultoria que coloca em análise os métodos de trabalho instituídos, estimula a troca de saberes, a circulação de afetos e a criação de processos que não distanciem as atividades de gestão e de atenção.

Sujeitos engajados em práticas locais, quando mobilizados, são capazes de, coletivamente, transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Trata-se, então, de investir, a partir desta concepção de humano, na produção de outras formas de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde, deles usufruem e neles se transformam. (BENEVIDES; PASSOS, 2005, p. 390)

Nesse sentido, o presente trabalho parte do questionamento de como o apoio institucional, enquanto ferramenta de análise provocativa e produtora de processos de mudanças, poderia contribuir para a efetivação de práticas de atenção aos usuários de substâncias psicoativas (SPA), pautadas na integralidade da atenção, no reconhecimento das singularidades dos sujeitos e na compreensão dos territórios que se relacionam com esse fazer. Logo, propõe-se analisar os processos de apoio enquanto tecnologia, refletir sobre sua inserção no campo de cogestão dos processos de trabalho da temática em questão, possivelmente fazendo dialogar esses conceitos.

Para tanto, optamos como metodologia, pela realização de uma revisão sistemática da literatura existente sobre a integralidade da atenção aos usuários de álcool e outras drogas bem como sobre as produções acerca do apoio institucional em saúde. Este caminho metodológico tem como propósito uma revisão da situação dos conhecimentos existentes sobre o tema em questão, de maneira sintética e crítica, visando contribuir para a sua compreensão. (CONTANDRIOPOULOS, 1999) Buscamos, então, uma abordagem qualitativa de análise ao estabelecer um diálogo reflexivo entre os conteúdos conceituais atuais e o objetivo do trabalho. (DESLANDES, 1994)

Os dados foram colhidos a partir do levantamento documental de periódicos publicados nas bases de dados da Literatura Latino Americana

e do Caribe em Ciências e Saúde (Lilacs) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO) e de publicações oficiais do Ministério da Saúde. Não foi encontrada nenhuma publicação que relacionasse a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas com o apoio institucional, sendo, portanto, trabalhado com os referenciais teóricos para esses conceitos.

ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS E A REDUÇÃO DE DANOS

A integralidade é um dos princípios doutrinários do SUS, expresso pela Constituição Brasileira de 1988 como atendimento integral, cuja primazia são as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais. Deriva das reivindicações do Movimento Sanitário na luta pela redemocratização do país e pela construção de uma sociedade mais justa que fazia uma crítica às práticas de saúde, então hegemônicas, desde a década de 1970. O texto constitucional é um marco nesse processo de lutas políticas travadas no cenário nacional em prol do direito de todos à saúde. (MATTOS, 2006)

Ela propõe um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema Lei nº 8.080/1990. Pressupõe, assim, uma lógica que exige um novo modelo de gestão e cuidado em saúde, tradicionalmente pautado em lógicas biologicistas e medicalizantes, que fragmentam os sujeitos a partir de aspectos ligados ao funcionamento fisiológico humano.

Para se atingir os objetivos propostos pelo SUS, principalmente a promoção de uma atenção integral, é necessária a produção de uma clínica ampliada. Quando se pensa em clínica, é comum imaginarmos o cuidado centrado no procedimento biomédico, biotecnológico e diversos outros processos que sugerem uma assistência ambulatorial. Todavia, a ampliação da clínica busca superar esta visão restrita do cuidado e constituir uma ferramenta de articulação e inclusão dos diferentes enfoques e disciplinas, tendo em vista os três grandes enfoques que a saúde propõe: o biomédico, o social e o psicológico, não esquecendo as diversas faces que deles irradiam. Além disso, é importante dialogar com o modo como os sujeitos estão inseridos nos processos de produção de saúde e composição da rede.

Nessa perspectiva, a Política Nacional de Humanização do SUS (2004) tem apostado na indissociabilidade entre os modos de produzir

saúde e os modos de gerir os processos de trabalho, entre atenção e gestão, entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de subjetividade. Utiliza-se a clínica ampliada como uma ferramenta produtora da integralidade que tem estimulado a composição de cenários transdisciplinares no cuidado em saúde, de várias abordagens integradas, e tem colocado em análise a fragmentação do processo de trabalho, a fim de possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde. (BRASIL, 2009)

Entretanto, no campo da saúde mental, álcool e outras drogas, encontra-se como um gargalo a efetivação de uma atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas. O uso de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública e possui um atraso histórico de responsabilização do SUS na construção de seu enfrentamento, que vinha sendo abordada, predominantemente, pela ótica psiquiátrica ou médica. Contudo, são evidentes as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas para a compreensão global do problema. Além disso, ressalta-se que o tema vem sendo associado à criminalidade e a práticas inspiradas em modelos de exclusão/separação dos usuários do convívio social. (BRASIL, 2004)

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004) apresentou alguns limites, pela falta de priorização de uma política específica de saúde integral dirigida ao consumidor de álcool e outras drogas, que são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades:

- a) O impacto econômico e social que tem recaído para o SUS, seja por seus custos diretos seja pela impossibilidade de resposta de outras pastas governamentais voltadas para um efeito positivo sobre a redução do consumo de drogas;
- b) Estratégias de comunicação que reforçam o senso comum de que todo consumidor é marginal e perigoso para a sociedade;
- c) Internamente à Saúde, a elaboração pregressa de políticas fragmentadas, sem capilaridade local e de pouca abrangência, além do desenvolvimento de ações de redução de danos adstritas ao controle da epidemia de AIDS, não explorando as suas possibilidades para a prevenção e a assistência.

Nesse contexto, para a promoção de mudanças eficazes, é necessário definir e implementar políticas públicas que considerem as especificidades do uso abusivo de drogas, tendo a integralidade como uma das

diretrizes que orienta a organização do sistema e o modelo de produção de saúde.

A partir do ano 2000, são feitas mudanças importantes no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas e, mesmo mantendo-se alinhada ao discurso proibicionista, a atenção à saúde deixa de ser uma espécie de apêndice dessa política e se torna um tema cada vez mais relevante, havendo uma distinção entre as atividades antidrogas e aquelas de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, conferindo maior destaque a estas últimas. (ALVES, 2009)

Em 2003, formula-se a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas que afirma a responsabilidade do SUS em garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda e de ajuda mútua. (ALVES, 2009)

Revisada e ampliada em 2004, essa Política mantém em destaque algumas características relevantes para se pensar o campo de práticas para essa problemática, como:

1. O consumo de drogas não atinge de maneira uniforme toda a população e sua distribuição é distinta nas diferentes regiões do país, apresentando, inclusive, diferenças significativas em uma mesma região, tanto nos aspectos sociais, quanto nas vias de utilização e na escolha do produto;
2. A pauperização do país, que atinge, em maior número, pessoas, famílias ou jovens de comunidades já empobrecidas, apresenta o tráfico como possibilidade de geração de renda e medida de proteção;
3. O aumento no início precoce em uso de drogas legais entre os jovens e a utilização cada vez mais frequente de uso de drogas de *design crack* e o seu impacto nas condições de saúde física e psíquica dos jovens, notadamente pela infecção pelo HIV e hepatites virais;
4. A definição de políticas internacionais que contextualizam os países em desenvolvimento somente a partir de sua condição de produção, refino e exportação de produtos nocivos à saúde.

Para a reorientação do modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas, as diretrizes da política setorial de saúde preveem a construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas

valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS-AD), que desenvolveriam papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, agenciando a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e a inclusão social de usuários e familiares acompanhados. (ALVES, 2009)

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência com ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários e que considere os dispositivos extra-hospitalares (substitutivos) de atenção psicossocial especializados para a oferta de cuidados, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde. Tais dispositivos devem fazer uso deliberado e eficaz dos conceitos de território e rede, bem como da lógica ampliada de redução de danos, realizando uma procura ativa e sistemática das necessidades a serem atendidas, de forma integrada ao meio cultural e à comunidade em que estão inseridos, e de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica.

O conceito de Redução de Danos (RD) se refere a uma série de estratégias em saúde pública cogitada para reduzir as consequências nocivas associadas ao uso de substâncias psicoativas. Segundo Andrade (2004), a RD não é um conceito de consenso na literatura científica, mas pode ser facilmente deliberada como: “ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica, provocadas ou secundárias ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias”.

A RD pode ser visualizada como um conjunto de estratégias que visam minimizar os danos causados pelo uso de diferentes drogas, sem necessariamente ter de se abster do seu uso. No Brasil, acontece desde 1989, quando o governo assume a administração da prefeitura de Santos tomando uma atitude ousada como forma de tentar conter a epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis, surgindo o primeiro programa brasileiro de redução de danos associados ao uso de drogas injetáveis. A ideia principal nessa época era: uma vez que os usuários de drogas não conseguiam abandonar seu uso que, pelo menos, não se infectassem pelo compartilhamento das seringas no uso de droga injetável, sendo assim realizada a distribuição de seringas novas e trocadas pelas seringas usadas, o que levou, a princípio, a um questionamento: “RD ou incentivo ao uso?”. Contudo, partindo do pressuposto de que a troca de seringas reduz os danos causados pela contaminação de doenças sexualmente transmissíveis, o incentivo ao uso fica em segundo

plano. A estratégia não deve ser reduzida à simples ideia de troca de seringas e agulhas entre usuários de drogas injetáveis.

Indiscutivelmente, inclui serviços mais diversificados que podem se constituir num meio de educação para autocuidados com a saúde, inclusive orientando sobre o controle do uso de substâncias lícitas. De acordo com Machado (2006, p. 31), quando expõe sobre esse trabalho:

[...] além de proporcionar subsídios técnicos para o desenvolvimento de práticas de saúde, introduziu mudanças culturais nas formas de compreender e de abordar o uso de drogas. Essa concepção, mais tolerante com o uso de drogas, passou a questionar o ideal de um mundo sem drogas, mudou o foco das intervenções que deixaram de objetivar exclusivamente a abstinência e passaram a trabalhar com objetivos mais modestos, como a redução das conseqüências adversas do consumo de drogas. Os resultados das intervenções passaram a ser mensurados no âmbito social e da saúde e não na quantidade de drogas consumidas ou apreendidas.

Os efeitos de se trabalhar com a lógica da RD são resultados de deslocamentos produzidos no imaginário social e subjetivo, que geram resultados positivos para os sujeitos e para a sociedade. Silva (2007) dá alguns exemplos de medidas de RD: a orientação para a utilização de bebidas com menores teores alcoólicos; a inclusão, entre os passageiros de um mesmo veículo, de alguém que não beba e possa dirigir em segurança, nas ocasiões em que estão previstos o consumo de álcool; o uso de substitutos de cigarros, como os adesivos de nicotina, entre outros. Assim, de acordo com a mesma autora, apresentamos três características que consideramos no trabalho de redução de danos:

5. É um modelo de prevenção de oferta programada, que pretende abordar o indivíduo antes do aparecimento de problemas associados ao uso abusivo ou de seu agravamento;
6. Multiprofissional e interinstitucional, inspirando-se na inter e transdisciplinaridade das diversas ciências que buscam compreender o fenômeno do uso de substâncias psicoativas de forma não repressiva ao consumo da droga;
7. Respeito ao modo de viver das pessoas, buscando identificar com elas suas estratégias de redução de danos, tendo em vista a cultura de uso de drogas do sujeito, a fim de que se produza sentido para o indivíduo e privilegiando o desenvolvimento de vínculos de confiança.

Para pensar a integralidade nesse contexto, faz-se necessário o diálogo com Merhy (2006), quando coloca em questão os modos tradicionais de se pensar a mudança das práticas de saúde e considera a integralidade em sua capacidade de adquirir novos sentidos, além do seu sentido original. Esta possibilidade permite abordagens de diferentes níveis reflexivos para um livre pensar, como um campo de práticas de saúde cuja “alma” deve ser a produção de novos sentidos para o viver individual e coletivo.

Colocar na parede, criar tensão produtiva e por em dúvida o sentido perseguido são alguns dos “interrogadores” apresentados por Merhy (2006), na perspectiva de que venham a contribuir para disparar processos coletivos de elaborações protagonistas. Não obstante, a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, para que considere toda a complexidade que envolve seu contexto, além das práticas tão imbricadas em modelos tradicionais excludentes da atenção, é necessário interrogar não só suas práticas, mas os sentidos que estão sendo produzidos em torno dessa problemática, na tentativa de contribuir para as mudanças dos sentidos que estas práticas de saúde produzem, alterando-as em direção a um futuro diferente.

São desafios, portanto, as questões sociais, culturais, econômicas e até subjetivas do uso de substâncias psicoativas, tendo em vista a maior vulnerabilidade em que se encontram esses usuários, historicamente criminalizados, rejeitados e até de acesso dificultado aos serviços de saúde. Somado a isso, outro grande ponto que precisamos avançar e modificar é a transformação da visão curativa da saúde para a ideia de produção de saúde. Nesse sentido, fazemos uma aposta na implementação de dispositivos inovadores no campo da saúde, que servem como disparadores de tensões produtivas e de reflexão das práticas de saúde cotidianas, tal como o apoio institucional. O apoio se apresenta como uma estratégia metodológica que poderá contribuir no processo de alteração e resignificação das práticas de cuidado à saúde específicas para os usuários de álcool e outras drogas.

APOIO INSTITUCIONAL EM SAÚDE COMO APOSTA PARA PRODUZIR MUDANÇAS

Uma das estratégias metodológicas atuais utilizadas pelo SUS para a efetivação das políticas públicas de saúde é o apoio institucional. A Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS propõe o apoio como

um método/dispositivo de intervenção em práticas de produção de saúde pública para o fomento da grupalidade e da gestão compartilhada.

Campos (2005) discute o apoio como dispositivo que traz algo de fora ao grupo, que opera no sentido de articular os objetivos institucionais aos saberes e interesses dos trabalhadores e usuários, dependendo da instalação de alguma forma de cogestão. A essa lógica de operar, o autor denomina de Apoio Paideia, inspirado no conceito de Paideia trazido da Grécia, como a necessidade de educação integral das pessoas para um processo contínuo de ampliação da capacidade de participação social.

O Apoio Paideia é uma metodologia que busca pensar e agir considerando três dimensões do fazer cotidiano: poderes, afetos e saberes. Os modos de operar com o poder, realçados pela política; do conhecimento, pela pedagogia; dos afetos, pelas terapias da subjetividade. Para Campos (2005), a constituição dos sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é produto das relações dessas três dimensões de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos, ou seja, para o autor, em toda instituição ocorre, na prática, múltiplas sínteses dos efeitos destes três fatores.

Contudo, ainda segundo o autor, é possível observar que, em várias práticas sociais que pretendem a objetividade sequer se admite que haja influência desses fatores, e exemplifica:

[...] a Saúde Pública e a Clínica, por exemplo, funcionam como se houvesse uma diluição da influência desses fatores; o conhecimento dos técnicos atuaria melhor 'livre' da política, do conhecimento não-científico ou de afetos 'inconvenientes'. Este é o núcleo do pensamento tecnocrático: a tentativa de reduzir as pessoas à condição de objeto, rejeitando a circulação dos afetos e a 'contaminação' das práticas pelo poder ou conhecimento dos 'leigos', todos alcançados pelas medidas geradas em apenas um dos pólos da relação de poder. (CAMPOS, 2005, p. 63, tradução nossa)²

O apoio institucional seria um dos núcleos estruturais do Apoio Paideia que busca superar essa ideia tecnocrática do fazer saúde. De um lugar de suposto saber, coloca em análise a constituição dos sujeitos e

2 [...] la Salud Pública y la Clínica, por ejemplo, operan como si hubiese una dilución de la influencia de estos factores; el saber de los técnicos actuaría mejor 'livre' de la política, del conocimiento no científico o de afectos 'inconvenientes'. Este es el núcleo del pensamiento tecnocrático: la tentativa de reducir personas a la condición de objeto, rechazando la circulación de afectos y la 'contaminación' de las prácticas por el poder o por el saber de los 'laicos', todos alcanzados por las medidas generadas en apenas uno de los polos de la relación de poder.

nela considera as redes de poder, de afetos, o compromisso com os valores (finalidades) e com os campos de conhecimento. (CAMPOS, 2005)

Barros e colaboradores (2011) entendem esse lugar como um espaço dinâmico de relações, sendo que o apoiador deve ficar atento às posturas que assume, não devendo ter uma postura de passividade ou omissão, nem a pretensão de operar à revelia dos grupos, mas apenas de elaborar pareceres, planos ou protocolos e normas para as equipes, porque o apoio deve objetivar a afirmação e o incentivo da produção de coletivos organizados e ajudar a articular a produção de serviços, de instituições e dos próprios sujeitos.

A autora também pondera múltiplos vetores, determinantes e inseparáveis, quando se deseja produzir mudanças nos modos de fazer gestão e atenção em saúde: sujeitos (desejos, necessidades, interesses), processos de trabalho (saberes), poder (modos de estabelecer as relações) e políticas públicas (coletivização dessas relações); um processo de produção subjetiva que envolve os sujeitos em suas experiências concretas de relações cotidianas. (BARROS et al., 2011)

Ora, não seria esta uma estratégia metodológica, que considera a dimensão subjetiva dos sujeitos e os vários vetores que compõem o cotidiano, que poderia contribuir para analisar, provocar e disparar processos de mudanças nas práticas de atenção aos usuários de álcool e outras drogas? Poderíamos dizer que sim, enquanto uma possibilidade, e como tal se relacione com o cotidiano dos espaços coletivos e permita as diversas formas de potencializar a vida, sobretudo vidas condenadas à exclusão, como a desta população.

A proposta metodológica do apoio institucional resulta no engendramento entre as forças e as tecnologias produtoras e produzidas pelos movimentos de Saúde Coletiva do SUS e de democratização institucional, na tentativa de contribuir com a formulação de projetos de liberdade e de democracia em construção e em disputa no campo das políticas públicas de saúde. (OLIVEIRA, 2011, p. 28)

Guedes (2012) afirma que o Apoio Institucional, como uma metodologia articulada aos princípios e diretrizes da PNH, é capaz de provocar a emergência da dimensão pública das políticas de saúde no SUS de modo que ela possa ser incorporada por trabalhadores, gestores e usuários não só da atenção básica, mas do sistema de saúde. Acrescenta:

Não estando os sujeitos prontos, desde sempre, para o exercício da 'res-pública', apostamos na tarefa da reinvenção de nós mesmos, tarefa de direito sempre inacabada e que só pode ser efetivada por meio da produção constante de outros modos de vida, de novas

práticas de saúde. Desse modo, o que se buscou com o apoio foi, a um só tempo, a produção de saúde e de sujeitos implicados nesse processo, logo, mais autônomos. Tarefa que se mostrou em sua dupla face, indissociável. (GUEDES, 2012, p. 101)

Não é possível separar a produção de saúde do sujeito e seu cotidiano, suas relações consigo e com o meio, os sentidos e significados atribuídos aos diversos lugares que ocupam as pessoas e as instituições de saúde. Assim, para Oliveira (2011), o apoiador institucional tem a função de:

8. Ativar espaços coletivos, através de arranjos ou dispositivos que propiciem a interação entre sujeitos;
9. Reconhecer as relações de poder, afeto e a circulação de saberes visando a viabilização dos projetos pactuados por atores institucionais e sociais;
10. Mediar a construção de objetivos comuns e a pactuação de compromissos e contratos;
11. Ao agir com os coletivos, atuar em processos de qualificação das ações institucionais;
12. Promover ampliação da capacidade crítica dos grupos, propiciando processos transformadores das práticas de saúde e contribuindo para melhorar a qualidade da gestão no SUS.

Neste contexto, o Apoio Institucional é uma nova forma de se fazer gestão que aposta na corresponsabilização dos atores e estimula a gestão participativa e compartilhada. Não ocupa o lugar do gestor nem do trabalhador e rompe com o lugar de supervisor: encontra-se no entrelugar, possibilitando o olhar de fora, produzindo tensionamentos, ou seja, sujeito que afeta e que é afetado, buscando articular os vários vetores que compõem o cotidiano em análise.

Não basta o apoiador estar dotado de todas essas competências; é necessário que compreenda esse lugar de apoio como um espaço horizontal, de troca, de construção do novo. Campos (2003, p. 25) afirma que

todo apoiador minimamente sábio descobre que somente se consegue apoiar, quando nos autorizamos a ser apoiados pelo grupo a quem pretendemos ajudar. Um bom dirigente dirige e é dirigido, comanda e é comandado por aqueles com quem trabalha.

No campo da saúde, em específico da atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, trabalhar nesta perspectiva se apresenta como um desafio ainda maior. Costa (2012) defende a importância da participação social proposta pelo SUS na implementação de suas políticas como um espaço de abertura para a construção de processos de corresponsabilização do cuidado e a sua efetivação como políticas públicas.

É nessa perspectiva que se faz necessário criar um diálogo entre o Apoio Institucional e a política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, na busca pela democratização da gestão e qualificação da atenção. É preciso incluir os diversos atores na construção de estratégias coletivas de cuidado/atenção que, de fato, olham para esses usuários de forma integral, porque também são sujeitos, portadores de direitos, apesar de, muitas vezes, assaltados dos direitos do exercício de cidadania.

CONSTRUINDO POSSÍVEIS MUDANÇAS NO MODO DE GESTÃO E ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

‘Diálogo’ vem da palavra grega *dialogos*. *Logos* significa ‘a palavra’ ou melhor ‘o significado da palavra’. E *dia* significa ‘através de’ – não significando dois ou duplo. [...] O panorama ou a imagem que a origem da palavra sugere, é o de uma *corrente de significados*, fluindo entre nós e através de nós. [...] Desse fluir surge uma compreensão nova. Trata-se de algo que não estava presente quando se começou. É uma coisa criativa. E o *significado compartilhado* assim criado, é a ‘cola’ ou o ‘cimento’ que mantêm as pessoas e a sociedade unidas. (BOHM, 2005, p. 2)

A partir dessa concepção de Bohm, propor um diálogo entre uma perspectiva metodológica de trabalho em saúde e uma situação/necessidade real de atenção à saúde é um tanto ousado, mas, também o é por acreditar que é possível criar o novo, um significado compartilhado que responda à problemática em questão, porque, quando isolados, serão vazios, mas quando em movimento outros elementos surgirão além daqueles que são passíveis de ver e viver.

Pensar o apoio institucional em diálogo com a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas foi deixar passar através deles uma corrente de significados por entre conceitos, pressupostos, objetivos, problemáticas, que se movimentavam com um propósito: como contri-

buir para a efetivação de práticas que considerem de fato esses usuários em sua complexidade?

A clínica ampliada, a redução de danos, a gestão compartilhada e participativa e o trabalho em equipe podem ser possibilidades interessantes para responder a essa pergunta. Aposta-se, assim, que o apoiador institucional utilize dessas diretrizes para disparar processos de construção coletiva, inovadores ou ressignificados, capazes de promover a integralidade da (e na) atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Não basta, contudo, dotar-se apenas dessas possíveis respostas, mas buscar outras e, como seres inacabados que somos, em relação com o seu cotidiano, refletir sempre sobre as questões que se apresentarem conscientes da existência de outras que ficarão ocultas no processo, porque o ser humano está em constante transformação, com o meio e consigo. A ele deve estar indissociada a capacidade de análise crítica para a compreensão das reais condições que potencializam a vida.

É preciso compreender o funcionamento das práticas, desenvolver nossa capacidade de lê-las e, em um esforço analítico, atingir, como diria Teixeira (2009), seu “vórtice produtivo”, seu núcleo de produção de valores, de sociabilidade, de subjetividade, de contratos. Os sujeitos não estão sozinhos no mundo, nem são iguais, mas possuem olhares embebidos de histórias, subjetividades, curiosidades que, se ouvidos, dialogados, emergem potencialidades de cuidado real, integral.

Nessa direção, os enfrentamentos vivenciados cotidianamente pelos sujeitos da trama do cuidado em saúde (gestores, trabalhadores, usuários e famílias) quando bem analisados contribuirão para que estes criem um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema, necessários para a oferta de cuidado devidamente articulada à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde.

O apoiador não poderá sozinho produzir espaços tão cheios de vida, mas relacionando-se com o grupo, apoiado e dotado de ferramentas tecnológicas pertinentes, é possível incluir tensões, possibilitar outras falas, fomentar o trabalho em equipe, articular os diferentes serviços de saúde e, com isto, coletivamente, produzir mudanças e criar novos arranjos que garantam a integralidade para a mudança das práticas no modo de gestão e atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Assim, a aposta cotidiana é de que o campo da saúde, organizado e gerido de novas maneiras, promova ações de integralidade, reconhecendo os usuários como sujeitos de direitos dotados da capacidade de

escolhas, de participação política, atuando em uma clínica que produza movimento e desejo em busca da vida.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

ANDRADE, T. M. Redução de danos, um novo paradigma? In: TAVARES, L. A. et al. (Org.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 87-95.

ASSIS, M. M. A. et al. Dimensões teóricas e metodológicas da produção do cuidado em saúde. In: ASSIS, M. M. A. et al. (Org.). *Produção do cuidado no programa saúde da família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 13-38.

BARROS, S. C. M.; DIMENSTEIN, M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. *Estudos e pesquisas em psicologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 48-67, 2010.

BARROS, M. E. B.; GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n.12, p. 4803-4814, 2011.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, 2005.

BOHM, D. *Diálogo: comunicação e redes de convivência*. São Paulo: Palas Athena, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. 2. ed. rev. ampl. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Clínica ampliada e compartilhada*. Brasília, DF, 2009. (Textos Básicos de Saúde, B).

CAMPOS, G. W. *Saúde paidéia*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Paideia y gestión: un ensayo sobre el soporte paideia en el trabajo en salud. *Salud Colectiva*, La Plata, v. 1, n. 1, p. 59-68, enero/abr. 2005.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P. et al. *Saber preparar uma pesquisa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 1999.

COSTA, A. O. O desafio da participação social na implementação de políticas públicas sobre álcool e outras drogas no estado da Bahia. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012.

COSTA, R. M. O. *O processo de trabalho da equipe de apoio institucional com foco na gestão do trabalho e da educação na atenção básica no estado da Bahia*. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Professor Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2009.

GUEDES, C. R.; ROZA, M. M. R.; BARROS, M. E. B. O apoio institucional na Política Nacional de Humanização: uma experiência de transformação das práticas de produção de saúde na rede de atenção básica. *Cadernos de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 93-101, 2012.

MACHADO, A. R. *Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas*. 2006. 151 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 47.

MERHY, E. E. Integralidade: implicações em xeque. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2006. p. 97-109.

MINAYO, M. C. de S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, G. N. *Devir apoiador: uma cartografia da função apoio*. 2011. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

RAMOS, F. *A reforma que a reforma aguarda: o desafio inadiável da educação em saúde mental*. 2010. Disponibilizado pelo autor no grupo de discussão da Escola de Saúde Mental do Rio de Janeiro,. Disponível em: <file:///C:/Users/ Edit%2015/Desktop/reformafernandoramos.pdf>.

SILVA, P. L. *As representações sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento*. 2007. 203 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, SP, v. 13, supl. 1, 2009.

“MOSTRANDO A CARA DO CAPS-AD INFANTO-JUVENIL-VIDA”: UMA EXPERIÊNCIA DE APOIO MATRICIAL EM ARACAJU (SE)

Fabiola Mendes de Andrade

João Sampaio Martins

O uso de diferentes substâncias que atuam no cérebro modificando a maneira de sentir, de pensar e, em alguns casos, de agir, remonta à própria história da humanidade. Foi somente na passagem do século XIX para o século XX que algumas destas substâncias se tornaram objeto de saberes, práticas e controvérsias, constituindo, deste modo, um campo de atenção e debate e, sobretudo, de preocupação do Estado. Ao longo deste processo, algumas destas substâncias “foram classificadas genericamente como ‘drogas’ e, assim, sua produção, distribuição e consumo conformam-se contemporaneamente como uma questão das ‘drogas’, assumindo definitivamente o estatuto de um problema social”. (FIORI, 2008, p. 144)

Este estatuto não deve ser reduzido à interpretação simplista que atribui uma essência negativa às propriedades de determinadas substâncias, especialmente daquelas tornadas ilícitas, mas encarado como um problema multifacetado e complexo atrelado à evolução da sociedade, seus conflitos e desequilíbrios. (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010) Atualmente, o uso de drogas entre crianças, adolescentes e jovens do Brasil tem sido apontado como um grave problema social e de saúde, ganhando destaque na mídia e exigindo respostas dos formuladores e operadores de políticas públicas. (FREITAS, 2007; MARTINS; FLACH, 2012)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a adolescência compreende o período entre 10 e 19 anos. O período situado entre 15 e 24 anos se refere à juventude, já o termo “pessoas jovens” é adotado para se referir à faixa etária entre 10 e 24 anos. (BRASIL, 2010a) A adolescência é o período em que o indivíduo reformula os conceitos que tem de si e abandona a autoimagem infantil buscando, cada vez mais, o universo das experimentações e identificações no

sentido de abrir espaço para a autoafirmação. O desejo de testar os próprios limites e transgredir as normas estabelecidas pelos adultos são alguns dos fenômenos típicos dessa fase da vida que podem levar à primeira experiência com drogas lícitas e/ou ilícitas. (DRUMMOND; DRUMMOND FILHO, 1998)

Ao revisar as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção Proteção e Recuperação da Saúde, observou-se que o item 7.1 deste documento relaciona às dificuldades de acesso à educação, o desemprego, as desigualdades sociais, o meio ambiente degradado, a morbimortalidade por violências, dentre outros fatores, com a vulnerabilidade aos agravos resultantes do uso abusivo de álcool e outras drogas. (BRASIL, 2010a)

Os autores Papalia e Olds (2000, p. 321) ressaltam que:

Diversas características do indivíduo e do ambiente:

(1) fraco controle de impulsos e tendência para ir em busca de sensações ao invés de evitar riscos (o que pode ter base bioquímica);

(2) influências familiares (como predisposição genética para o alcoolismo, uso ou aceitação de drogas por parte dos pais, práticas de criação irregulares ou pouco expressivas, conflitos familiares, situação conjugal dos pais e relacionamentos familiares perturbados ou distantes);

(3) temperamento difícil;

(4) problemas de comportamento precoces e persistentes;

(5) fracasso acadêmico e ausência de comprometimento com a educação;

(6) rejeição dos pares;

(7) associação com usuários de drogas. Quanto mais cedo os jovens começam a usar uma droga, maior a probabilidade de que a usem com frequência e maior a tendência de abusar da mesma. Em oposição à crença popular, a pobreza não está ligada ao abuso de drogas a menos que a privação seja extrema.

Alguns estudos epidemiológicos mostram que a iniciação no uso abusivo de drogas tem ocorrido cada vez mais precocemente, a exemplo do V Levantamento Nacional Sobre Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio da Rede Pública de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informação Sobre Drogas Psicotrópicas (Cebrid) em todas as capitais

brasileiras, com 48.155 estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino. Esse estudo aponta que a idade do primeiro uso de drogas legais, álcool e tabaco, é menor do que o de outras drogas pesquisadas, com média de 12 anos e 5 meses para álcool e 12 anos e 8 meses para tabaco. (GALDURÓZ et al., 2004) Em 2009, o Cebrid realizou novo levantamento nas 27 capitais brasileiras, desta vez não somente entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública, mas também da rede privada. Neste Levantamento, evidenciou-se uma maior incidência do uso de drogas na faixa etária entre 10 e 15 anos de idade. Tal dado chama a atenção para o uso de drogas cada vez mais precoce entre os jovens e os adolescentes brasileiros. Na cidade de Aracaju, capital do estado de Sergipe, havia, em 2009, um total de 1.446 estudantes do ensino fundamental e médio. Na ocasião da pesquisa, 8,3% dos adolescentes estudantes entrevistados afirmaram ter usado drogas, citando o álcool, o tabaco, inalantes, ansiolíticos, maconha, anfetaminas e cocaína como as mais utilizadas entre eles. (CARLINI et al., 2010)

No Brasil, as políticas públicas relacionadas às drogas foram historicamente concebidas no período ditatorial influenciadas pela construção da política global de “guerra às drogas”, estando mais comprometidas com a repressão e o controle do uso destas substâncias do que com qualquer outra coisa. Somente durante o processo de redemocratização do país muitas mudanças entraram em curso, dentre as quais a transformação do sistema de saúde que, através do movimento de Reforma Sanitária, consolidou o Sistema Único de Saúde (SUS) e garantiu, na Constituição Federal de 1988, a saúde como direito de todos e dever do Estado. No bojo da Reforma Sanitária, outro movimento transformista é forjado, a Reforma Psiquiátrica, que prima pelo fechamento dos manicômios e pelo fim das práticas asilares concomitantes à implementação de uma rede de serviços substitutos e práticas de atenção psicossociais mais integradas aos territórios. Desde a década de 1990, estão em andamento experiências e políticas voltadas para novas possibilidades de cuidado e garantia de direitos em relação ao usuário de drogas no âmbito de tais reformas. (MARTINS, 2015)

Nesse contexto, a Política Nacional de Saúde Mental vem a ser o principal marco político tanto para portadores de transtornos mentais quanto para usuários de drogas. Esta Política tem como instrumento legal/normativo máximo a Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Outro importante instrumento é a Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o modelo de atenção à saúde operacio-

nalizado nas diferentes modalidades dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços passam a se configurar como espaços de referência na atenção a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e/ou persistentes, incluindo os transtornos relacionados ao uso ou abuso de álcool e/ou outras drogas. (BRASIL, 2004)

Apesar dos significativos avanços na construção de uma rede de atenção psicossocial em saúde mental, a atenção às pessoas jovens com necessidades relacionadas ao uso problemático de álcool e outras drogas, em termos de serviços especializados destinados a este público, permaneceu em segundo plano até 2009. É neste ano que surge, como uma das propostas da VIII Reunião Ordinária do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil, realizada em Brasília, a criação dos Centros de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil (CAPSi-AD). Estes serviços devem funcionar em consonância com a estratégia da Redução de Danos e com a Política Nacional sobre Drogas, de modo que os cuidados não estejam reduzidos à busca de uma suposta cura ou à reabilitação através da abstinência. (OLIVEIRA; SANTOS, 2010)

O Documento do Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto-Juvenil e Síntese da VIII Reunião Ordinária declara, em seu Eixo I, que a complexidade e o sofrimento envolvidos no consumo de álcool e outras drogas por crianças e adolescentes são frequentemente associados ao rompimento dos laços afetivos e sociais e recomenda que este público seja reconhecido primeiramente como demanda de um cuidado ampliado, devendo ser atendido e considerado nas diferentes possibilidades de intervenção. (BRASIL, 2009)

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) fica estabelecido, em seu artigo 101, das Medidas Específicas de Proteção, que toda criança ou adolescente usuário de drogas deve "receber orientação, apoio e acompanhamento temporários; requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial, ou inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos". (BRASIL, 2003, p. 36)

É necessário enfatizar que a produção de saúde para adolescentes e jovens não se faz sem que haja fortes laços intersetoriais que abram canais entre o setor saúde e a participação e colaboração de outros setores, e da própria comunidade, especialmente das pessoas jovens e suas famílias, uma vez que as necessidades de saúde ampliada, dessa população, ultrapassam as ações do setor saúde. (BRASIL, 2010a, p. 15)

Para que haja um avanço na forma de prevenir e cuidar do uso prejudicial ou abuso de álcool e outras drogas entre os adolescentes, está posto, na Política para Atenção Integral ao Usuário de álcool e outras drogas (BRASIL, 2004), que este tema necessita de ações ampliadas compostas por diferentes conhecimentos teóricos e técnicos com ações e metas integradas e diversificadas quanto às estratégias terapêuticas, preventivas, reabilitadoras, educativas e promotoras de saúde.

Empregando as diretrizes da Portaria GM nº 3.088/2001, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com transtorno mental e usuários de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, das Leis Federais nº 10.216/2001 e nº 8.080/1990 que dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos CAPS, o município de Aracaju, após adotar a gestão plena dos serviços de saúde, em 2002, inicia, então, o processo de implantação e implementação dos CAPS em caráter substitutivo aos hospitais psiquiátricos. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU, 2002) Atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju (REAPS) conta com 3 CAPS III, 1 CAPS-AD III, 1 CAPS-AD III infanto-juvenil, 1 CAPS Infanto-Juvenil, 1 Unidade de Acolhimento Adulto, 4 Módulos de Residências Terapêuticas e 1 Programa de Redução de Danos (PRD). Além disso, o município também oferta cuidado em saúde mental em outros níveis da assistência, com 12 Unidades Básicas de Saúde Referências em Saúde Mental com psiquiatra e psicólogo; 9 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); 1 Consultório na Rua; 1 Urgência Mental funcionando em Hospital Geral, com 16 leitos de retaguarda; 1 Clínica de Repouso, com 80 leitos de referência para todo o estado de Sergipe; e 2 Serviços Hospitalares de Referência em Saúde Mental (SHR) localizados em dois Hospitais Gerais, com 30 leitos no total; além de 8 leitos psiquiátricos no Hospital Universitário.¹

Cronologicamente, a Rede de Atenção Psicossocial de Aracaju começou a articular as ações voltadas para crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas da seguinte forma: em 23 de abril de 2004, inaugurou O CAPSi-AD-Vida servindo de referência para estratégias de enfrentamento às demandas de crianças e adolescentes com transtornos mentais graves e usuários de substâncias psicoativas, na faixa etária entre 0 e 16 anos; em 2007, o município inicia a construção de uma linha de cuidado para usuários de álcool e outras drogas, essa linha tem como um de seus objetivos ampliar as intervenções no território por meio de

1 Informações fornecidas pela Coordenação da REAPS em 3 de outubro de 2016.

ações conjuntas entre os CAPS-AD e o PRD. Respalhada pelo Decreto Federal nº 7.179, publicado em 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, Aracaju lança, em agosto de 2010, o Plano Municipal de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, contendo várias ações, dentre as quais a capacitação de todos os profissionais das equipes de Saúde da Família em saúde mental, visando, assim, ampliar e qualificar o acesso à atenção a pessoas que fazem uso prejudicial e/ou abuso de álcool e outras drogas na Atenção Básica. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU, 2010)

Em janeiro de 2013, a Coordenação Municipal de Saúde Mental define que o CAPSi-AD-Vida atenderá exclusivamente a crianças e a adolescentes com problemas decorrentes do uso prejudicial e/ou abuso de álcool e/ou outras drogas, passando este serviço a ser chamado de CAPS-AD Infanto-Juvenil Vida. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU, 2013) Este Centro foi criado para atender às demandas de toda a capital sergipana e, por conta disto, é importante e necessário que haja uma articulação constante com a rede de atenção básica. Esta articulação é fundamental para o compartilhamento do cuidado, contudo, alguns entraves foram percebidos, no processo de aproximação entre a equipe deste CAPS e as equipes das Unidades Básicas de Saúde (UBS), fazendo com que a equipe do CAPS passasse a tentar produzir novas estratégias que potencializassem tal articulação.

Neste contexto, o CAPS tem um papel estratégico, por ser um serviço que tem como finalidade deslocar o centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade, através da Rede de Atenção Básica buscando integrar o usuário a um ambiente social e cultural concreto, ou seja, ao seu território. Os CAPS também devem assumir a função na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) e PRD. Um dos dispositivos que pode contribuir para por estas funções em movimento e fortalecê-las é o matriciamento. Para Neves (2012, p. 115), matriciamento é “[...] um arranjo organizacional cujo objetivo é realizar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações de saúde para a população”.

O apoio matricial, ou matriciamento, em saúde mental tenta produzir estratégias de compartilhamento dos casos através da aproximação entre as equipes, de forma a potencializar a produção de um cuidado transversalizado intra e intersetorialmente com maior grau de resolutividade. Nesta lógica, os CAPS e as UBS devem fazer a cogestão

do cuidado de modo a organizar e integrar a assistência em um determinado território. Uma forma de exercitar a cogestão pode ser por meio do apoio matricial, que funciona como um regulador de fluxos promovendo uma articulação entre CAPS e UBS que diferencie os casos que realmente precisam ser atendidos nos serviços especializados e os que podem ser acompanhados pelas equipes de saúde da família. (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008)

Contudo, colocar em prática estratégias de matriciamento que, de fato, potencializem as articulações entre as equipes dos CAPS e UBS nem sempre é tarefa fácil. Novaes (1990) aponta para o perigo de que o princípio da hierarquização da teoria de sistemas de saúde seja tomado como uma diferença de autoridade entre quem encaminha e quem recebe o caso, ocorrendo, assim, uma transferência da responsabilidade. Motta (1997) propõe como alternativa a este perigo a construção de projetos, comissões ou supervisões que atuem de maneira horizontal, em vários departamentos, sem autoridade gerencial sobre as pessoas que os constituem. Campos (2000) sugere que tanto na gestão do trabalho em equipe quanto na clínica, a relação entre sujeitos com saberes, valores e papéis distintos possa ocorrer de maneira dialógica. Para estes três autores, os estilos de relações e articulações entre os trabalhadores dos CAPS e UBS devem se pautar em ações horizontais e na construção de linhas de transversalidade com base em procedimentos dialógicos.

Em Campinas (SP), Ballarin, Blanes e Ferigato (2012) evidenciaram que, para muitos profissionais, o entendimento sobre o que é apoio matricial e qual sua função no cotidiano do trabalho não é muito claro. Isto pode produzir conflitos de ideias nas equipes e dificultar a elaboração e pactuação de estratégias de matriciamento. Todavia, outra pesquisa realizada no mesmo município, nas UBS dos dois distritos mais populosos da cidade, constatou que a implantação de estratégias inovadoras de integração entre profissionais propiciou uma melhora na comunicação entre os níveis de atenção que, por sua vez, favoreceu a implementação de estratégias de matriciamento. Estas estratégias facilitaram os encaminhamentos entre os serviços bem como contribuíram para a melhoria da assistência de casos de saúde mental na atenção básica. (ONOCKO-CAMPOS et al., 2012)

Minozzo e Costa (2013) realizaram uma pesquisa no CAPS III da Rocinha, no Rio de Janeiro, e perceberam que, na prática de cuidado das equipes de saúde da família do território deste CAPS, ainda existem concepções vinculadas ao modelo asilar, com práticas que incentivam a hospitalização, a falta de relação com os usuários e familiares, a dependência

do saber médico e da medicação. Não obstante, em sua aproximação com as UBS de Aracaju, a equipe do CAPS-AD Infanto-Juvenil Vida percebeu algo semelhante ao que foi percebido na pesquisa citada anteriormente. Alguns profissionais e equipes destes serviços desacreditavam e desqualificavam o trabalho desenvolvido por este CAPS já que as estratégias de cuidado não estão pautadas na internação e não priorizam que os adolescentes fiquem completamente abstinente do uso de drogas. Isto faz supor que muitos profissionais que atuam na atenção básica de Aracaju ainda desconhecem as diretrizes e princípios que balizam as ações desenvolvidas nos CAPS-AD.

ENGENDRANDO UMA NOVA ESTRATÉGIA DE MATRICIAMENTO

Apesar do matriciamento fazer parte do escopo de ações do CAPS-AD Infanto-Juvenil Vida, desde o início de seu funcionamento, a relação entre este CAPS e as UBS não parecia ter um forte laço. Isto pôde ser evidenciado a partir da leitura do livro de registro deste serviço no qual é possível observar que, desde a sua inauguração, em 2004, até o ano de 2010, poucos usuários foram encaminhados pelas UBS, principalmente os que tinham como hipótese diagnóstica transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas. Isso se agravou ainda mais a partir de 2012, quando o serviço passou a atender, exclusivamente, a crianças e a adolescentes com problemas relacionados ao uso prejudicial e/ou abusivo destas substâncias. Desde então, o número de encaminhamentos pelas UBS foi cada vez menor.

Por se tratar de um dispositivo recente no campo da saúde, a operacionalização do apoio matricial no cotidiano se encontra em processo de construção, enfrentando algumas dificuldades como, por exemplo, o equívoco frequente de que o esse apoio é uma supervisão de caso e não um dispositivo que requer o envolvimento de todos na produção de pactuações sobre a forma de acompanhar um caso. (GOMES, 2006) Os Relatórios de Gestão da REAPS ajudam a evidenciar esta problemática. Em 2010, este relatório foi organizado em seis eixos e cada eixo estava dividido em: unidade produtiva, ação (descrição da atividade desenvolvida) e dificuldades/problemas. No segundo eixo, sobre cuidado no território, na unidade produtiva correspondente ao apoio matricial, pode-se encontrar, entre as dificuldades/problemas apresentadas pelos CAPS:

Inserir os casos de álcool e outras drogas nas discussões pelo fato das equipes das UBS não se acharem capacitados especificamente para essa demanda [...] dificuldade de contato com as gerentes das UBS para agendar as atividades do Matriciamento; Dificuldade em fazer com que as UBS façam e/ou atendam as solicitações para um acompanhamento compartilhado e não só realizar encaminhamentos [...]. (PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU, 2010, p. 6)

Percebe-se que estas dificuldades apontam para um distanciamento entre CAPS e UBS. A comunicação entre estes serviços ainda ocorria de maneira pouco dialógica, priorizando os formulários de referência e contrarreferência, proporcionando pouco contato entre as equipes, entre as equipes e usuários e familiares e entre as equipes e a comunidade. Este afastamento pode ter contribuído tanto para um entendimento distorcido, por parte de alguns profissionais da atenção básica, quanto ao papel do CAPS e suas ações quanto para o baixo número de encaminhamentos das UBS para o CAPS-AD Infante-Juvenil-Vida. Esta constatação mobilizou a equipe deste CAPS a inventar linhas de aproximação com as UBS que pudessem não só produzir um novo entendimento acerca das possibilidades de cuidado de crianças e adolescentes que fazem uso prejudicial de álcool e/ou outras drogas, mas, também, construir um cuidado compartilhado dos adolescentes no território.

Nesta direção, a elaboração de uma nova estratégia de matriciamento se fazia necessária. Era preciso inventar uma estratégia que facilitasse a vinculação do usuário aos serviços da rede sem que houvesse a diluição de responsabilidade. Este novo arranjo organizacional deveria permitir que os profissionais se sentissem apropriados a fazer uma abordagem qualificada sem gerar angústia nem sofrimento nos envolvidos. Deveria, ainda, romper com o sistema centrado nas guias de referência e contrarreferência que engessava o processo de trabalho no CAPS, na medida em que desresponsabilizava e alienava os profissionais em relação ao objetivo primordial do seu trabalho que é a produção de saúde. (GOMES, 2006). É neste contexto que surge, em 2013, o Mostrando a Cara do CAPS-AD Infante-Juvenil Vida, uma estratégia de matriciamento que objetiva levar informações sobre este CAPS para as UBS localizadas nos bairros que concentram a maior parte dos adolescentes atendidos pelo CAPS, de modo a fortalecer as relações entre estes serviços.

"MOSTRANDO A CARA DO CAPS-AD INFANTO-JUVENIL-VIDA"

Esta estratégia de matriciamento previa quatro etapas:

- (a) planejamento;
- (b) mapeamento dos dispositivos sociais dos bairros;
- (c) mobilização da comunidade local;
- (d) execução das oficinas.

Na primeira etapa, foram agendadas reuniões entre as equipes do CAPS-AD Infanto-Juvenil-Vida e as equipes das UBS que fazem a cobertura dos bairros Santa Maria, Santos Dumont e Coroa do Meio. Nestes encontros, a equipe do CAPS apresentou a proposta do Mostrando a Cara do CAPS-AD Infanto-Juvenil-Vida que consiste em levar atividades realizadas pelo serviço para o território, por meio de amostra de oficinas, exposição de produtos confeccionados por usuários e orientações à população através do contato direto e/ou com folhetos informativos destinados a crianças e adolescentes com problemas associados ao uso de álcool e/ou outras drogas.

Estes encontros possibilitaram uma aproximação entre as equipes dos serviços o que favoreceu que os folhetos fossem confeccionados conjuntamente, contendo informações sobre os trabalhos desenvolvidos pelo CAPS-AD Infanto-Juvenil-Vida e as UBS do bairro. Esta aproximação também permitiu que as equipes realizassem juntas as duas próximas etapas que estavam previstas: o mapeamento dos dispositivos sociais dos bairros e a mobilização da comunidade local.

O mapeamento permitiu que as ações começassem a ser articuladas com os dispositivos sociais do território previamente mapeados, a exemplo de CRAS e associações de moradores dos bairros. Aos poucos, algumas das atividades realizadas pelo CAPS-AD Infanto-Juvenil-Vida, como as oficinas de hip hop, artesanato *hippie*, origami, pintura em tecido, reciclagem em potes de sorvetes e confecção de chaveiros foram ao encontro de crianças e adolescentes, seus familiares e a comunidade em geral. Estas atividades foram utilizadas como uma ferramenta para atrair e agregar o público adolescente destes espaços. As oficinas funcionaram em dois turnos por dia, em duas UBS diferentes de um mesmo bairro. Neste ínterim, novas parcerias foram estabelecidas e o Programa Saúde na Escola (PSE), mediante o Grupo de Trabalho Intermunicipal (Getim), se tornou multiplicador da estratégia em outros bairros do mu-

nício de Aracaju. Neste encontro também se construiu uma estratégia de ação específica para as instituições de ensino.

Em 2016, o CAPS-AD Infante-Juvenil-Vida foi requalificado de CAPS II para CAPS III, ampliando as ofertas de cuidado deste serviço, com funcionamento 24 horas incluindo feriados e finais de semana. Esta mudança tornou necessárias articulações constantes com outros dispositivos da rede como: Varas da Infância e da Juventude, Conselhos Tutelares, Unidades de Abrigamento, Delegacias, etc. Assim, o Mostrando a Cara do CAPS-AD Infante-Juvenil-Vida passou a circular em outros espaços como, por exemplo, as Unidades Sócio-Educativas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste texto, buscou-se relatar, de forma sucinta, uma experiência de elaboração e execução de estratégia de matriciamento que está em curso. Inicialmente, esta estratégia teve como principal objetivo fortalecer as relações entre o CAPS-AD Infante-Juvenil-Vida e algumas UBS. Para tanto, levou a campo algumas das atividades desenvolvidas pelo serviço apostando que esta maneira de apresentar e divulgar o CAPS favoreceria o contato menos burocrático e mais intimista entre os profissionais dos serviços de saúde. Esta aposta parece estar funcionando, pois novos vínculos estão sendo formados entre serviços, equipes, profissionais, usuários e familiares, o que reforça a compreensão de que as estratégias de matriciamento devem se pautar em ações horizontais e na construção de linhas de transversalidade com base em procedimentos dialógicos.

Algumas das dificuldades que impulsionaram a elaboração desta estratégia de matriciamento seguem desafiando os profissionais do CAPS-AD III Infante-Juvenil-Vida, a exemplo da dificuldade em manter o agendamento sistemático das atividades de matriciamento, a inserção dos casos de álcool e outras drogas nas discussões com algumas equipes de UBS e a escassez de recursos materiais e humanos. Contudo, o Mostrando a Cara do CAPS-AD III Infante-Juvenil-Vida tem se configurado como um eixo organizador da intervenção no território, potente não só para aproximar o CAPS das UBS, mas também para promover novas articulações com diferentes serviços da rede intersetorial.

REFERÊNCIAS

- BALLARIN, M. L. C. S.; BLANES, L. S.; FERIGATO, S. H. Apoio matricial: um estudo sobre a perspectiva de profissionais da saúde mental. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 16, n. 42, p. 767-778, set. 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, fev. 2002.
- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA*. Lei Federal n.º 8.069/1990. Porto Alegre: Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Comunicação e Educação e Saúde, F).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Textos Básicos de Saúde, B).
- BRASIL. *Fórum Nacional de Saúde Mental Infanto Juvenil*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/relatorio_forum_2009.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes nacionais para atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção e recuperação da saúde*. Brasília, DF, 2010a. (Normas e Manuais Técnicos, A).
- BRASIL. Decreto n.º 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] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 21 maio 2010b.
- BRASIL. Lei n.º 8.662/93 de regulamentação da profissão. *Código de Ética do/a Assistente Social* 10. ed. rev. e atual. Brasília, DF: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.
- BEZERRA, E.; DIMENSTEIN, M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Psicologia ciência e profissão*, v. 28, n. 3, p. 632-645. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932008000300015>>. Acesso em: 4 fev. 2012.
- CAMPOS G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CARLINI, E. A. et al. *II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil*. São Paulo: UNIFESP: CEBRID, 2006.

CARLINI, E. A. et al. *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: UNIFESP; CEBRID; Brasília, DF: SENAD, 2010. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-E ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio-das-Redes-P%C3%BAblica-e-Privada-de-E ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2013.

DRUMMOND, M. C. C.; DRUMMOND FILHO, H. C. *Drogas: a busca de respostas*. São Paulo: Loyola, 1998.

FIORI, M. Prazer e risco: uma discussão a respeito dos saberes médicos sobre o uso de “drogas”. In: LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 141-153.

FREITAS, L. A. P. *Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites*. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. *V Levantamento nacional sobre consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: UNIFESP; CEBRID, 2004.

GOMES, V. G. *Apoio matricial: estratégia de interlocução na rede de saúde de Campinas/SP*. 2006. 80 f. Monografia (Conclusão do Curso de Aprimoramento em Saúde Mental) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2006.

IBGE. *Censo 2010*. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/SE2010.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

KARAGUILLA, M. *Tratamento do dependente químico na terapia ocupacional: o acesso à experiência criativa*. São Paulo: Zagodoni, 2013. 128p.

MARTINS, J. S.; FLACH, P. M. V. Modelo de atenção a saúde de crianças e adolescentes usuárias de substâncias psicoativas no município de Salvador-Ba. In: NERY FILHO, A. et al (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 345-366.

MARTINS, J. S.; *CAPS AD III Primavera: entre a cor cinza da técnico-burocracia e as cores vibrantes que articulam clínica e política*. 2015. 189 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Instituto Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe, São Cristóvão, SE, 2015.

MOTTA F.C P. *Teoria geral da administração*. São Paulo: Pioneira, 1997.

MINOZZO, F; C. I.; COSTA, I. I. da. Apoio matricial em saúde mental: fortalecendo a saúde da família na clínica da crise. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. 16, n. 3, 2013.

NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD, 2010.

NERY FILHO, A. Introdução: por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 11-20.

NEVES, A. V. M. *Políticas públicas de saúde para concursos*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.

NOVAES, H. M. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde – SILOS*. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Administração e Negócios, 1990.

OLIVEIRA, E. M. de; SANTOS, N. T. V. A Rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas: em busca da integralidade. In: SANTOS, L. M. de B. (Org.). *Outras palavras: sobre os cuidados de pessoas que usam drogas*. Porto Alegre: IDEOGRAF, 2010. p. 71-86. Disponível em: <<http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo48.pdf#page=72>>. Acesso em: maio 2013.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*, v. 46, n. 1, p. 43-50, fev. 2012. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v46n1/2502.pdf>>. Acesso em: jan. 2013.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

PINTO, A. G. A. et al. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 653-660, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a11.pdf>>. Acesso em: maio 2013.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju*. Aracaju, SE, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju*. Aracaju, SE, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARACAJU. Secretaria Municipal de Saúde. *Relatório de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju*. Aracaju, SE, 2013.

RAUPP, L. M.; COSTA, J. M. O ECA e as práticas de atendimento à drogadição na adolescência. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE PEDAGOGIA SOCIAL, 1., 2006, São Paulo. *Anais...* São Paulo, 2006. Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000092006000100027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: maio 2010.

PARTE IV

PREVENÇÃO E REDUÇÃO DE RISCOS E DANOS

APRESENTAÇÃO

Pensar sobre a produção científica contemporânea que trata das questões relacionadas aos usos e aos abusos de substâncias psicoativas (SPA), lícitas ou ilícitas, de algum modo implica pensar sobre os diferentes modelos de abordagem que norteiam as estratégias de intervenção implementadas no contexto brasileiro, principalmente com o propósito de controle e regulação desses usos e abusos.

Nessa perspectiva, há sempre uma discussão um tanto polarizada entre os modelos de prevenção conhecidos internacionalmente como aqueles caracterizados como proibicionistas ou de “guerra às drogas”, cuja abordagem é centralizada na substância e não no usuário; e os modelos baseados no enfoque de Redução de Danos que propõem um tipo de cuidado que contempla as consequências individuais, coletivas, sociais e sanitárias referentes ao uso de SPA. Esses últimos têm se configurado como ferramentas potentes na constituição de redes sociais por apresentarem um caráter de mobilizar sujeitos e instituições que questionam o modelo proibicionista.

A utilização do conceito de Redução de Riscos e Danos como estratégia de saúde pública, paradigma, modelo de abordagem ou política de saúde, pode variar de acordo com o entendimento dos atores sociais envolvidos ou até mesmo por conta da necessidade de adoção de uma práxis que seja capaz de dar respostas concretas às reais demandas apresentadas pelos usuários de SPA na contemporaneidade.

Portanto, este capítulo apresenta textos primorosos que possibilitam uma reflexão sobre esse binômio – Prevenção e Redução de Riscos e Danos – ao discutirem a articulação entre a saúde mental e a atenção básica permeada pela Redução de Danos; os *Espassos* da rua através do relato que narra a trajetória de uma prática com população em situação de rua na cidade de Salvador; o consumo de substâncias psicoativas entre profissionais de segurança pública; e a redução de danos e a cultura de uso sob a perspectiva da arte.

A variedade de elementos conceituais abordados nos referidos textos não apenas potencializam a reflexão crítica sob diferentes óticas do que representa a prevenção e a Redução de Riscos e Danos no cenário de cuidado aos usuários de SPA, no Brasil, bem como analisam possibilidades e limites desse cuidado, na contemporaneidade.

Monica Coutinho Cerqueira Lima

REDUÇÃO DE DANOS ENTRE A SAÚDE MENTAL E A ATENÇÃO BÁSICA

Mairla Machado Protazio

Liliana da Escossia

INTRODUÇÃO

No campo da saúde mental, a produção de um cuidado antimaniacomial às pessoas com transtornos mentais graves, severos e persistentes é uma questão amplamente discutida. Contudo, nos últimos anos, assistimos a um cenário do circo midiático em torno da dita epidemia do crack e, por isso, o tema da atenção a usuários de álcool e outras drogas também tem sido bastante abordado. Acompanhando a importância histórica do fechamento de tantos manicômios e, sem esquecer de que muitos permanecem abertos, é fundamental fazer transbordar uma discussão que não diz respeito apenas ao modo como entendemos e lidamos com os loucos ou com os drogados, mas, sobretudo, à forma como temos produzido um cuidado em rede que extravasa pelos territórios habitados.

Em meio a essas discussões, a Redução de Danos (RD) tem sido apontada por trabalhadores e usuários da saúde, pesquisadores e movimentos sociais como uma estratégia que vem dando certo. Isto ocorre em âmbito nacional e internacional, tanto em relação ao cuidado ao usuário de álcool e outras drogas (AD) quanto a um entendimento sobre as drogas como um fenômeno social a ser repensado por outra ótica. Em nosso cenário atual de discussões políticas em relação ao fazer e ao cuidado em relação aos usos e abusos de drogas, a Redução de Danos comparece como uma importante diretriz clínica e política, principalmente dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) e das ações relacionadas à Saúde Mental de forma ampla, que são, hoje, referências para o cuidado em AD.

Historicamente, foi em 1994 que ações voltadas para pessoas usuárias de drogas apareceram na agenda nacional do Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST/AIDS. Antes disto, experiências de trabalho com redução de danos no Brasil surgem em 1989, na cidade de Santos (SP), associada ao alto índice de transmissão do vírus da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. (SOUZA, 2007) Nesta época, emerge, primeiramente com a estratégia da troca e distribuição de seringas aos usuários de drogas, por parte dos grupos e organizações que estavam mobilizadas com a solução do problema da AIDS, como o Instituto de Pesquisa em AIDS de Santos (Iepas). Por volta de 1990, a gestão de saúde do município de Santos, a fim de conter a epidemia, cria o primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil, baseado especialmente na troca e distribuição de seringas. (SOUZA, 2007) É somente em 2003 que esta temática surge na Coordenação Nacional de Saúde Mental, quando da criação da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Álcool e outras Drogas. (BRASIL, 2003)

Partimos da assertiva de que nenhuma unidade ou serviço de saúde tem a capacidade de responder, de forma isolada e exclusiva, a todas as demandas e necessidades de saúde de uma população em um dado território. (LAURIDSEN-RIBEIRO; TANAKA, 2010) Sendo, assim, torna-se importante a construção de uma rede de cuidados que opere não só nos serviços de saúde, mas, também, no território da rua, das praças, das visitas domiciliares. Por isto, a necessidade da “construção de uma rede de cooperação em que as diferentes equipes possam se apoiar definindo estratégias e projetos terapêuticos que contemplem a singularidade de cada sujeito”. (TEDESCO; SOUZA, 2009, p. 14)

Tal assertiva se alinha, ainda, a duas formulações que sustentam várias políticas e práticas atuais de saúde pública: a primeira diz respeito à própria estratégia de Redução de Danos definindo-a como uma estratégia de cuidado transversal aos diferentes níveis e redes de atenção; a segunda se refere à saúde mental, sendo esta igualmente entendida como uma linha de cuidado transversal aos diferentes níveis e redes de atenção.

A partir de tais formulações, configuramos o objetivo da nossa pesquisa: dar visibilidade a um modo de cuidado que se dá “entre redes” e no qual a RD opera, simultaneamente, como dispositivo de cuidado e de articulação de redes tomando a experiência do Projeto Redução de Danos de Aracaju (PRD/AJU) como um dispositivo concreto da estratégia de RD.

Partimos de um entendimento sobre a RD como uma diretriz e estratégia de cuidado e como método clínico-político que se encontra na interface entre as ações de diferentes redes. Em nossa pesquisa, focamos nossas análises na interface entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, uma vez que, no município de Aracaju, o PRD, na estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde, faz parte da Rede de Atenção Psicossocial, sendo as ofertas de cuidado dos agentes redutores de danos consideradas como ofertas desta rede de atenção, embora muitas ações sejam também desenvolvidas junto a trabalhadores e unidades da Rede de Atenção Primária permitindo a articulação entre redes.

No percurso da pesquisa, uma questão foi importante para compor tais entendimentos e para a retomada histórica sobre a RD no Brasil: em que momento histórico a saúde mental incorpora a RD como uma diretriz de cuidado? Um rápido percurso histórico sobre a estratégia no Brasil se fez necessário para entendermos suas ações em seu surgimento nos Programas de DST/AIDS e, posteriormente, quando são incorporadas pelas ações de saúde mental. Coube saber ainda: como e onde a RD pode ser acionada como uma estratégia de cuidado? Em que medida é um dispositivo de cuidado da Rede de Atenção Psicossocial? Como a Redução de Danos se aproxima das ações da Atenção Básica?¹

Visamos, com isso, ampliar o olhar sobre a RD através de aproximações teóricas e da apresentação de uma prática profissional que vem sendo realizada, explorando possibilidades para conformar novos sentidos para a prática de RD. Além disto, ampliar, também, as possibilidades de intervenção e cuidado a usuários de álcool e outras drogas objetivando a universalidade do acesso àquela que é porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) – a Atenção Básica – e a importância da ordenação de uma rede de cuidado pautada na articulação das ações inter e intraredes.

Como “nossas escolhas de pesquisa são éticas, são sempre de algum modo políticas” (FISCHER, 2002, p. 52), assumimos compromissos com o fazer da pesquisa e com a escrita, mas, também, com o fazer cotidiano do trabalho. Ou seja, afirmamos que a escolha do tema e o modo como damos corpo à pesquisa indica o lugar de onde falamos e de quais

1 O termo “Atenção Básica” será utilizado durante todo o texto em consonância com o uso feito pelo Ministério da Saúde identificado também como “Atenção Primária à Saúde” (APS). Aqui, o termo Atenção Básica irá se referir a uma perspectiva mais abrangente de modelo e de ações de saúde, principalmente com o viés interdisciplinar e de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Para maiores informações sobre distinção e discussão, ver Paulon e Neves (2013).

experiências partimos, ao mesmo tempo em que expressa nossas implicações e compromissos.

Sendo assim, nos apoiaremos em um ponto de vista segundo o qual a teoria não está desvinculada da prática, pois, enquanto pesquisadores, estamos imersos nos problemas e possibilidades da pesquisa, estamos implicados com a produção da realidade e imersos nela. (FISCHER, 2002) Para Foucault (1993, p. 21), a indissociação entre teoria e prática se dá porque “uma teoria não expressa, não traduz, nem se aplica a uma prática, uma vez que ela é, também, uma prática”.

Buscando operar com essas premissas, a partir de (e junto com) uma pesquisa teórico-conceitual, de caráter documental e bibliográfico, seguiremos um caminho de análises e reflexões sobre uma experiência de inserção no campo da saúde, dividido nas seguintes etapas: um histórico sobre a RD no Brasil para compreendermos como se deu o surgimento das ações de RD no campo da DST/AIDS, sendo posteriormente incorporadas pelo campo da Saúde Mental; em seguida, para ilustrarmos a questão, tomaremos a nossa experiência de trabalho como agente redutora de danos no PRD/AJU, com suas particularidades, para pensá-lo como um trabalho de cuidado no território, mas, também, de articulação de redes. Por fim, forjar um entendimento de como o PRD se dá na interface entre saúde mental e atenção básica, por meio de alguns dispositivos de cuidado realizados no território tais como o acolhimento, o vínculo e a corresponsabilização entre equipes de saúde; e pensar como e onde é possível ser acionado como estratégia de cuidado tomando como referência a noção de rede.

PERCURSO HISTÓRICO DA REDUÇÃO DE DANOS NO BRASIL

Fazer um rápido percurso histórico da Redução de Danos no Brasil nos leva à questão disparadora para a nossa pesquisa: em que momento histórico a RD se instala na Saúde Mental sendo associada a uma diretriz de cuidado desta? Esta se torna fundamental para entendermos como se deu a transição das ações de RD dos Programas de DST/AIDS para as ações de Saúde Mental, analisando e identificando em que momento se constitui dispositivo de cuidado desta última.

Para Vianna (2009), a RD vai ganhando visibilidade com a epidemia da AIDS deflagrada nos anos 1980, constatando-se que a população usuária de drogas injetáveis seria um dos grupos mais vulneráveis à doença. É com base nesses dados e com as primeiras estratégias de

prevenção ao uso de drogas injetáveis e trocas/distribuição de seringas que a RD começa a se afirmar como prática de saúde possível.

No Brasil, a estratégia emerge, também, associada a um alto índice de transmissão do vírus HIV entre os usuários de drogas injetáveis, na cidade de Santos (SP). A experiência de Santos, na década de 1980, é um marco nacional das primeiras intervenções em HIV/AIDS e intervenção com usuário de drogas, pois “os fluxos de drogas se transformaram em um problema de saúde pública que acabou agenciando aos fluxos de transmissão de HIV/AIDS” e, por isso, podemos dizer que “foi no encontro desses dois estigmatizados problemas de saúde (AIDS e drogas) que a RD surgiu”. (SOUZA, 2007, p. 64)

Souza (2007) sinaliza três grandes marcos institucionais importantes para a RD no Brasil, a saber: o primeiro se refere ao ano de 1989, quando é implantado o primeiro programa de distribuição e trocas de seringas do país, na cidade de Santos. O segundo, no ano de 1994, através do Plano Nacional DST/AIDS, e o terceiro com a RD insurgindo como paradigma da Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e outras Drogas, em 2003.

A Redução de Danos enquanto estratégia de cuidado começa a aparecer no Brasil, em 1989, na cidade de Santos (SP), associada ao alto índice de transmissão do vírus da AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. (SOUZA, 2007) Nesta época, surge, primeiramente com grupos e organizações mobilizadas para a solução do problema, como o Iepas, implementando a troca de seringas como uma estratégia. A cidade havia se transformado em uma rota de tráfico e de escoamento de drogas para a Europa e para a América do Norte e, por conta da grande demanda de cocaína na cidade e do uso de drogas injetáveis, os índices de difusão do HIV aumentaram rapidamente.

Com isso, por volta de 1990, a gestão de saúde do município de Santos, a fim de conter a epidemia, cria o primeiro Programa de Redução de Danos no Brasil, baseado especialmente na troca e distribuição de seringas, projeto precocemente interrompido devido a uma ação judicial sob argumentos de que as ações realizadas incitavam uma apologia ao uso de drogas. Entretanto, as ações de RD não deixaram de ser realizadas pelos profissionais, embora esta tenha sido a época *underground* da Redução de Danos, segundo Souza (2007), pois as ações eram minoritárias, fora do aparelho do Estado e sendo realizadas, muitas vezes, de forma clandestina. Apesar disto, a RD não deixou de ganhar visibilidade no debate público sendo realizados cada vez mais estudos e pesquisas com usuários de drogas injetáveis, mobilizando trabalhadores e profis-

sionais da saúde, ONG e projetos sociais, ganhando corpo nos discursos da saúde pública, debatendo a importância das ações de Redução de Danos e do contato direto com os usuários de drogas.

Souza (2007) faz referência ao movimento da Redução de Danos como uma estratégia que surge associada temporalmente ao movimento de implementação do SUS e à Constituição Federal de 1988, relacionando-a a dois grandes movimentos que tiveram bastante proximidade: o Movimento da Reforma Psiquiátrica e o Movimento AIDS. Estes movimentos sociais se deram na década de 1980, no período de abertura política, possibilitando que diversos movimentos e grupos minoritários se organizassem contra as várias formas de dominação instituídas pelo período da ditadura. A Reforma Psiquiátrica, por exemplo, segue esse movimento de contestação tanto do totalitarismo de Estado quanto do totalitarismo do poder psiquiátrico.

Durante todo o período de lutas pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica, as ações de RD eram voltadas para as estratégias da DST/AIDS, mas as discussões sobre o fim dos manicômios e os serviços de cuidado substitutivos incluíam não só o problema da loucura, mas, também, o dos usuários de drogas cujos modelos de atenção para usuários de álcool e outras drogas substitutivos aos manicômios passaram a ser implementados em âmbito nacional, principalmente a partir da regulamentação da diretriz de desinstitucionalização. A assunção da desinstitucionalização como uma prática regulamentada legalmente ocorreu no mesmo instante em que a RD se torna uma diretriz nacional da política de saúde mental. (SOUZA, 2007, p. 52)

Cabe destacar outros marcos históricos da RD no Brasil, anteriores à incorporação desta pela saúde mental como diretriz fundamental. Segundo Vianna (2009), em 1993, o Projeto Brasil, financiado pelo Programa Nacional de DST/AIDS e pelo Banco Mundial, realizou estudos multicêntricos em cidades onde se havia detectado epidemia de AIDS entre os usuários de drogas injetáveis. Esses estudos contribuíram para demonstrar a importância e a legitimação da RD como estratégia possível como também possibilitaram que esta passasse a receber financiamento da Coordenação Nacional de DST/AIDS em convênio com o Banco Mundial por meio do “Projeto de Drogas”, direcionado apenas para usuários de drogas injetáveis. Devido às notificações de casos de AIDS em função do uso de drogas injetáveis no restante do país, as intervenções de RD puderam ser desenvolvidas em outros dez estados: Bahia, Ceará, Rio de Janeiro, São Paulo, Paraná, Santa Catarina, Rio

Grande do Sul, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. (VIANNA, 2009)

Em 1994, as ações de saúde voltadas para pessoas que usam drogas aparecem na agenda nacional do Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de DST/AIDS. Mas é somente em 1997 que a RD se fortalece como movimento social, de âmbito nacional, através da criação de associações estaduais e nacionais de redutores de danos como, por exemplo, a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), fundada em 1997; a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD), criada em 1999 com a participação de técnicos do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (Nepad); a Associação Baiana de Redução de Danos (Abareda), em 2001. (VIANNA, 2009) Para Souza (2007), é dentro desse movimento que, aos poucos, a RD foi deixando de ser somente uma estratégia de prevenção à AIDS para se tornar um dispositivo clínico-político, com discussões mais amplas sobre uso de drogas, sobre estratégias de prevenção e tratamento e abertura para novas ideias em oposição aos discursos de guerra às drogas.

Outro marco importante para a RD decorrente da legislação em saúde no Brasil é a Política do Ministério da Saúde para Usuários de Alcool e Outras Drogas, criada em 2003. Trata-se de um desdobramento das resoluções tomadas na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, cujo relatório final estabeleceu a atenção aos usuários de álcool e outras drogas como um dos princípios e diretrizes de reorientação dos modelos assistenciais em saúde mental e a RD aparece como umas das diretrizes a serem consolidadas pelas políticas de saúde mental, em um processo de integralização das ações da DST/AIDS.

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, diretrizes de cuidado aos usuários de álcool e outras drogas são sinalizadas como sendo, também, um cuidado da saúde mental, indicando a importância de se trabalhar com esta população com o objetivo de evitar internações em hospitais psiquiátricos e clínicas para tal fim. Como sinalizamos antes, essa aproximação da Saúde Mental em relação ao cuidado a usuários de álcool e outras drogas se dá devido às inúmeras discussões sobre internações psiquiátricas e manicômios realizadas em anos anteriores nos Movimentos de Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Devido à política proibicionista e antidrogas, o tratamento com usuários de álcool e outras drogas era realizado somente com internações, reforçando, mais uma vez, o modelo hospitalocêntrico tão combatido pela Reforma Psiquiátrica.

O documento da Conferência supracitada aponta, também, que, além da necessidade de criação de serviços de saúde especializados

para esse público, é possível e recomendado que o cuidado ao usuário seja realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (ou Unidades de Saúde da Família (USF)), ressaltando estes serviços como porta de entrada, de acordo com os níveis de complexidade. Logo em seguida, aponta a estratégia de Redução de Danos como um dispositivo importante para o cuidado na comunidade. É nesse momento que a Saúde Mental passa a operar com a RD enquanto dispositivo de cuidado, coincidindo com o momento em que a questão de álcool e drogas se torna um problema psicossocial e o tratamento e cuidado passa a ser considerado como de responsabilidade da saúde mental.

Outros marcos nacionais também são importantes para localizarmos a incorporação da RD como um dispositivo e uma estratégia do campo da Saúde Mental: em 2002, a Portaria n° 336 regulariza a criação dos CAPS-AD; em 2003, o uso/abuso de drogas aparece na agenda da Coordenação Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde, no mesmo ano em que é lançada a Política Integral de Atenção a Usuários de Álcool e outras Drogas. O documento da política traz a Redução de Danos como uma estratégia que deu visibilidade aos usuários de drogas no SUS na época em que o diagnóstico e prevenção de HIV eram prioridades e ainda aposta em “uma abordagem ao problema abusivo de álcool e drogas a partir da RD, entendida como um método clínico-político e um paradigma norteador desta política de saúde pública”. (SOUZA, 2007, p. 2) Ainda no mesmo ano, o Ministério da Saúde instituiu, através da Portaria GM 457, de 16 de abril, o Grupo de Trabalho Interministerial – Grupo de Álcool e outra Drogas (GAOD) – com o objetivo de intervir nas políticas públicas voltadas aos usuários de drogas, afirmando-as como políticas de saúde; em 2005, o Ministério da Saúde lança a Portaria n° 1.059 destinando incentivo financeiro para o fomento de ações de Redução de Danos nos CAPS-AD, comparando assim como um paradigma e um método na Política de AD. Diante desse cenário, percebemos como os programas/projetos e ações de Redução de Danos se deslocaram do campo exclusivo das DST/AIDS para a assistência em saúde mental.

REDUÇÃO DE DANOS EM ARACAJU

Para traçar e mapear alguns momentos históricos da Redução de Danos em Aracaju utilizamos alguns arquivos, projetos, fotos, ofícios que existiam na Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju (SMS/AJU),

além de conversas com antigos redutores de danos e registros da nossa própria experiência como redutora desde 2011 – diário de campo, material de capacitação, bibliografia especializada, registros de reuniões, relatos de redutores mais antigos do projeto bem como os primeiros resultados da pesquisa “Cartografando políticas e práticas de Redução de Danos no SUS/Aracaju” realizada durante o ano de 2012/2013, pela professora Dr^a. Liliana da Escóssia, com um grupo de quatro bolsistas do curso de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

Nesse resgate cartográfico, pontuamos os principais acontecimentos que marcaram seu surgimento, os diferentes formatos assumidos – como programa e como projeto –, as mudanças ocorridas em relação a seu objeto e objetivo de cuidado, suas diferentes vinculações institucionais com ênfase para a vinculação com a Rede de Atenção Psicossocial (a rede de saúde mental) de Aracaju. Nosso objetivo foi realizar um paralelo entre a história do PRD/Aracaju e esta rede – mostrando seus pontos de imbricamento/articulação –, permitindo-nos uma aproximação com o nosso objeto de estudo: a articulação produzida pelo PRD entre a saúde mental e a atenção básica, ou se quisermos ser mais precisos, entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Primária.²

As ações de RD em Aracaju se iniciam no final de 2002, através de um projeto temporário de dois anos ligado ao Programa DST/AIDS, com financiamento do Ministério da Saúde. Eram ações pontuais justificadas pelo crescente número de novos casos de infectados por HIV/AIDS. Durante os primeiros contatos, os usuários apontavam a possibilidade de terem contraído o vírus através do compartilhamento de seringas no uso de drogas injetáveis. Segundo relatos do atual coordenador do PRD/AJU, entre os anos de 2003 e 2006, o número de casos de infecção de HIV/AIDS por compartilhamento de seringas foi diminuindo e, desde 2006, não foram notificados novos casos. É possível que tenha havido subnotificação de casos, mas, de qualquer modo, houve uma diminui-

2 Como apontado na nota de rodapé anterior, o Ministério da Saúde, em documentos recentes (BRASIL, 2012), considera equivalente os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária”. No nosso texto e, principalmente neste capítulo, Atenção Primária irá se referir à denominação utilizada pelo modelo organizacional da SMS/AJU para se referir aos serviços das Unidades de Saúde da Família e Equipes de Saúde da Família localizados na Rede de Atenção Primária. Iremos nos referir à Atenção Básica em uma perspectiva mais abrangente de modelo e ações de saúde, principalmente com o viés interdisciplinar e de porta de entrada do SUS. A mesma referência é feita aos termos “Saúde Mental” e “Atenção Psicossocial”. Para o nível de organização da SMS/AJU iremos nos referir à Rede de Atenção Psicossocial, aos serviços e equipamentos de saúde especializados no cuidado ao transtorno mental e ao uso de álcool e outras drogas do município.

ção acentuada, o que justificou a continuidade das ações de redução de danos na cidade.

Em 2005, o convênio com o Ministério da Saúde se encerra e a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju assume o Projeto Redução de Danos através do Programa DST/AIDS com recursos do Plano de Aceleração e Metas (PAM). Nesse período, a equipe de redutores de danos era composta por seis pessoas e estava ligada ao Programa DST/AIDS da SMS/AJU. Concomitante ao trabalho de prevenção ao uso de drogas injetáveis e compartilhamento de seringas do Projeto Redução de Danos, o Programa DST/AIDS contava com um projeto paralelo chamado Programa de Apoio às Profissionais do Sexo (PAPS), existente desde 2004, com ações específicas de educação em saúde e prevenção às DST voltadas para profissionais do sexo, em que a principal ação era a distribuição de preservativos masculino e feminino em diferentes pontos da cidade e prostíbulo. Havia uma clara distinção entre o PRD e o PAPS – o primeiro atendendo os usuários de álcool e outras drogas e o segundo somente a profissionais do sexo –, porém, como no PRD a distribuição de preservativos era também uma prática constante e ocorriam atendimentos às profissionais do sexo usuários de álcool ou outras drogas, os redutores de danos foram assumindo aos poucos essas ações, devido à similaridade das intervenções em prevenção e promoção à saúde.

Tendo em vista a similaridade das ações desenvolvidas pelos dois grupos e visando ampliar a equipe, em abril de 2007, ocorre uma união entre o PRD e o PAPS. Sem nenhuma discussão mais formalizada e fundamentada, talvez somente por uma questão de nomenclatura e/ou diferenciação, muda-se o nome de “projeto” para Programa de Redução de Danos. Com isso, a equipe passa a ser composta por oito profissionais e formaliza-se o trabalho de atendimento às/aos profissionais do sexo, através de distribuição semanal de preservativos, mapeamento dos prostíbulos, reconhecimento das demandas, além de se intensificar as ações em pontos da cidade e dias da semana em que havia maior concentração desse público.

Aos poucos, o PRD/AJU foi mudando sua característica e foco de trabalho. Antes, as ações eram voltadas para o usuário de cocaína injetável justificadas pelo crescente número de casos de HIV/AIDS. Com o tempo, esse usuário praticamente desaparece e as ações se voltam para a prevenção à DST/AIDS junto às/aos profissionais do sexo – naquela época, crescia o número de mulheres e de travestis nas ruas e novos prostíbulos eram abertos. Já por volta de 2007 a 2009, o PRD/AJU continuava trabalhando com práticas seguras de relações sexuais e o

uso de drogas volta a ser pauta deste programa. Mas o momento era de discussão de outras práticas e novas estratégias relacionadas ao uso de maconha, ao uso abusivo de álcool e ao uso de crack: aos poucos, apareciam alguns casos. Tendo em vista que essas novas ações não estavam tão relacionadas com os critérios epidemiológicos da DST/AIDS e seguindo especificações e diretrizes nacionais – como a III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) e a Política Nacional do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Álcool e outras Drogas (2003) –, o PRD/AJU, em agosto de 2009, se transforma em oferta de cuidado da saúde mental pela Rede de Atenção Psicossocial (Reaps) da SMS/AJU.

Vejam os em que medida a história do PRD/AJU se encontra, de alguma maneira, com a história da saúde mental, em específico com as ações e cuidados aos usuários de álcool e outras drogas. O seu surgimento como oferta de cuidado do Programa DST/AIDS aos usuários de álcool e outras drogas ocorre em 2002, como citado no início do capítulo, mesmo ano de inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD Primavera). Em 2002, o Projeto tinha como espaço físico de referência o Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) devido aos objetivos do projeto na época. Já o CAPS-AD Primavera é inaugurado em um bairro da cidade localizado próximo ao centro, sendo hoje o bairro de maior concentração de clínicas e hospitais particulares. Em 2003, o CAPS-AD Primavera se muda para um prédio cedido à SMS/AJU localizado longe do centro da cidade e perto da praia, onde, antigamente, funcionava um mercado municipal de carnes. Em sua tese de doutorado, Vasconcelos (2013) faz a seguinte observação sobre o uso deste espaço para um CAPS-AD:

As carnes expostas já não eram as mesmas, embora o espaço utilizado continuasse o sendo. Nele, foram realizadas algumas poucas reformas, sobretudo referentes à instalação de salas construídas por meio de divisórias de madeira formicada. Nesse espaço ‘reformado’ já não se trata mais do antigo mercado municipal de carnes, ali funciona o Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS AD). (VASCONCELOS, 2013, p. 65)

O ano de 2003 é marcado por algumas mudanças: além da mudança do espaço físico do CAPS AD Primavera, há a transferência do PRD/AJU para este serviço, já que o espaço era grande o suficiente para acolher as duas equipes e, também, por atenderem ao mesmo público. Entre mudanças de perspectivas teóricas, diretrizes nacionais de cuidado, dispositivos organizacionais e processos de trabalho, aos poucos, a redução de danos enquanto estratégia é apropriada pela lógica de cuidado da

Rede de Atenção Psicossocial da SMS/AJU. Para o PRD, o CAPS-AD se torna um serviço de referência pelo fato de compartilhar o mesmo espaço físico e alguns processos de trabalho, ao mesmo tempo em que possibilita a experiência de apropriação de uma modalidade de tratamento/cuidado mais institucionalizado. Para o CAPS-AD, o PRD e as estratégias de RD se tornam referência pelo cuidado diferenciado e, especialmente, pelas abordagens na rua.

Assim, as ações do PRD/AJU vão se aproximando cada vez mais da saúde mental, em especial do serviço do CAPS-AD. Sem muito planejamento, apenas pela capilarização das ações, os redutores de danos participavam de reuniões de equipe técnica, reuniões de miniequipe, facilitavam oficinas e palestras fixas no serviço, conduziam a assembleia dos usuários, faziam visitas domiciliares e apoio matricial em conjunto, participavam do planejamento anual do CAPS-AD e eram técnicos de referência para alguns usuários, dentre outras ações.

Em 2009, como supracitado, a Rede de Atenção Psicossocial da SMS/AJU incorpora o PRD/AJU como um dispositivo de cuidado a usuários AD e este passa a fazer parte da oferta de serviços desta rede de atenção. Além das especificações e diretrizes nacionais, esta incorporação se deu, provavelmente, também, pela evolução das ações de redução danos durante os anos. Como dito acima, estas passaram de simples ações na rua, de simples estratégias de redução de riscos e danos para um cuidado mais refinado, com discussões de casos e uma experiência de cuidado institucional muito próximo do que era realizado ou almejado pela Saúde Mental. O mesmo não acontecia nos espaços formais de discussão do Programa DST/AIDS, já que este trabalha mais com dados epidemiológicos e discussões de casos não tinham muito espaço.

De agosto de 2009 a janeiro de 2010, a contratação dos redutores se dá através de um contrato de emergência (inexigibilidade ou licença de contratação) justificado pelo *boom* do crack, que começa a despontar em 2008 – o que não garantia melhores condições de trabalho para os/as redutores(as). No final de janeiro de 2010, é realizada uma parceria com uma ONG do município e os oito redutores de danos são contratados com carteira de trabalho assinada com a função de “agente de saúde”.

Esse convênio permaneceu durante os meses de fevereiro e março de 2010, até que, no final de março de 2010, foi suspenso, de forma brusca, devido a problemas administrativos. De abril de 2010 a julho de 2011, o PRD/AJU continua interrompido e são feitas inúmeras tentativas para nova contratação e seleção de agentes redutores de danos.

Em agosto de 2011, é lançado um edital de Processo Seletivo Público Simplificado para contratação de 16 agentes redutores de danos por tempo determinado (um ano, com renovação de contrato por mais um). Alguns critérios foram estabelecidos para esta seleção: ter nível médio completo e ter participado de algum curso de formação, de algum evento ou capacitação com carga horária mínima, nos últimos cinco anos, na área de Saúde Mental, DST/AIDS ou álcool e outras drogas. Foi criada, também, uma pontuação da experiência de trabalho comprovada nessas áreas como: Saúde Mental, atendimento a pessoas em situação de rua, trabalhos/atendimentos com usuários de álcool e outras drogas, profissionais do sexo, adolescentes em cumprimento de medida socioeducativa, dentre outras.

Em outubro de 2011, o PRD/AJU foi retomado, com 16 agentes redutores de danos, dentre estes, quatro redutores da primeira formação do projeto. Esta nova modalidade de contratação é considerada como um avanço no projeto, pois, além da melhoria do salário, há a garantia os direitos trabalhistas. Nesse retorno, o nome “projeto” volta com o objetivo de diluir e difundir as ações de redução de danos para além do PRD, ou seja, a ideia é que estas fossem transversais e não ações específicas de um só programa.

É nesse momento que a história do PRD/AJU se encontra com a minha: sou uma das redutoras a assumir a função nesse novo formato do projeto. É, portanto, deste lugar e do lugar de pesquisadora que estabeleço conexões entre as experiências vividas em dois anos de trabalho.

Analisando a situação passada e atual dos projetos de Redução de Danos do país, Lancetti (2011) destaca que a maioria dos projetos/programas encontram dificuldades para a instalação e desenvolvimento de ações mais específicas para os usuários de drogas, sendo preciso, muitas vezes, voltar atrás com certas estratégias a fim de garantir a continuidade do trabalho. Foi o caso, por exemplo, da tão conhecida experiência de Santos, na época da distribuição de seringas, por volta dos anos 1990, em que o secretário de saúde e o diretor da DST/AIDS da época foram processados e acusados de incitar o uso de drogas. Outras experiências não conseguiram prosseguir ou avançar, por falta de sustentabilidade, mudanças de gestão política ou por impasses relacionados à concepção de tratamento de uso de drogas do governo e, também, devido a ações repressoras, por parte da polícia, dentre outros motivos. Essas e outras dificuldades fazem parte do histórico de experiências em Redução de Danos pelo país. Consideramos que este campo de trabalho, mesmo tendo passado por todo um processo

de institucionalização, continua sendo um lugar de embates, desafios e enfrentamentos.

Em Aracaju, podemos dizer que o PRD, até o momento da nossa pesquisa, se configura como uma importante diretriz/estratégia de cuidado a usuários(as) de álcool e outras drogas da Rede de Atenção Psicossocial através da SMS/AJU e vem conseguindo garantir sua institucionalidade mantendo, de distintas maneiras, o seu trabalho. Dificuldades existem e podemos elencar algumas: poucas articulações intersetoriais; enfrentamento com os encaminhamentos da justiça; falta de apostas e parcerias de outros profissionais e serviços de saúde; certas faltas e deficiências em relação às condições de trabalho dos(as) redutores; precariedade nos contratos, uma vez que a contratação que não é efetiva e sim, temporária. No entanto, podemos dizer que se trata de uma experiência singular que, a cada dia, vem fixando suas ações institucionalmente. Além disso, é campo de aposta não só da SMS/AJU, mas, também, de grupos de pesquisadores e estudantes das universidades. Hoje, é campo de estágio obrigatório para alunos(as) de Psicologia da UFS, campo de pesquisa de alunos(as) e professores(as) do Departamento da área (a exemplo da pesquisa citada no início do capítulo), campo de formação, também, para alunos(as) residentes em saúde coletiva, e campo de trabalho de alunos(as) bolsistas e profissionais-preceptores do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde Mental).

No que diz respeito às práticas atuais do PRD/AJU, apontamos, também, para uma mudança: se antes estavam bastante imbricadas ao trabalho do CAPS-AD, hoje as USF da Rede de Atenção Primária são as maiores referências para o trabalho dos redutores, ou seja, para o cuidado que esta presta ao usuário(a) no território. Para os(as) redutores de danos, as Equipes de Saúde da Família tornaram-se importantes referências tanto em relação ao cuidado imediato ao usuário quanto às parcerias e articulações de trabalho. Podemos dizer que esta relação se dá por dois motivos: primeiro, por serem as Equipes o dispositivo mais reconhecido e próximo da comunidade; e, segundo, pela concepção de trabalho no território.

É a partir dessa relação entre práticas atuais do PRD/AJU e da Rede de Atenção Primária, através das ações de tais equipes e do equipamento da USF, que analisamos as possibilidades de articulação entre esta e a saúde mental, enfatizando os conceitos-dispositivos que operam tal articulação como: território, acolhimento, vínculo e co-responsabilização. Partimos de uma pergunta: como o PRD/AJU tem operado essa

articulação “entre redes”, mais especificamente entre a Rede de Atenção Psicossocial e a Rede de Atenção Primária?

ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

Quem tem consciência pra se ter coragem
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Inventa contra a mola que resiste
(APOLINÁRIO; RICARDO, 1973)

Quando afirmamos acima que o PRD é um dispositivo “da saúde mental”, além de estarmos nos referindo ao fato de este projeto ser hoje, em Aracaju, uma oferta da Reaps, estamos também nos aproximando da noção de Rede Temática de Atenção Psicossocial, preconizada e efetivada pelo Ministério da Saúde em 2011. Segundo dados do Ministério da Saúde (2012), as redes temáticas prioritárias foram pensadas e organizadas a partir da necessidade de enfrentar vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou populações. Essas redes temáticas fazem parte da Rede de Atenção à Saúde (RAS) coordenada e orientada a partir das ações da Atenção Primária em Saúde. Foram priorizadas a construção de cinco redes, a saber: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas e a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência. A Rede de Atenção Psicossocial, a que nos interessa, é uma das ações transversais da RAS cuja prioridade é o enfrentamento ao álcool, crack e outras drogas.

As redes temáticas se propõem a ser transversais, ou seja, atravessam diversos campos de atuação, possibilitando um grau de comunicação e interseção maior entre estes e não são específicas de determinados programas ou serviços de saúde, mas se inserem em toda rede SUS. Segundo Benevides e Passos (2005, p. 393):

Aumentar os graus de transversalidade é superar a organização do campo assentada em códigos de comunicação e de trocas circulantes nos eixos da verticalidade e horizontalidade: um eixo vertical que hierarquiza os gestores, trabalhadores e usuários e um eixo horizontal que cria comunicações por estames. Ampliar o grau de transversalidade é produzir uma comunicação multivetorializada construída na intercessão dos eixos vertical e horizontal.

Dessa maneira, entendemos que organizar a atenção à saúde mental em rede é priorizar a produção do cuidado integral em toda a rede SUS sem se restringir a serviços específicos da estrutura organizacional da Rede de Saúde Mental (rede que, em alguns municípios, pode assumir diferentes nomenclaturas como Rede de Atenção Psicossocial ou Coordenação de Saúde Mental) como CAPS, residências terapêuticas, urgências mentais, etc. O cuidado em saúde mental transversal possibilita que este seja realizado em qualquer instância, favorece um cuidado menos especialista, descentraliza certo modelo de saúde voltado para eixos verticais e horizontais e pode evitar a utilização desnecessária de recursos assistenciais mais complexos. Dimenstein e colaboradores (2005) apontam que, diariamente, são identificadas demandas em saúde mental na atenção básica por profissionais das equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), demandas e situações que, por vezes, requerem intervenções imediatas, como, por exemplo, problemas associados ao uso prejudicial de álcool e de outras drogas, aos egressos de hospitais psiquiátricos, ao uso inadequado de benzodiazepínicos, aos transtornos mentais graves e a situações decorrentes da violência e da exclusão social.

Alguns autores (PAULON; NEVES, 2013; DIMENSTEIN et al., 2005; 2009) em pesquisas no campo da Saúde Pública apontam que a Atenção Básica tem sido pensada como um lugar estratégico para se efetivar mudanças no modelo de saúde, mudanças que apostem e possibilitem uma certa lógica de cuidado diferenciado, menos hospitalar, menos centralizado e medicalizante, não restrito à cura de doenças, mais focadas no eixo territorial, com base em ações de promoção e prevenção à saúde. Estas mudanças são importantes para a superação do modelo hospitalocêntrico de atendimento a usuários com transtorno mental e uso/abuso de álcool e outras drogas, superação esta tão discutida, debatida e motivo de luta do movimento da Reforma Psiquiátrica. É nesse sentido que a Atenção Básica tem sido campo privilegiado de estudos, pesquisas, intervenções e inovações do cuidado em saúde mental.

Como o foco da Rede Temática prioritária de Atenção Psicossocial é o enfrentamento ao uso de drogas, temos a hipótese de que o Projeto Redução de Danos pode operar aí como um dispositivo concreto da linha de cuidado que atravessa as redes de saúde, ou seja, as redes da estrutura organizacional da SMS/AJU. Um dos objetivos da Redução de Danos é operar na intersectorialidade, convocando-a através da articulação com outras redes como a assistência social, educação e justiça.

Entendemos que, na Atenção Básica, essa linha de cuidado em saúde mental tem uma enorme potencialidade já que a inclusão da RD como uma das ações de saúde se configura como uma abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde. É através de alguns conceitos-dispositivos como território, acolhimento e corresponsabilização, do entendimento da integralidade na saúde que analisaremos mais adiante essas possibilidades.

Como um dos princípios da Atenção Básica é possibilitar o primeiro acesso das pessoas ao SUS (é sua “porta de entrada”), temos, portanto, as USF (ou UBS) como referência em saúde nos territórios e, por isto, este contato possibilita que os profissionais de saúde conheçam a vida das pessoas, suas necessidades de saúde e o contexto em que vivem. (BRASIL, 2013) Assim,

É nessa perspectiva que a saúde mental deve ser entendida, como um campo de intervenção prioritário também para as equipes do Programa de Saúde da Família (PSF), pois têm a potencialidade de: atuar não só na unidade, mas no espaço social onde a comunidade vive e circula; estabelecer vínculos de compromisso e corresponsabilidade com a população; trabalhar norteados por uma perspectiva ampliada sobre os modos de vida, de saúde e doença articulada ao contexto familiar e cultural; intervir sobre fatores de risco aos quais a comunidade está exposta por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, visando interferir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade. (DIMENSTEIN et al., 2009, p. 65-66)

Para a Redução de Danos, vínculo e acolhimento são estratégias peculiares de cuidado, pois é a partir do diálogo sobre o uso de drogas, sem julgamentos e repreensões, que se produz uma abordagem em favor de uma ampliação da clínica, mais ética, voltada para o encontro e o fazer junto. Tudo isto parte do pressuposto de que o uso de drogas sempre esteve presente na humanidade, de que nenhuma substância é ruim em si mesma, isolada em seus efeitos e, sendo assim, não pode ser considerada independentemente das condições de uso do indivíduo e de suas condições psíquicas. (PROTAZIO, 2015) Com isto, a abordagem baseada na redução de danos se propõe a minimizar as consequências adversas ao uso de drogas por meio de intervenções e estratégias de prevenção e promoção à saúde junto aos seus usuários, reafirmando o acesso à saúde como direito de todo cidadão.

Tomando como base essas ideias, entendemos que um cuidado em AD produzido na articulação entre saúde mental e a atenção básica

permite ao PRD ampliar suas ações e técnicas e se colocar como um operador de articulação dessa rede de cuidados. Dessa forma, tem-se a possibilidade de um manejo cotidiano com a diretriz da clínica ampliada, com construção de projetos terapêuticos singulares, os dispositivos-conceitos de território, acolhimento, vínculo e corresponsabilização na direção de um “cuidado que se faz e se quer antimanicomial”. (VASCONCELOS, 2013) Ao se utilizar de técnicas e dispositivos experimentados por ambas as redes de atenção, o PRD se torna um articulador da saúde mental na atenção básica, no que se refere ao cuidado a usuários AD, já que “o que unifica o objetivo dos profissionais para o cuidado em saúde mental devem ser o entendimento do território e a relação de vínculo da equipe de saúde com os usuários”. (BRASIL, 2013, p. 22)

Dessa maneira, é possível afirmarmos que, para que ações de saúde mental sejam efetivas na atenção básica, é necessária a construção cotidiana dos encontros, o compartilhamento de ideias e ações na criação ou inovação de ferramentas. Nesse sentido, a Redução de Danos enquanto estratégia ou prática de cuidado tem muito a contribuir e, de forma mais concreta, tem contribuído, considerando a experiência do PRD de Aracaju.

Lancetti (2011) amplia o conceito de Redução de Danos para além de uma estratégia de redução de riscos e danos ou como uma prática de saúde pública definida por uma série de procedimentos destinados a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas. Para o autor, a RD está fundamentada na ideia muito simples de minimizar os efeitos prejudiciais do consumo de drogas, mas, na prática, lida com questões mais complexas como enfrentamentos políticos, embates, resistências, processos subjetivos, manejos clínicos, dentre outros. Por muito tempo, a Redução de Danos no Brasil se resumiu a um cardápio de práticas, entretanto, podemos afirmar que está para além disso, pois diz respeito a “como esse cardápio pode ser traduzido numa ética, como se extrapola isso para todo e qualquer lugar, como a RD ganha potência de intervenção política”. (PETUCO, 2013, p. 10)

A Redução de Danos, quando analisada na sua capilaridade, é menos uma diminuição do risco e mais uma ampliação da vida. (LANCETTI, 2011) Sua abordagem pressupõe tecnologias relacionais centradas no acolhimento, vínculo e confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa a um certo cuidado, caracterizando-se como uma abordagem menos normalizadora e prescritiva, uma vez que busca não ditar e impor atitudes adequadas mas mapear possibilidades e desejos dos sujeitos.

Assim, o tipo de abordagem e cuidado clínico não está distanciado dos trabalhadores das equipes de saúde da família, pois o trabalho articulado com as equipes de redutores de danos permite tornar o território um dispositivo de cuidado, descentralizar os serviços, apostar no deslocamento do olhar do “especialista” como única resposta às demandas e considerar outros fazeres/saberes na produção de estratégias de cuidado. (PAULON; NEVES, 2013) Esse tipo de clínica possível “é vital para a elaboração de territórios existenciais inéditos, [...] e é vital também porque nos permite fugir da posição de derrota e de impotência a que nos condenam as campanhas antidrogas e a ideologia da abstinência”. (LANCETTI, 2011, p. 85)

Em entrevista com Antonio Lancetti (2011), Domiciano Siqueira conta a experiência do primeiro grupo de redutores de danos de Porto Alegre, em 1996 – época em que eram chamados de monitores – e que realizavam os trabalhos de campo em regime de plantão nas Unidades Básicas de Saúde. Conta que foi através destes plantões que toda a equipe foi estabelecendo vínculo com a população do território e ocorreu a continuidade das estratégias de troca de seringas. Trazemos essa experiência – e não uma experiência tão recente – para nossa pesquisa como forma de aposta nas possibilidades de articulação entre a Redução de Danos e a Atenção Básica no âmbito do cuidado em AD da saúde mental que, de alguma maneira, traz similaridades com as experiências de trabalho do PRD/AJU no âmbito de articulação entre a Reaps e a Rede de Atenção Primária (REAP).

Para entender e dar pistas das possibilidades dessa interface do cuidado em rede, faremos uma análise de alguns dispositivos-conceitos com base em experiências vivenciadas no campo do cuidado clínico em álcool e outras drogas em Aracaju.

Pista I: Para um cuidado em AD comprometido com o território

No nível de atenção à saúde da Rede de Atenção Primária, algumas características são fundamentais para que seja pensada como um lugar estratégico para as ações de saúde mental, em especial, ações de redução de danos para um cuidado em AD. A principal característica é a inserção territorial das ações de saúde e a possibilidade de produzir cuidado ao usuário dentro do seu contexto de vida. Planejando-se e executando-se ações de acordo com o contexto local, com as demandas sociais de determinada localidade, de forma longitudinal e contínua, cria-se condições mais favoráveis para o estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Para Paulon e Neves (2013), estas carac-

terísticas são potentes à medida que favorecem a conquista da integralidade e o aumento da resolutividade no cuidado ao usuário.

Aprender a olhar para o território buscando identificar e utilizar os recursos ali existentes constitui um dos grandes desafios para a efetivação da integralidade do cuidado, pois se mostra como potencial para criar redes de relações, redes de afetos, redes de apoio, outras articulações com dispositivos territoriais, alianças e vínculos. A produção de cuidado no território se apresenta, desta forma, em movimento e em constante invenção: para além da rede instituída e da doença diagnosticada. Contudo, permanece um grande desafio: como encontrar e ativar recursos de singularização locais existentes criando uma intensa porosidade entre o serviço e os recursos do seu território? Desafio que aposta em criar, nos locais precários e homogêneos, “outros recursos, inventar e produzir espaços, ocupar o território da cidade. Penso aqui na falta de ofertas e de espaços para o lazer, a produção cultural, na maioria das cidades. Sequer o cinema, produto da cultura de massas, sobreviveu”. (YASUI, 2010, p. 4)

A perspectiva de territorializar o cuidado ganhou centralidade nas políticas e portarias do Ministério da Saúde e nos estudos voltados para o campo da saúde pública, nas últimas décadas. Ressalta-se que a noção de território aqui utilizada não se restringe a um espaço geográfico, uma área física delimitada ou uma organização territorial dos serviços de saúde com limites precisos. Trata-se de um cenário em que a vida acontece ou que “configura-se pelo espaço habitado, marcado pela subjetividade humana, pelas relações afetivas, de pertencimento. O território é uma noção dinâmica, fluida, viva, pulsante, mutante”. (DIMENSTEIN et al., 2013, p. 42) Conhecê-lo, portanto, é fundamental para o planejamento das estratégias e políticas públicas, pois, desta maneira, se conhece o local, quem habita o território, as relações afetivas, as trocas, as tensões, as necessidades.

Para o PRD/AJU, o trabalho no território – não só o institucional, mas, também, a rua, a casa, a praça, o beco, a boca de fumo – é a ação principal de abordagem aos usuários de álcool e drogas. É através deste que é possível, muitas vezes, chegar onde os serviços de saúde não chegam; é através de ações no território que o PRD participa da produção de uma rede de cuidados e aproxima as pessoas dos serviços de saúde. Domiciano Siqueira, em entrevista a Lancetti (2011), relatando uma experiência de trabalho em redução de danos, comenta sobre a importância do agente redutor de danos em contextos como, por exemplo, a favela. Apesar da existência da unidade de saúde na região, muitas

vezes, os moradores das favelas não se adequam ao tipo de atendimento e horário de funcionamento desta, por fazerem parte de outra dinâmica de vida, seja pelas especificidades do modo de funcionamento de uma favela, seja pelos horários de trabalho, compromissos, dentre outros. Sendo assim, muitas vezes, o redutor de danos, através do trabalho de campo, das abordagens cotidianas fora dos serviços de saúde, consegue chegar onde outros serviços de saúde não alcançam.

A forma de operar o trabalho através das redes de conversações e das redes afetivas produzidas nos encontros e nas relações de cuidado nos territórios de vida das pessoas, nos faz lembrar de algumas experiências no SUS. Nas abordagens de campo, como RD, em uma praça do centro da cidade de Aracaju frequentada por usuários de álcool e próxima à USF da região, ouvíamos de tudo: demandas de saúde que iam desde dores de cabeça a pés machucados, dores de dente, mágoa de traição, tosse por muitos dias, dor de cotovelo, sofrimentos amorosos, etc. A experiência em questão se dá com um usuário que reclamava de muita dor de dente e nunca conseguia chegar à USF por diversos motivos: não ter residência (e, conseqüentemente, não ter cartão do SUS), não saber por quem procurar no posto de saúde, não ter sido atendido com calma, só usar pouca roupa e estar constantemente sob o efeito de álcool. Tais questões poderiam ter sido comumente ouvidas por usuários e trabalhadores de qualquer lugar do país.

Com muita conversa, tanto com o usuário quanto com os profissionais da saúde bucal da USF, conseguimos aproximá-los para resolver o dente que doía, mas com uma condição imposta pelos dois: a redutora de danos deveria estar presente na sala do dentista ajudando na consulta “caso acontecesse alguma coisa”. Acontecer o quê? O que poderia acontecer ali que a redutora estaria a postos para resolver? Parecia absurdo, mas era o possível no momento. Era necessário que ambos, profissionais e usuário, criassem uma maneira para que o cuidado fosse realizado, ultrapassando, assim, os limites do serviço de saúde que não atendia sem o cartão do SUS, os limites do usuário, dos profissionais em atender, ultrapassando os estigmas sobre a condição do uso de drogas, superando as barreiras que agravam certas vulnerabilidades.

Fica claro que o trabalho realizado no território, no cotidiano dos serviços e das pessoas, possibilita inúmeras intervenções que se dão no encontro. Cabe destacar aqui a questão colocada por Teixeira (2003), quando afirma que houve uma mudança na problemática atual dos serviços de saúde. Antes, era a garantia a todos ao acesso universal no SUS e a expansão de serviços de saúde os maiores embates e

lutas; hoje, a discussão gira em torno da qualidade dos atendimentos e do modelo de atenção operante nas unidades de saúde. Decerto não se está querendo dizer que o problema da universalidade do acesso esteja simplesmente resolvido em termos quantitativos. Mas o autor aponta para a necessidade de uma efetiva “mudança na relação de poder técnico-usuário”. Já dá pistas, com isto, de sua proposição de redes de conversação quando diz que “a pretendida reversão do modelo tecno-assistencial muitas vezes se parece mais com uma reversão do modelo comunicacional em vigor nos serviços”. (TEIXEIRA, 2003, p. 100)

De uma forma geral, o que está em jogo, hoje, é a relação trabalhador-usuário nos serviços, para além – mas junto – da construção de um vínculo/responsabilização. Nesse processo, a discussão sobre o acolhimento nas unidades ou a problemática da qualidade do acesso, da recepção dos usuários nos serviços ou, ainda, a problemática do acesso e cuidado àqueles que não conseguem chegar aos serviços de saúde vem adquirindo importância. Ou seja, o que está em questão hoje são as formas como o atendimento se dá nos serviços, mas, também, fora deles (não em uma concepção quantitativa, mas na expansão qualitativa dos serviços para além de si mesmos, geograficamente falando) e, mais exatamente, como se dá a relação com o outro que aí se estabelece.

Ao acompanhar o usuário junto ao dentista, além de produzir contágio e possibilidades de ampliar a comunicação, produzia-se uma clínica do apoio: apoio ao usuário que, desamparado pela tentativa da sociedade de eliminá-lo como alguém que resiste de algum modo à massificação do biopoder, não tem segurança para poder exigir seu direito à saúde; e apoio para o dentista que, em sua formação e trabalho, é lançado para um lugar onde se depara com o inesperado, para uma zona territorial ainda não demarcada e experienciada. Interessam-nos esses encontros porque dizem de uma relação que se estabelece com o outro, com inúmeros não-iguais-a-mim, com as inúmeras possibilidades do cuidar, da capacidade de produzir em termos de cuidado de si, um cuidado que se dá nas relações.

Na produção de encontros, afirma-se a potência micropolítica da conversa como dispositivo técnico, pois há “indiscutivelmente um trabalho vivo nesse ato: o trabalhador emprega ‘técnicas de conversa’ e outras tecnologias leves implicadas com a produção das relações entre dois sujeitos, que só têm materialidade em ato”. (MERHY, 1997, p. 136)

Assim, o trabalho realizado no território, no cotidiano dos serviços e das pessoas, possibilita inúmeras estratégias e intervenções que se dão no encontro, como: acompanhar de ônibus um usuário até o CAPS

AD da cidade; articular, com médica e enfermeira, um atendimento a um usuário em uma praça; marcar uma oficina educativa de DST/AIDS na esquina da casa de um grupo de usuários; marcar presença, semanalmente, em uma feira livre, para garantir atendimento aos usuários que nela trabalham; pactuar com a USF o atendimento de usuários em situação de rua que não têm cartão do SUS; negociar a entrada de usuário no CAPS AD, mesmo sob efeito de álcool, dentre tantas outras possibilidades.

Dessa forma, podemos dizer que um olhar diferenciado para o território nos permite explorá-lo nas intervenções produzidas no dia a dia, nos coloca a pensar sobre o contexto situacional, social, subjetivo das pessoas que precisam ser cuidadas se encontram, auxiliando no manejo clínico, entendendo de que forma o território habita o corpo dos usuários, como representam espaços e processos de circulação das subjetividades das pessoas.

Pensar o outro nas relações de produção de cuidado permite dar espaço às inúmeras multiplicidades, trazer para o campo do cuidado as singularidades dos sujeitos e suas possibilidades existenciais, como redes vivas de produção de cuidado. (MERHY et al., 2014) Seguindo pistas poéticas das quais, diz Manoel de Barros, é preciso “transver” o que está dado e instituído, é preciso borrar certas fronteiras, “transver” as redes formais de saúde, olhar para “fora” e pousar os olhos em uma rede que parece invisível, mas preche de vida e possibilidades. Pelbart (2013) aponta que a saída para a produção de novas subjetividades é este olhar para o fora.

Tal borramento de fronteiras nos direciona a escapar de uma lógica de cuidado centrada na doença para um cuidado que amplie a vida e desnaturalize os modos de vida prescritos pelo Estado e pelo mercado. Pois, “a moderna articulação entre Estado e biomedicina, no governo das condutas e ambas a favor do mercado: no seio da produção de vidas e corpos para o mercado financeiro, fabricou-se o povo da qualidade de vida e seus corpos rumo à saúde perfeita, livre de vícios”. (VASCONCELOS; MACHADO; PROTAZIO, 2014, p. 3) Como “transver”, então, estratégias clínicas resistentes a essa lógica? Apostamos em ensaiar des-caminhos e “desaprendizagens” de condutas clínicas pré-estabelecidas para apreender lógicas produzidas pela perspicácia do viver.

Pista 2: O acolhimento nas práticas cotidianas da RD

Como uma das diretrizes de maior relevância para a Política Nacional de Humanização do SUS (BRASIL, 2006), o acolhimento é uma

postura ética que implica uma escuta qualificada do usuário em suas queixas, na construção de vínculo, no reconhecimento do seu protagonismo no processo de saúde e adoecimento e no compromisso pela resolução e responsabilização, ativando redes de compartilhamento de saberes.

Ou seja, o conceito de acolhimento se concretiza em certo fazer cotidiano das práticas de saúde em que a escuta qualificada e a capacidade de pactuação entre a demanda do usuário e a resposta do serviço se traduz em um dispositivo para produção de vínculo e prática de cuidado entre profissional e usuário. Além disso, acolher é responsabilizar-se por aquilo que não se pode responder de imediato, complementando-se em uma qualificação da produção de saúde de maneira ética e resolutiva. Dessa maneira, todos os profissionais de saúde, seja na rua ou nos serviços de saúde, fazem acolhimento.

Nesse sentido, o acolhimento é uma importante ferramenta para produção de cuidado, pois sendo “compreendido em um sentido mais amplo do que aquele empregado na prática tradicional, referindo-se tanto a uma abertura de serviços públicos para a demanda, como para a responsabilização dos problemas de saúde de uma região” (DELFINI et al., 2009), é uma importante abertura para a escuta qualificada, para uma escuta sem barreiras, acolhendo a demanda da forma que ela chega. Ou seja, um acolhimento que se quer incondicional onde não há regras e normas para o atendimento do usuário, permitindo, por exemplo, quando do uso de drogas, dizer: “acolhemos você se você quiser pensar o seu uso para parar de usar, se você quiser pensar o seu uso para seguir usando e reduzir danos”. (PETUCO, 2011, p. 134)

Essa técnica especial de conversar, Teixeira (2003) nomeia de acolhimento-diálogo ou acolhimento dialogado. Nesta direção, o autor aborda o acolhimento a partir de uma perspectiva essencialmente comunicacional, entendendo ser a conversa a substância principal dos serviços de saúde e, arriscamos dizer ainda mais: é substância principal da produção de encontros e de cuidado. É nesse sentido que afirma a ideia de “rede de saúde como rede de conversações”: a produção de conversa, de afetos, de um acolhimento mais dialogado em que a escuta não se faz nem se quer surda. Assim, o princípio da rede de conversações é de que “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”. (TEIXEIRA, 2003, p. 117)

Um cuidado clínico pautado nessas diretrizes do acolhimento é possível em vários sentidos. Assim, apresenta-se uma clínica possível para nós: esta que permite a escuta, permite entender a experiência com a droga, entender as peculiaridades de cada caso, as singularidades dos encaminhamentos, permite deslocar o foco da droga, da substância. Em linhas gerais, “o que nos interessa são modos de subjetivação, e neste sentido, importa-nos poder traçar as circunstâncias em que eles se compuseram, que forças se atravessam e que efeitos estão se dando”. (PASSOS; BENEVIDES, 2000, p. 78)

Para um trabalho articulado entre a Rede de Atenção Primária e o PRD muitas são as maneiras de fazer que permitem o acolhimento dos usuários de álcool e outras drogas no seu território, no modo em que se apresentam e no lugar que seja possível para usuários e profissionais. Estas maneiras vão desde a construção de rodas de conversa objetivando análise e produção de estratégias conjuntas, ampliação da roda para participação de outros setores de cuidado, construção coletiva e pactuação das ações, articulação com a rede de saúde para pactuar encaminhamentos e acompanhamento ou mesmo a construção de ações específicas junto aos usuários.

Nessa interface do PRD, entre a Rede de Atenção Primária e a Rede de Atenção Psicossocial, é possível pensarmos ações e intervenções como uma estratégia micropolítica de produção de novas formas de cuidado, pois:

Ao acessar territórios como boca-de-fumo, centros da cidade, zona de prostituição, palafitas, etc, apresenta um novo campo problemático de intervenção clínica. Não mais as drogas em si, mas os agenciamentos que no território se efetuam com as drogas são tomados como plano de novas produções de subjetividade. Empreender novos agenciamentos desejantes a partir dos elementos ofertados nos diferentes territórios existenciais nos aponta para uma clínica que abre outras possibilidades de intervenção alternativas às posturas moralizantes e asilares, ofertadas como soluções para os problemas gerados pelo uso indevido de drogas. (TEDESCO; SOUZA, 2009, p. 7)

Ou seja, são práticas de cuidados possíveis capazes de operar através dos afetos, nas quais o estabelecimento de vínculo é produtor de saúde. Estabelecer vínculo no sentido de ter o serviço de saúde e/ou profissional de saúde como referência no cuidado e nas intervenções terapêuticas. Esse vínculo articulado ao trabalho em território possibilita o acompanhamento das equipes de saúde da atenção básica e da redução de danos, da biografia de vida do usuário e isto faz compreender o

cuidado em saúde de forma mais ampla. Acolhimento, estabelecimento de vínculo, escuta qualificada e cuidado compartilhado são perspectivas de uma clínica em movimento, que acompanha o movimento da rua, do usuário, que se faz no encontro, do que é possível de cuidado para o outro.

Falamos de uma clínica relacionada muito mais ao tempo que ao espaço, pois esta pode ser feita em qualquer lugar que possibilite um encontro e o estar disponível para ouvir, entendendo que:

O exercício de narrar seus sofrimentos, ter a possibilidade de escutar a si mesmo enquanto narra, além de ser ouvido por um profissional de saúde atento, por si só, já pode criar para o usuário outras possibilidades de olhar para a forma como se movimenta na vida e suas escolhas, além de também ofertar diferentes formas de perceber e dar significado aos seus sofrimentos. (BRASIL, 2013, p. 24)

Nesse sentido, temos também a escuta como fortalecedora das relações de vínculo e o profissional como interlocutor do sofrimento do usuário. Muitas são as potências do encontro e experimentamos isto quando nos dispomos a uma escuta dos desabafos de usuários na rua, de suas condições de vida. Isto também é produzir saúde, como fica claro na fala de um usuário de drogas em situação de rua sobre o trabalho dos agentes redutores de danos de Aracaju: “só em você vim aqui e me escutar já é uma ajuda”. (REDUÇÃO DE DANOS EM ARACAJU, 2013) Uma ajuda no sentido de entendermos os encontros como uma forma de problematizar o que se passa com a vida e podemos dizer que é essa a grande potência de uma clínica que tem o objetivo de produzir autonomia, de produzir responsabilização pelo próprio uso de drogas e pela produção de cuidado.

Pista 3: O cuidado comprometido com a corresponsabilização e “entre redes”

Até aqui, viemos seguindo pistas de um cuidado realizado em rede, tateando entendimentos de como a RD se atualizaria como dispositivo de cuidado da atenção básica, enfatizando alguns conceitos-dispositivos presentes no cotidiano de trabalho que operariam em articulação com a saúde mental, a saber: território, acolhimento, vínculo e corresponsabilização. Pensar a RD desta forma nos aproxima de um entendimento sobre cuidado transversal, ou seja, alinha a concepção da RD e o cuidado em álcool e outras drogas a uma concepção de clínica ampliada, estendendo ao máximo o número de estratégias vinculadas à atenção

em saúde mental. Como fazer operar um cuidado “entre redes”? Como pensar um cuidado que seja transversal? E de quais redes estamos aqui falando?

Pensar em redes que se proponham a ser transversais significa apostar em estratégias de cuidado atravessando os diversos campos de atuação, possibilitando um grau de comunicação e intercessão maior entre as redes e serviços. Isto fez com que as concepções iniciais e, conseqüentemente, as indagações de pesquisa fossem se ampliando: passamos a apostar na produção de redes de cuidado que não se limitassem, necessariamente, aos serviços de saúde, aos trabalhadores ou mesmo ao fluxo de atendimento pré-estabelecido dos serviços. Invertemos o modo de olhar para a produção de cuidado: abrir espaço para que o usuário se torne protagonista do seu cuidado, crie e amplie suas redes de saúde, ative potências de vida que incluam os serviços, mas não se restrinjam aos mesmos. (MACHADO; LAVRADOR, 2009; RIGHI, 2010)

Importa-nos, aqui, tentar dar pistas de um modo de articulação que pode dar certo, no sentido de uma construção de redes de cooperação entre os serviços na qual se aumente o grau de comunicação e o cuidado seja feito de forma compartilhada. Inúmeros são os desafios para lidar com a especificidade da atenção aos usuários de drogas que exige que as ESF e as USF estejam preparadas, pois este serviço é o ordenador da rede de cuidado do SUS. Por isto, o desafio se encontra justamente “na possibilidade de redes de cooperação em que as diferentes equipes possam se apoiar definindo estratégias e projetos terapêuticos que contemplem a singularidade de cada sujeito” (SOUZA, 2007, p. 14), uma rede de corresponsabilização entre serviços como UFS, CAPS, PRD, mas, também, outras possibilidades encontradas no território como uma associação de bairro, ONG, vizinhos, familiares, amigos das praças, aumentando a capacidade resolutiva das situações e evitando encaminhamentos sem acompanhamento. Os problemas têm origem em situações complexas e, assim, é necessário articular outros atores para conseguir realizar, de fato, uma atenção integral no território. Daí a necessidade de uma articulação “entre as redes”, mas, também, a articulação de uma nova rede de relações com a comunidade, com outros órgãos e com outros dispositivos possíveis/existentes no território.

A tessitura com a rede é geralmente uma tarefa com a qual os profissionais da saúde se ocupam para minimizar, muitas vezes, os sentimentos de solidão. Ou seja, comumente ouvimos dos profissionais relatos de se sentirem sozinhos dentro de seus serviços de saúde e que reforçam os discursos de “é preciso fazer a rede funcionar” para que

este sentimento de solidão e incapacidade diminuam. Mas, às vezes, ele pode não dar conta de todas as demandas, às vezes não é para dar conta mesmo. Será que uma rede com um máximo de buracos não é justamente o que possibilita inventar novas formas de cuidado? Nas brechas, é possível inventar aquilo que não está dado, que nos coloca a criar e inventar algo para que se dê conta. São as brechas da rede que nos forçam a parar e olhar para além da necessidade de dar conta de tudo estabelecendo uma resolução definitiva dos problemas.

Outro desafio é construir novos sentidos para os modos de agir dos usuários, individual e coletivamente, abrir novos territórios de significação. A corresponsabilização é uma diretriz que aponta para os processos de autonomia, pois reforça a necessidade de as pessoas encontrarem suas próprias regras, se responsabilizarem pelos seus atos e também pelo próprio processo de saúde. Ao nos colocarmos excessivamente na relação terapêutica querendo dar conta de toda a vida do usuário, não permitimos que os sujeitos construam suas próprias itinerâncias e andanças. O excesso se dá na tentativa repetida de abarcar tudo, em face de tanta falta (das mínimas condições de vida dos sujeitos, muitas vezes). Talvez, a medida do cuidado em saúde seja não estarmos tão atentos ou tão ocupados em organizar a vida dos sujeitos/usuários e sim em fazer uma escuta mais sensível, condicionando o cuidado ao fazer compartilhado: uma construção conjunta. Estar junto ao outro, na prática clínica, é tecer juntos uma rede de cuidados e afetos, é produzir juntos um processo de autonomia que não se faz sozinho, mas em rede. Estar junto é produzir outros modos de existência e de vida todos os dias. É produzir saúde aprendendo com as intempéries que a vida nos coloca. Se a experiência do fazer saúde só se dá na relação, lutemos para tecer, portanto, nas ocupações cotidianas, a rede de cuidado e de afetos de nossas vidas. (PROTAZIO, 2015)

Segundo Souza (2007), a RD é um método de cuidado que prioriza a autonomia e responsabilização, pois os usuários de drogas se tornam corresponsáveis pela produção de saúde quando tomam para si a tarefa do cuidado. Comumente, vemos os dependentes relatarem a impossibilidade de parar o uso de drogas, como se fossem fisgados por ela. Atingem uma situação limite que implica uma “escravização” ante a droga que se torna o objeto de um prazer sentido como necessidade. Contudo, esse lugar de “escravização” a que o dependente de drogas fica condenado, caracteriza-se como uma adicção, um modo de funcionamento em relação a objetos e situações diversas como uma ação impulsiva e sem limites no modo humano de agir. Neste sentido, muitos podem ser

os objetos de uma dependência, como a comida, os jogos, a televisão, ou seja, pode ser uma dependência por qualquer outra coisa. Assim, a questão está em, justamente, variar os encontros que temos na vida e não circular apenas por um, seja a droga, uma pessoa, o trabalho ou o CAPS. Assim,

A corresponsabilidade emerge como efeito da coprodução de saúde, uma vez que as regras de conduta são criadas na situação de um encontro e a partir dos vínculos que esse encontro é capaz de instaurar. Muitas vezes, os redutores de danos propõem determinadas regras de conduta como, por exemplo, substituir crack por maconha, ou substituir a via injetável pela inalável. Entretanto, o processo de corresponsabilização depende do modo como os usuários de drogas se apropriam desta regra, depende das atitudes que começam a emergir deste encontro. A corresponsabilização pode ter muitos desdobramentos possíveis, pois são muitos os dispositivos que a RD dispõe para dar continuidade a este processo. (SOUZA, 2007, p. 96)

Para o sujeito, relacionar-se, produzir outros encontros, outras formas de relação é encarnar para si novas formas e possibilidades de viver; abre-se a possibilidade para ampliar a capacidade de autonomia e de liberdade. Uma autonomia, portanto, que se dá em rede, pois estabelece relações com pessoas, com as normas, com outros modos possíveis de existência, pelos quais circulam afetos, suportes e apoio de outros. Podemos pensar, aqui, numa autonomia que se passa em rede, pois é tecida, exercida, produzida pelo sujeito em contato consigo mesmo e com o mundo.

POR OUTRAS FORMAS DE PENSAR E FAZER O CUIDADO EM AD

Pensar a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, nesta pesquisa, se justifica pela necessidade de se pensar o cuidado em relação. Compreendemos que a saúde mental, por um lado, aprende muito com a lógica de cuidado da atenção básica pela noção de território, indo ao encontro do outro, permitindo ultrapassar os muros construídos de uma saúde pré-formatada. A atenção básica, por outro, aprende com a saúde mental na medida em que se apropria de tecnologias mais leves de cuidado – tecnologias relacionais tais como vínculo, acolhimento, autonomia e corresponsabilização.

Podemos dizer que a RD, de maneira geral, se constitui como um importante catalisador das ações de promoção e prevenção à saúde, principalmente pela sua proposta de propiciar certa autonomia aos

usuários, produzindo uma espécie de “cuidado de si”. Trata-se de um e outro modo de produção de cuidado ao usuário de álcool e outras drogas pautado em ações territoriais, apostando em ações intersetoriais e “entre redes” como forma de mobilizar a rede de cuidados e garantir uma atenção integral ao usuário. Em suma, nosso objetivo foi mostrar como o PRD/AJU pode operar nessa lógica de cuidado, estando localizado na Rede de Atenção Psicossocial, mas mobilizando ações na Rede de Atenção Primária e operando como articulador desses dois pontos da rede.

Para além de uma estratégia de redução de riscos e danos ou de uma prática de saúde pública destinada a atenuar as consequências adversas do consumo de drogas, tomamos a RD como uma diretriz de cuidado em saúde. Na prática, a estratégia lida com questões mais complexas como enfrentamentos políticos, embates, resistências, processos subjetivos, manejos clínicos ganhando potência de intervenção política. Assim, pensar suas estratégias nessa perspectiva, fazendo-se no campo de articulação “entre redes”, é apostar em tecnologias relacionais centradas no acolhimento, vínculo e confiança como dispositivos favorecedores da adesão da pessoa a certo cuidado, caracterizando-se como uma abordagem menos normalizadora e prescritiva, uma vez que busca não ditar ou impor atitudes adequadas, mas sim, mapear possibilidades e desejos dos sujeitos.

REFERÊNCIAS

- APOLINÁRIO, J.; RICARDO, J. Primavera nos dentes. In: APOLINÁRIO, J.; RICARDO, J. *Secos e molhados*. São Paulo: Warner Music Brasil, 1973. 1 CD, faixa 5.
- BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 17, p. 389-406, mar./ago. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000200014&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção básica*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

- BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes de atenção à saúde: redes temáticas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/03_Cinthia.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- DELFINI, P. S. de S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 2009.
- DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Revista Mental*, Barbacena, MG, v. 3, n. 5, p. 33-42, 2005. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272005000200003>. Acesso em: 4 fev. 2013.
- DIMENSTEIN, M. et al. O apoio matricial em unidades de saúde da família: experimentando inovações em saúde mental. *Revista Saúde & Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 63-74, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n1/07.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2013
- DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I. O.; MACEDO, J. P. S. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na atenção primária. In: PAULON, S. M.; NEVES, R. *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013. p. 39-60.
- FISCHER, R. M. B. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, M. V. (Org.). *Caminhos investigativos: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 49-71.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1993.
- LANCETTI, A. *Clínica peripatética*. São Paulo: Hucitec, 2011.
- LAURIDSEN-RIBEIRO, T. Organização de serviços no Sistema Único de Saúde para o cuidado de crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, T.; TANAKA, O. Y. *Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS*. São Paulo: Hucitec, 2010. (Saúde e Debate).
- MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M. C. C. Por uma clínica de expansão da vida. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v. 13, supl. 1, p. 515-521, 2009.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.
- MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidade girando as existências, sinais da rua, implicações para produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. *Divulg. Saúde Debate*, v. 52, p. 153 – 164, out. 2014. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-52.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013.
- PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PAULON, S.; NEVES, R. (Org.). *Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulina, 2013.

PELBART, P. P. *O avesso do niilismo: cartografias do esgotamento*. São Paulo: Hucitec, 2013.

PETUCO, D. R. da S. Redução de danos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO. *Cartilha álcool e drogas*. São Paulo, 2011. p. 127-137. Disponível: <<http://crpsp.org/fotos/pdf-2015-10-02-17-16-04.pdf>>.

PETUCO, D. R. da S. *A redução de danos como prática potencialmente libertadora*. 47p. 2013. Disponível em: <<http://coletivodar.org/2013/05/a-reducao-de-danos-como-pratica-potencialmentelibertadora-entrevista-exclusiva-com-denis-petuco-e-flavia-fernando/#comment-7818>>. Acesso em: 15 nov. 2012.

PROTAZIO, M. M. *Errâncias de usuários de saúde mental: quando o cuidado se tece nas itinerâncias*. 2015. 145 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. REDUÇÃO DE DANOS EM ARACAJU. Direção: Mairla Protazio e Matheus Caetano. Produção: Jéssika Lima e Bruno Alves. Documentário 4'58". 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=NMqc6j_nQRA>. Acesso em: 08 fev.2012.

RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos Humaniza SUS: atenção básica*. Brasília, DF, 2010. p. 59-74. v. 2. (Textos Básicos de Saúde, B). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_basica.pdf>.

SOUZA, T. de P. *Redução de danos no Brasil: a clínica e a política em movimento*. 2007. 156 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2007.

TEDESCO, S.; SOUZA, T. P. Territórios da clínica: Redução de danos e os novos percursos éticos para a clínica de drogas. In: CARVALHO, S. R. C.; FERIGATO, S. F.; BARROS, M. E. (Org.). *Conexões: saúde coletiva e políticas de subjetividade*. São Paulo: Hucitec, 2009. p. 141-156.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 2003. p. 89-111.

VASCONCELOS, M. F. F. *A infâmia de Quincas: (re) existências de corpos em tempos de biopolítica*. 2013. 237 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VASCONCELOS, M. F. F.; MACHADO, D.; PROTAZIO, M. M. Considerações sobre álcool e outras drogas: uma clínica da desaprendizagem. *Revista Interface*, São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2014nahead/1807-5762-icse-1807-576220140110.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2011.

VIANNA, P. C. *A produção do problema da droga como caso de polícia e saúde pública*. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2009.

YASUI, S. *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2010.

ESPASSOS DA RUA: TRAJETÓRIA DE UMA PRÁTICA COM POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA NA CIDADE DE SALVADOR

Michelle dos Santos Campos

INTRODUÇÃO

Este artigo consiste em um relato de experiência da trajetória do dispositivo Espassos da Rua em sua prática com população em situação de rua na cidade de Salvador (BA), desde sua implantação até os dias atuais. O Espassos da Rua é um dispositivo territorial do Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD) de Pernambuco, criado em 2007, para atender *in loco* a crianças, adolescentes e jovens usuários de substâncias psicoativas (SPA) em situação de rua e de vulnerabilidade social.

O interesse em realizar este relato de experiência surgiu a partir da percepção de que a trajetória do projeto foi marcada por mudanças no cenário político e assistencial que implicam no contexto da população em situação de rua bem como nas intervenções da equipe, já que o dispositivo vai se adaptando à realidade vivenciada. Enquanto profissional atuante do dispositivo, é importante identificar as mudanças ocorridas ao longo destes anos para compreender esta nova configuração do contexto da rua, e da própria população em situação de rua, afim de construir e adaptar possíveis estratégias de intervenção.

A rua se configura como um cenário de alta vulnerabilidade, devido ao elevado número de fatores de risco, o que amplia a vulnerabilidade pessoal e social da população aí inserida. Um destes fatores de risco é, indiscutivelmente, o uso/abuso de SPA por esta população.

Não é possível dissociar a realidade vivenciada pela população em situação de rua da ausência de políticas públicas, das violações de direitos sofridas, das remoções arbitrárias, dos choques de ordem, das ações higienistas e de limpeza social e da discriminação e preconceito sob os quais vive esta população.

A omissão dos serviços públicos, a ausência e a ineficiência de políticas públicas, como moradia, saúde, trabalho/renda e assistência familiar, fez com que, historicamente, se destacasse o trabalho das Organizações Não Governamentais (ONG) e das instituições religiosas direcionado a esta população.

As visões estigmatizantes não só da sociedade civil como também do Estado sobre a população em situação de rua costumavam restringir-se às pulsões assistencialistas, paternalistas, autoritárias e de “higienização social”. Essas perspectivas não poderiam dar conta do complexo processo de reinserção destas pessoas nas lógicas da família, do trabalho, da moradia, da saúde e de tantas outras esferas de que estão apartadas. (BRASIL, 2008, p. 4)

Compreender a dinâmica da vida na rua, a relação da população em situação de rua com o consumo de drogas, e as mudanças no cenário político e assistencial a ela relacionados, é um desafio para o estudo e para o desenvolvimento das intervenções realizadas pelo dispositivo.

O presente artigo tem a pretensão de provocar reflexões acerca dos efeitos que a mudança no cenário político e assistencial provocam na caracterização da população em situação de rua e, conseqüentemente, na trajetória e desenvolvimento das intervenções realizadas pelo dispositivo.

Sendo assim, inicialmente, será feita uma breve descrição do Espassos da Rua e da lógica de redução de danos (RD), estratégia adotada pela equipe. Em seguida, pretende-se traçar um paralelo entre a trajetória e os desafios enfrentados pela equipe, desde sua implantação até o início do ano de 2013, em relação aos efeitos produzidos na mudança de cenário político e assistencial, ressaltando a Política Nacional para Inclusão da População em Situação de Rua e a internação compulsória. Por fim, discute-se as possibilidades e perspectivas futuras para o desenvolvimento de estratégias de intervenção junto à população em situação de rua.

O DISPOSITIVO ESPASSOS DA RUA

Conforme prescrito nas determinações da Lei n° 10.216, de 6 de abril de 2001, na Portaria GM/MS n° 336, de 19 de fevereiro de 2002, e na Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, publicada em 2003, os CAPS-AD têm o objetivo de prevenir, tratar, reabilitar e reinserir socialmente indivíduos que mantêm uma relação

problemática com o consumo de álcool e/ou outras drogas. Durante seis anos, a cidade de Salvador dispôs de apenas um CAPS-AD, localizado no bairro de Pernambués, que prestava atendimento a pessoas de todas as localidades da cidade, realizando intervenções territoriais, prioritariamente, no Distrito Sanitário Cabula/Beiru. No âmbito deste serviço, foi criado, em 2007, o dispositivo Espassos da Rua que, conforme referido anteriormente, tem por objetivo atender *in loco* a crianças, adolescentes e jovens em situação de rua usuários de substâncias psicoativas.

A criação do Espassos da Rua decorre, dentre outros fatores, da convocação do Ministério Público do Estado da Bahia (MP-BA) que, após receber uma denúncia acerca das condições de vida e risco de 13 crianças e adolescentes em situação de rua no Centro Histórico de Salvador, inicia uma série de reuniões pressionando os governos municipal e estadual a responderem de forma adequada a esta demanda, a partir de ações articuladas e intersetoriais para o atendimento a este público. Naquele momento, a principal questão levantada pelas ONG e Unidades de Acolhimento Institucional era o uso abusivo de SPA, principalmente o crack, feito por estas crianças e adolescentes, o que impossibilitava, na perspectiva dos dirigentes destes espaços, o desenvolvimento adequado das intervenções propostas. A demanda inicial era por um espaço de saúde destinado à internação compulsória com vistas à desintoxicação e abstinência.

Considerando o significado da prática do consumo de drogas neste grupo, os danos causados e o contexto de vida desses jovens, a gestão de Saúde Mental e o CAPS-AD defendiam a necessidade da realização de uma intervenção pautada nos princípios RD relacionados ao uso/abuso de SPA, cuja proposta considera a criação de estratégias de cuidado em que o sujeito é visto em sua dimensão biopsicossocial, deixando o usuário deixa de ser considerado um “doente” a ser curado e passando a ser visto como protagonista no cuidado com sua saúde.

O Espassos da Rua realiza as intervenções no lugar de permanência desta população, a rua, identificando suas demandas e oferecendo suporte e cuidados articulados com serviços da rede socioassistencial. Vale ressaltar que, inicialmente, foi constituída uma equipe específica para atuar no dispositivo, composta por uma enfermeira, uma assistente social, duas psicólogas e dois redutores de danos. Ao longo dos anos, esta configuração mudou diversas vezes, em função da precarização dos vínculos empregatícios.

O nome Espassos da Rua surgiu como uma ideia que configura a ação na área de atuação do projeto, a rua, que se dá em passos, etapas necessárias para a construção dos vínculos com a população assistida

e a articulação com a rede socioassistencial. A criação deste dispositivo foi inspirada em experiência anterior desenvolvida, em Salvador, pelo Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (Cetad), através da Universidade Federal da Bahia (UFBA), o Consultório de Rua, que, entre 1999 e 2006, mostrou ser uma estratégia adequada para a intervenção junto aos usuários de drogas em situação de rua.

A partir de 2009, o Ministério da Saúde passou a propor o Consultório de Rua como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (SUS) (PEAD 2009-2010), instituído pela Portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009, sendo este incluído, também, no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas (PIEC), instituído pelo Decreto Presidencial nº 7.179, de 20 de maio de 2010, com o objetivo de ampliar o acesso aos serviços de saúde e melhorar e qualificar o atendimento oferecido pelo SUS às pessoas que usam álcool e outras drogas, por meio de ações desenvolvidas na rua (BRASIL, 2010, p. 4), visto que, de acordo com esta política, existe uma distância enorme entre os serviços da rede de saúde e a população usuária de drogas em situação de rua:

A infreqüente procura por ajuda e o baixo acesso aos serviços da rede de saúde por parte da população usuária de álcool e outras drogas em situação de rua, em especial as crianças, adolescentes e jovens, e ainda o predomínio de ofertas de cuidado baseadas na abstinência como objetivo exclusivo e de abordagens terapêuticas desenvolvidas quase exclusivamente no interior de instituições de saúde têm excluído grande parte dos usuários das ações de assistência e prevenção. (BRASIL, 2010, p. 4)

Sendo assim, uma das premissas da intervenção, feita nos moldes daquela desenvolvida pelos Espassos da Rua, é o reconhecimento das dificuldades que tem o usuário de SPA de chegar aos centros de atenção e a importância de se iniciar um processo de vinculação no próprio contexto da rua. Neste sentido, uma vez por semana, o dispositivo Espassos da Rua realiza uma intervenção noturna indo ao encontro destas crianças e adolescentes onde eles estão e é, neste ambiente, com suas características próprias, que se dá a relação entre a equipe multidisciplinar e a população atendida. A rua passa a ser, para a equipe, um espaço de clínica ampliado onde é possível acolher a demanda do outro.

Bucher (1996) aponta que não se trata de intervir sobre a criança em situação de rua como preconizam os modelos tradicionais de intervenção, mas de trabalhar com ela dentro do próprio espaço da rua onde

ela se vê despossada do seu direito à subjetividade e à cidadania e cujas experiências precisam, antes de tudo, ser reconhecidas e respeitadas. A situação vivenciada pela população em situação de rua indica que os equipamentos sociais e de saúde necessitam operacionalizar tecnologias voltadas para o atendimento das necessidades deste grupo considerando suas particularidades.

Sempre que imaginamos uma relação terapêutica, supomos um ambiente acolhedor que sugere calma e discrição. As intervenções realizadas pelo Espassos da Rua se desenrolam na rua, local extremamente barulhento, espaço conflituado, imprevisível, em estado de tensão permanente, lugar de fortes odores, de muito movimento e onde muitas informações adversas circulam ao mesmo tempo. Porém, por mais que fuja à norma padrão, isto não significa que, na rua, não se consiga realizar intervenções terapêuticas. O fato de estar no ambiente em que este sujeito vive, onde ele estabelece suas relações, enriquece as intervenções, pois é possível vivenciar situações reais da vida deste sujeito que permitem identificar limitações, dificuldades, habilidades e facilidades.

O cuidado à saúde dos usuários de drogas na rua exige propostas que levem em consideração o contexto e o modo de vida, buscando o resgate do valor da vida e da saúde, da cidadania e da dignidade humana [...] para os profissionais, ir ao encontro da clientela onde ela está implica em uma série de adaptações no seu modo de atuar; para os usuários, poderá tornar-se um meio pelo qual se possibilita a passagem de uma posição de objeto, em que o indivíduo está 'coisificado', para ocupar um outro lugar, enquanto sujeito e cidadão. (OLIVEIRA, 2009, p. 41)

Oliveira (2009) coloca que este tipo de intervenção *in loco* se contrapõe a uma postura normatizadora. A própria situação, a cada momento, contraria planejamentos prévios e programações rígidas. Os técnicos precisam se adaptar ao que se apresenta no momento da intervenção e criar um modo de estar ali, para se relacionar com aqueles usuários, no seu *habitat*, daí a necessidade apontada por Merhy (1998, p. 4) da criação de mecanismos, nos serviços de saúde, que procurem tanto impactar o modo cotidiano de acolher os usuários quanto produzir a responsabilização dos profissionais para com estes. A clínica não é só o saber diagnosticar, prognosticar e curar os problemas de saúde como uma disfunção biológica, mas, também, um processo e um espaço de produção de relações e intervenções que se dão de modo partilhado e no qual há um jogo entre necessidades e modos tecnológicos de agir.

O dispositivo Espassos da Rua busca desenvolver e promover um encontro saudável entre o indivíduo e atividades significativas que possam trazer ou resgatar a questão do lúdico e do prazer, do se expressar, do criar do produzir, do cuidado com a saúde e do estabelecimento de vínculo, dentre outras. Para isto, em intervenções com duração média de três horas, a equipe realiza atendimentos individuais, ações de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS, distribuição de preservativos e demonstração de uso correto, o encaminhamento da população assistida para a rede de assistência social, saúde, justiça e Terceiro Setor, desenvolve oficinas e grupos terapêuticos e, ainda, estimula práticas de autocuidado, orientando quanto a práticas de prevenção e redução de danos.

Inicialmente, o dispositivo foi criado com a proposta de prestar assistência exclusivamente a crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade, em uso e/ou abuso de drogas, entretanto, no decorrer das ações desenvolvidas, observou-se a necessidade de estender as ações a todas as faixas etárias, visto que todos que vivem em situação de rua estão vulneráveis ao uso de SPA. Além disto, no contexto da rua e, conseqüentemente, da intervenção, não era possível separar estes públicos que, cotidianamente, compartilham o mesmo espaço.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REDUÇÃO DE DANOS

O Espassos da Rua tem por base a utilização de estratégias de RD, na concepção de uma clínica ampliada, uma clínica em que as experiências de vida destes sujeitos são consideradas, em que eles são vistos como pessoas em sua totalidade, com seus sentimentos, histórias de vida e experiências, pois vivenciam, em seu cotidiano, situações que repercutem significativamente em suas vidas e influenciam na forma como agem.

Ao longo dos anos, distintas abordagens surgiram como forma de tratamento para os usuários de álcool e outras drogas, algumas de caráter total e fechado inspiradas em um modelo de exclusão e separação do usuário do convívio social. Estas abordagens partiam do princípio da abstinência, tinham como foco o sintoma e, na maioria das vezes, não eram eficazes, pois as implicações psicológicas e sociais eram grandes. (BRASIL, 2003)

Pensar estratégias de tratamento ao abuso de drogas para a população em situação de rua se reveste de uma complexidade que torna

necessário levar em consideração uma série de fatores, tais como: a condição de pobreza, a fome, o frio, a falta de pertencimento à vida social, o rompimento com laços afetivos familiares, a violência à qual estão expostos. Tais condições podem, a princípio, justificar o uso abusivo feito por esta população em que a droga adquire um estatuto de preenchimento de necessidades básicas, ou seja, de “solução” para amenizar a angústia e o sofrimento.

O uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua é relatado em quase todos os estudos e pesquisas, sendo um dos principais fatores de risco para esta população. É importante considerar que, apesar da própria situação de rua possuir inúmeros fatores que contribuem para o uso das drogas, este depende ainda de outros aspectos, como características pessoais, relações familiares, contexto de vida, entre outros. Além disso, é necessário considerar o tipo de vinculação do usuário com a droga [...]. (SANTANA, 2010, p. 29)

De acordo com Tondin, Barros Neta e Passos (2013, p. 495), acompanhar os usuários, na proposta inicial de abstinência total de drogas como forma de tratar, sem antes observar os significados destas substâncias para cada sujeito, é negar a sua própria existência, pois, muitas vezes, sua única fonte de apoio e alívio está na administração da própria substância, sendo preciso, antes de tudo, compreender como se estabelece a relação pessoa–droga–mundo, para uma intervenção efetiva e não, simplesmente, a proibir o uso da droga.

Sendo assim, os tratamentos tradicionais que tomam como foco de atenção a remissão dos sintomas referentes à síndrome de abstinência, a “cura do doente”, e “se despreocupam” com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura, sua vida cotidiana, são abordagens em que o sujeito não é visto como ser único, singular em suas necessidades.

A redução de danos, que faz parte da Política Nacional Sobre Drogas:

[...] contempla um conjunto de medidas de saúde que buscam minimizar as consequências do uso e dependência de substâncias psicoativas, bem como diminuir o risco de infecção por hepatites e HIV. O uso destas medidas permite que sejam elaborados projetos terapêuticos mais flexíveis e de menor exigência, consequentemente adequados às necessidades de cada usuário dos serviços. (BRASIL, 2003, p. 42-43)

Assim, oferecer este tipo de abordagem nos serviços de saúde pode evitar a exposição do usuário a outras situações de risco, além de ser um fator de aproximação da instituição de saúde, pois nem sempre será possível obter a abstinência logo no início do tratamento ou mesmo durante o processo. Logo, as estratégias de redução de danos, que se caracterizam pela tolerância e evitam o julgamento moral sobre os comportamentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, são importantes para incentivar o dependente a cuidar de si, reduzindo os problemas associados ao uso, não só para si como para a família e para a comunidade. (BRASIL, 2003)

Neste sentido, as estratégias da RD constituem um conjunto de medidas de saúde pública voltadas para diminuir as consequências do uso de drogas na vida do indivíduo, contemplando o fornecimento de informações sobre os danos das drogas, oferecendo alternativas de lazer e atividades, assim como a identificação dos problemas pessoais e o suporte para o tratamento de tais problemas, buscando o fortalecimento de vínculos afetivos e sociais, além da melhoria da autoestima dos usuários.

O planejamento de programas assistenciais de menor exigência contempla uma parcela maior da população, dentro de uma perspectiva de saúde pública, o que encontra o devido respaldo em propostas mais flexíveis que não tenham a abstinência total como única meta viável e possível aos usuários dos serviços do CAPS-AD. (BRASIL, 2004, p. 24)

A utilização da redução de danos como ferramenta facilitadora para promover um diálogo aberto com os jovens a respeito do consumo de drogas e dos prejuízos dele decorrentes, possibilita que estas pessoas tenham a oportunidade de tomar suas próprias decisões, desenvolvam julgamentos e adotem posturas preventivas, sem submetê-los a práticas de separação do convívio social e de amedrontamento baseadas em princípios morais de controle social, que condenam o uso de drogas a partir do ponto de vista legal e moral, adotando posturas rígidas com o objetivo de “curar o doente”, sem levar em consideração o contexto biopsicossocial deste sujeito.

Por fim, vale pontuar uma questão que é crucial no atendimento a crianças e adolescentes usuários de drogas. Muitos acreditam e partem do princípio de que esse público não deve consumir drogas nem ter uma vida sexual ativa, o que implicaria a abstinência como a única meta possível. Assim, a equipe que realiza intervenções com esta população não deveria fornecer preservativos ou informar estratégias de redução de danos para o uso das drogas. De fato, em nossa legislação, a criança e o adolescente não podem consumir drogas e a prática sexual com

crianças é crime, (SANTANA, 2010, p. 31) mais isso não impede que uma intervenção de riscos e danos possa ser feita.

Cria-se, desta maneira, um aparente conflito que pode ser minimizado se considerarmos a abstinência como a meta desejável para crianças e adolescentes que fazem uso de drogas e forem oferecidas alternativas de tratamento e de inserção familiar, social e comunitária para estes usuários. No entanto, ainda, segundo Santana (2010, p. 32):

[...] essa meta nem sempre é viável e, enquanto não for alcançada, as crianças e os adolescentes têm o direito de ser informados de estratégias que possam reduzir o risco envolvido no uso de drogas.

Trata-se de uma opção clara: ou se nega a realidade de que esta população faz uso de drogas e se mantém um discurso de total repressão ou se assume que tal uso é uma verdade e que precisam ser utilizadas estratégias que preservem, minimamente, a saúde e a segurança dos usuários, o que não significa que não serão feitos todos os esforços possíveis para que tal realidade seja alterada e que a droga e a vida nas ruas sejam substituídas pelo direito à convivência familiar e comunitária, à educação e saúde.

TRAJETÓRIAS E DESAFIOS X MUDANÇA DE CENÁRIO POLÍTICO E ASSISTENCIAL

No momento de criação do Espassos da Rua, a equipe realizou um mapeamento da cidade de Salvador a fim de identificar os pontos onde houvesse uma maior presença de crianças e adolescentes em situação de rua em uso de substâncias psicoativas. O local escolhido para a atuação foi uma praça localizada na península de Itapagipe, no Largo dos Mares.

O dispositivo atuou nesta praça durante quatro anos e constituiu um vínculo com a população atendida obtendo bons resultados das intervenções. Porém, esta trajetória foi marcada por uma série de questões, tais como a saída de profissionais devido à precarização de vínculo empregatício, a falta de recursos materiais e de veículo dentre outras questões que interferiam diretamente na atuação da equipe.

Levando em consideração a peculiaridade do trabalho *in loco* com população em situação de rua, vale ressaltar que, no período de 2007 a 2009, o dispositivo atuou superando as dificuldades já citadas que não são inerentes à intervenção proposta, fazendo parte do contexto político municipal, o que só dificulta ainda mais os desafios da intervenção do dispositivo analisado.

Em 2009, ocorreu um fato que merece destaque: o CAPS-AD Pernambuco e, conseqüentemente, o dispositivo Espassos da Rua, que foram pensados, criados e até então geridos pelo governo estadual, passou a sofrer ameaça de descontinuidade do serviço, já que o estado vinha sinalizando que não seria possível continuar sob a sua gestão e que, caso o município não a assumisse, de fato, estes seriam fechados. Assim sendo, o município assumiu a gestão do serviço, que foi municipalizado, mas, a partir de então, passou a solicitar relatórios, a questionar a “validade” e “efetividade” das ações realizadas pelo dispositivo, além dos “custos” para a manutenção da equipe. Cogitava-se a possibilidade de extinção do dispositivo, tendo em vista que o município já mantinha um dispositivo de atenção à população em situação de rua e referia que a manutenção de outro dispositivo deste tipo se tornara dispendioso. Porém, após as ameaças, o município decidiu manter o dispositivo.

Ainda, em 2009, a equipe vivenciou dois marcos que facilitaram a existência do projeto e a continuidade do dispositivo. O primeiro foi o fato de o Ministério da Saúde (MS) adotar como uma das estratégias do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), os Consultórios de Rua, que deveriam se constituir como “dispositivos públicos componentes da rede de atenção integral em saúde mental, oferecendo às pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas ações de promoção, prevenção e cuidados primários no espaço da rua”. (BRASIL, 2010, p. 37)

O segundo marco foi o Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que instituiu, no Brasil, a Política Nacional para a População em Situação de Rua apresentada pelo governo federal como forma de orientar a construção e a execução de políticas públicas voltadas para esta população. Vale, aqui, ressaltar o protagonismo de movimentos sociais formados por pessoas em situação de rua, dentre outras ações que contribuíram para a efetivação deste processo. Esta Política se estrutura em dois eixos principais: o primeiro, relativo à verticalidade federativa, conjuga as ações municipais, estaduais e federais, que devem trabalhar em complementaridade para atender às demandas da população. O segundo eixo diz respeito à interdisciplinaridade e intersetorialidade na atuação dirigida à população em situação de rua, sendo, assim, imprescindível o trabalho conjunto das diversas pastas governamentais, além de instituições ou de movimentos da sociedade civil organizada. (BRASIL, 2008, p. 7)

Neste período, foi realizado, pela Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direito do Cidadão (Setad), o I Censo da População em Situação de Rua, em Salvador, que revelou: que a cidade possuía 2.010 moradores de rua, cerca de 0,66% de sua população total, concentrando-se o maior contingente (30,8%), na Cidade Baixa (Comércio, Calçada, Mares, Bonfim, Boa Viagem), vindo, em seguida, o Centro Histórico, com 24,2%; que os homens eram maioria na população pesquisada (79,8%); o predomínio dos jovens ou adultos jovens, entre 18 e 39 anos (60,2%); e, ainda, que grande parte da população pesquisada não dispunha dos documentos básicos indispensáveis para atos civis e para o exercício da cidadania política.

Merece destaque o fato de que, em 2010, quando estava sendo fundado, em Salvador, o movimento da população em situação de rua, ocorreram, periodicamente, reuniões quinzenais com, aproximadamente, 120 moradores em situação de rua e entidades parceiras que discutiam sobre políticas públicas, denúncias de violação de direitos, dentre outros assuntos. Neste período, a equipe estava passando por momentos complicados – por vezes, a falta de gasolina impedia que a equipe realizasse a intervenção noturna – prejudicando a relação de vínculo e confiança que a população assistida tinha com a equipe.

Diante dessas dificuldades, e a partir da divulgação de um Edital de Seleção para Consultórios de Rua, lançado pelo Ministério da Saúde (MS), o dispositivo participou da seleção e, tendo sido selecionado, foi contemplado com uma verba de R\$ 200.000 que foi direcionada para a ampliação da cobertura de áreas assistidas pelo dispositivo, bem como para a aquisição de materiais permanentes e de consumo e para a contratação de redutores de danos. Após o resultado da seleção, esta verba foi, imediatamente, transferida do fundo nacional para o municipal, porém não foi repassada para o dispositivo. Em 2011, após quatro anos de intervenção noturna na praça no Largo dos Mares, a ação foi interrompida, inesperadamente, por falta de um veículo de transporte.

A história de vida das pessoas em situação de rua é marcada pela fragilidade, precariedade e pela ruptura de vínculos, daí porque a questão da vinculação sempre foi considerada prioritária para a equipe, em função da consciência de que o processo de desvinculação gera uma desestruturação do sujeito. Sobre isto, diz Oliveira (2009, p. 48):

[...] Penetrar no universo concreto dos usuários é uma tarefa delicada, visto que a simples presença de estranhos ocasiona interferências na dinâmica de vida das pessoas, de modo que a constru-

ção de vínculos de confiança é objetivo inicial e essencial, pois esse será o canal por onde se fará fluir o trabalho [...].

E continua:

Para os sujeitos que fazem uso intensivo de drogas e vivem em ambientes socioeconômicos precários e marginais, o estabelecimento desses vínculos já representa em si um ganho terapêutico, visto que, muitas vezes, seus referenciais são apenas aqueles que circulam nesse universo marginal. (OLIVEIRA, 2009, p. 49)

Neste período, em que a ação noturna foi interrompida, a equipe se aproximou mais do movimento da população em situação de rua da cidade de Salvador que estava promovendo fóruns de discussões, planejando um seminário, dentre outras ações. Esta aproximação com o movimento foi a forma que a equipe encontrou para continuar prestando assistência à população alvo do dispositivo.

Ainda em 2011, os integrantes da Defensoria Especializada de Direitos Humanos da Cidade de Salvador iniciaram um trabalho de atendimento individual e coletivo, em favor da população em situação de rua, em que foi relatada a constante e reiterada violação dos direitos humanos destas pessoas, notadamente por meio de ações perpetradas por agentes das Polícias Civil e Militar. Além da realização da operação “Ordem na casa”, ouviram relatos de diversas pessoas em situação de rua, no sentido de que os agentes da Limpurb – órgão responsável pela limpeza urbana da cidade de Salvador –, sob o pretexto de promover a limpeza dos espaços públicos, lançavam jatos de águas nas pessoas que dormiam nas ruas, em flagrante desrespeito aos seus direitos. Verificaram, ainda, que muitas pessoas em situação de rua estavam sem acesso ao direito à saúde por falta do cartão do SUS. Em atendimento itinerante, realizado em favor de duas pessoas em situação de rua, também tiveram a oportunidade de presenciar a dificuldade de obtenção do cartão SUS, na medida em que a sua expedição nos Postos de Saúde é condicionada à apresentação do documento de identificação e de comprovante de residência. (PADILHA; CAVALCANTE, 2011)

Um olhar atento sobre a realidade desse público permite concluir que as pessoas que vivem em situação de rua sofrem todas as formas de violação de seus direitos humanos, logo, propor políticas públicas nesta área requer a identificação das necessidades desta população. (BRASIL, 2008, p. 13)

Em agosto de 2012 a ação noturna foi retomada, com equipe mínima, sendo necessário abrir outro campo de atuação, pois, depois da

interrupção abrupta da intervenção noturna, no Largo dos Mares, a relação com a população que fora atendida ficou estremeçada.

No processo de abertura de campo a equipe realizou, por um período de três meses, um mapeamento da cidade de Salvador, já que o último mapeamento havia sido realizado no ano de 2007 e o contexto naquele momento havia mudado. Nesta ocasião, observamos uma série de mudanças relacionadas ao comportamento da população em situação de rua e, novamente, mudanças no cenário político e assistencial. O primeiro fator de mudança observado, que chamou bastante a atenção da equipe, foi o fato de a população em situação de rua não estar mais se aglomerando no centro da cidade e em alguns pontos específicos onde, anteriormente, era possível verificar a sua presença de forma maciça. Observamos que estava ocorrendo uma migração para bairros pequenos da cidade ou a presença de pequenos grupos nos centros.

Após o mapeamento, foi escolhida a Praça das Mãos Cruzadas, situada no bairro do Comércio, para a realização da intervenção noturna. Ao iniciarmos a atuação nesta praça, confrontamo-nos com um fato que nos chamou a atenção: diariamente, presenciávamos cenas e relatos de violência, traumas, transgressões e, a cada ida a campo, a população relatava a atuação cada vez mais ostensiva da Polícia Militar e da Guarda Municipal. Para a equipe, este foi um momento bastante delicado e, por diversas vezes, nos sentimos vulneráveis e pensamos em desistir de realizar a intervenção, pois a população estava bastante reativa à nossa abordagem, por estarem acontecendo frequentes ações de “higienização” e, além desses fatores, havia também a presença forte do tráfico de drogas.

Em paralelo a essas questões, a população em situação de rua estava em um momento de descrédito total para com os serviços oferecidos pelo município nos setores da Saúde e da Assistência Social, dentre outros, devido à dificuldade de acesso aos serviços, a precariedade e a falta de dispositivos adequados. Em relação ao cenário assistencial, observamos que um grande contingente de pessoas não usava os serviços públicos oficiais e que os programas sociais desenvolvidos para esta população eram marcados pela institucionalização de práticas que visavam à retirada destas pessoas das ruas.

Os programas sociais desenvolvidos nesse contexto trazem a marca ideológica do descarte social de uma população que é tratada como excedente. São programas marcados pela institucionalização de práticas que visam à retirada dessas pessoas das ruas, oferecendo, en-

tretanto, poucas possibilidades de uma reestruturação de suas vidas. (VARANDA; ADORNO, 2004, p. 66)

De acordo com os relatos da população, em relação à assistência à saúde, a rotina dos serviços em geral assume uma postura rígida, não levando em consideração as especificidades destes usuários. A inabilidade dos profissionais de saúde no trato com esta população, a burocracia para o agendamento e a exigência de documentos dificultam o acesso aos serviços oferecidos pelas unidades de saúde, postura esta adotada até mesmo nos serviços de saúde localizados próximos ao local de permanência dessa população. Corroborando esta informação, a Pesquisa Nacional sobre População em Situação de Rua, promovida pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, afirma que a grande maioria dos moradores de rua não é atingida pela cobertura dos programas governamentais. (BRASIL, 2008, p. 13)

Outro fator relevante é o fato de termos retomado a ação noturna em um momento em que a justiça estava tornando mais céleres as medidas de cumprimento da internação compulsória prevista em lei. Apesar da polêmica, da ampla divulgação na mídia e das discussões em torno da internação compulsória, não existem muitos estudos desenvolvidos sobre este tema. Porém, vale ressaltar que o intuito de discutir este tema se deve ao fato de se tratar de uma discussão central para um dispositivo que prevê um atendimento *in loco*, construindo, junto com o usuário, alternativas para o seu tratamento. Nos estados do Rio de Janeiro e São Paulo, estavam acontecendo, diariamente, ações de retirada das ruas, de forma compulsória, de pessoas em situação de rua em uso de substâncias psicoativas e estes episódios estavam sendo amplamente discutidos e divulgados na ocasião. Assim, quando nos aproximávamos e nos identificávamos, a população achava que se tratava de uma equipe responsável por realizar ações de internação compulsória.

Vale ressaltar que a internação compulsória está prevista em lei. No caso de a pessoa não querer se internar voluntariamente, pode-se recorrer às internações involuntária ou compulsória, definidas pela já citada Lei Federal de Psiquiatria nº 10.216/2001.

No dia 11 de janeiro de 2013, o Estado de São Paulo viabilizou uma parceria inédita, no Brasil, entre o Judiciário e o Executivo, entre médicos, juízes e advogados, com o objetivo de tornar a tramitação do processo de internação compulsória (já previsto em lei) mais célere. (PORTAL GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO, 2013) Neste período, começou a ser veiculado nos jornais de circulação da cidade de Salvador que a medida de internação compulsória também seria a estratégia

adotada pelo governo estadual, como podemos ver na matéria do jornal *Correio*, de 22 de janeiro de 2013:

Assim como São Paulo, que ontem passou a internar compulsoriamente os dependentes químicos, a Bahia também vai internar à força dependentes químicos. Uma equipe com profissionais de saúde será criada pela Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (Suprad), órgão vinculado à Secretaria de Justiça, Cidadania e Direitos Humanos. A previsão do governo do estado é que a equipe já esteja nas ruas do Centro Histórico em março. (SOTERO, 2013)

Diversas entidades se posicionaram contra as internações compulsórias e contra as comunidades terapêuticas, defendendo o tratamento em locais abertos ligados à rede antimanicomial. Ainda em 22 de janeiro de 2013, diz o jornal *A Tarde*:

O coordenador do Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (Cetad), vinculado à Universidade Federal da Bahia (Ufba), Antônio Nery, afirmou discordar da internação compulsória: 'Esta ação representa uma espécie de limpeza social', acrescentou.

Segundo Nery, as razões que levam uma pessoa ao abuso de drogas são complexas. 'Não se pode obrigar a pessoa a se tratar quando ela não quer, salvo quando representa perigo para ela e para terceiros', disse. Nery afirma ser favorável à internação involuntária apenas quando o paciente corre risco de morte ou ameaça a vida de um terceiro.

Não é uma ordem judicial que determina a internação, mas sim médica. Isso até que a pessoa recupere sua capacidade de decidir se quer ou não ficar internada. Ela precisa recuperar a capacidade de entender o risco que oferecia para si mesma e para os outros, destacou.

Segundo Nery, antes da internação, deve-se pensar na estrutura para acolher estas pessoas. 'Na Bahia, não temos estes lugares para encaminhá-las. Muito mais sério do que intervir, é ter uma alternativa de tratamento, hospedagem, capacitação profissional e educação para receber estas pessoas', criticou. (SANTOS, 2013)

Em março deste ano, foi promovida, pela Defensoria Pública, uma discussão sobre internação compulsória e fortalecimento da Rede na Bahia, com a presença de representantes da Superintendência de Prevenção e Acolhimento aos Usuários de Drogas e Apoio Familiar (Suprad), do Cetad, do Centro de Convivência Ponto de Encontro, da UFBA, da Secretaria de Desenvolvimento Social e Combate à Pobreza (Sedes),

do Movimento da População em Situação de Rua, entre outros, que puderam se posicionar sobre a prática da internação compulsória já adotada em outros estados como Rio de Janeiro e São Paulo, explicar porque a Bahia não deveria seguir o exemplo dos estados citados bem como apresentar à instituição quais são as práticas que já vêm sendo feitas pela Rede.

Neste encontro, de acordo com Fabiana Almeida, subcoordenadora especializada de Direitos Humanos:

Não vamos nos opor ao internamento compulsório individual aquele que é feito em casos específicos onde a pessoa oferece risco à sua vida e à vida do outro. Mas, temos um posicionamento contrário a este tipo de prática como política municipal de massa, inclusive por não ter a cidade ou o estado condições de abrigar estas pessoas que serão retiradas das ruas contra sua própria vontade. (DEFENSORIA PÚBLICA DA BAHIA, 2013)

Em 23 de maio de 2013, aconteceu uma sessão especial na Câmara Municipal de Salvador com o tema “Internação compulsória: uma negação da Reforma Psiquiátrica?”. Este tema foi debatido em homenagem ao Dia Nacional da Luta Antimanicomial, comemorado no dia 18 de maio. Nesta ocasião, o coordenador do CAPS-AD Gregório de Matos, o psiquiatra Tarcísio Andrade, criticou a internação compulsória para pessoas que sofrem de dependência química. “Pensar em internação compulsória para pessoas que usam drogas é insano. Prejudica as famílias, os doentes e a sociedade como um todo, declarou”. (INTERNAÇÃO, 2013)

A internação compulsória, portanto, divide opiniões. O principal argumento dos favoráveis a esta medida é a falta de discernimento ou a perda da razão do indivíduo em virtude do abuso de drogas, o aumento da criminalidade e o dever que, conforme o artigo 196 da Constituição Federal (CF/88), o Estado tem de promover a saúde e o bem-estar de todos. Especialistas da área que se opõem à internação de forma compulsória alegam que este tipo de tratamento, apesar de estar em conformidade com a legislação vigente, deve ser utilizado como uma última opção, em casos extremos, ou seja, quando o paciente estiver colocando a sua própria vida ou a de terceiros em risco. A internação compulsória, segundo estes especialistas, não pode ser feita visando um resultado ou a solução instantânea para o problema da dependência: é um tipo de intervenção questionado quanto à sua eficácia e adequação, tendo em vista que é uma abordagem invasiva e, para alguns, uma violação dos direitos humanos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo descreveu a trajetória do dispositivo Espassos da Rua desde sua implantação, em 2007, até o início do ano de 2013, e a narrativa dos fatos evidenciou as dificuldades enfrentadas pelo dispositivo e como as mudanças no cenário político e assistencial interferiram na realização das intervenções bem como na caracterização da população em situação de rua.

Através da experiência deste dispositivo, verificamos a importância e o potencial de intervenções realizadas no território que têm como elementos prioritários o acolhimento, a escuta, a realização de encaminhamentos para as diferentes demandas, a tentativa de criar estratégias para a diminuição de fatores de risco e da vulnerabilidade social e o fortalecimento da rede pessoal e de suporte, elementos estes que permitem a construção de uma relação baseada na confiança, no vínculo e no respeito.

O alinhamento da equipe com a lógica da RD, como uma diretriz de cuidado às pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, favorece um novo olhar sobre a prática de saúde. A oferta de informações e orientações, o esclarecimento de dúvidas, o diálogo sobre as possibilidades de mudança de comportamentos permite que estas pessoas sejam escutadas e acolhidas a partir de suas singularidades.

O fato de o dispositivo não assumir um papel autoritário e a não exigência da abstinência como garantia para o atendimento e para a oferta de cuidado possibilitam a aproximação com as reais necessidades da população, ultrapassando as barreiras do preconceito e da exclusão, permitindo pensar possibilidades a partir do contexto sociocultural dos usuários baseado no respeito à liberdade de escolha e no compartilhamento de responsabilidades.

O trabalho *in loco* com a população em situação de rua apresenta uma série de particularidades como: a necessidade da equipe de se adaptar às condições que se apresentam no momento da realização das intervenções; o fator imprevisibilidade; a flexibilidade; a capacidade de articulação e negociação; e o respeito à diversidade, dentre outros fatores. Sendo assim, destacamos a importância de investimento público na formação de recursos humanos voltados para as intervenções territoriais.

Diante da abrangência e da complexidade das ações realizadas no território, percebe-se a necessidade de compor uma equipe com vínculos empregatícios mais estáveis, tendo a capacitação e educação conti-

nuada como elementos fundamentais para a sua constituição. Porém, há conflitos de interesses políticos que nem sempre escolhem a opção mais adequada.

Como podemos observar, a trajetória do dispositivo foi marcada por prejuízos decorrentes de mudanças na composição da equipe, pela falta de recursos materiais imprescindíveis, como veículo de transporte e insumos de prevenção e redução de danos, fatores que causavam a descontinuidade das intervenções e prejudicavam a relação com a população atendida.

Em se tratando de intervenções voltadas para esta população, fica cada vez mais evidente a necessidade da atuação de diversos setores do Estado trabalhando de maneira articulada, intra e intersetorialmente, de forma que saúde, educação, assistência social, trabalho, habitação e cultura, dentre outros setores, se entrecruzem e se conectem, somando esforços para a diminuição dos riscos e das vulnerabilidades, além da criação de redes de suportes para esta população.

A equipe do Espassos da Rua tem o desafio diário de diversificar ofertas, de maneira integrada, buscando, em outros setores, aquilo que a saúde não oferece. Por este motivo, destacamos a importância de um trabalho articulado em rede, pois a falta de diálogo entre os setores, a falha na constituição de uma rede de suporte, nos alerta para o fato de que enquanto não houver comunicação não será possível garantir um atendimento de forma integral a esta população.

De acordo com o PEAD 2009-2010, os Consultórios de Rua são equipamentos de saúde com potência para promover articulações na rede intersetorial, uma vez que, ao atuar na ponta, com um público com especificidades tão complexas, com queixas e demandas múltiplas, necessitam da aliança com outros setores para dar retaguarda aos encaminhamentos, buscando romper o isolamento do setor saúde, construindo efetivamente parcerias eficazes e resolutivas e que, de fato, atendam às necessidades da população. (BRASIL, 2010, p. 16)

A forma como o poder público vem tratando a população em situação de rua e os usuários de drogas precisa ser mudada urgentemente. As medidas de internação compulsória, ou seja, o “recolhimento compulsório”, utilizando-se de argumentos “falsos” apontam para um grande retrocesso na política para os usuários de álcool e outras drogas.

Para concluir destacamos a necessidade do apoio da gestão para o processo do cuidado integral, com práticas humanizadas à população em situação de rua, além da implementação de políticas públicas que garantam os direitos desta população.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 23 dez. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

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*, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Pobreza. *Política nacional para inclusão social da população em situação de rua*. Brasília, DF, maio 2008. Disponível em: <<http://projektorua.gempo.com.br/wp-content/uploads/2013/06/Pol%C3%ADtica-nacional-para-inclus%C3%A3o-social-da-popula%C3%A7%C3%A3o-em-situa%C3%A7%C3%A3o-de-rua.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF, 2003. (Textos Básicos de Saúde, B).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/39_Portaria_336_de_19_02_2002.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/sm_sus.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

BUCHER, R. O consumo de drogas entre crianças em situação de rua. In: BUCHER, R. *Drogas e sociedade nos tempos da AIDS*. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1996. p. 117-131.

DEFENSORIA PÚBLICA DA BAHIA. Reunião promovida pela Defensoria discute internação compulsória na Bahia e fortalecimento da Rede. *JusBrasil*. Disponível em: <<http://dp-ba.jusbrasil.com.br/noticias/100309578/reuniao-promovida-pela-defensoria-discute-internacao-compulsoria-na-bahia-e-fortalecimento-da-rede>>. Acesso em: 18 out. 2013.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. *Consultório de rua: relato de uma experiência*. 2009. 150 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

PADILHA, M. C. N.; CAVALCANTE, L. S. Atuação extrajudicial da Defensoria Pública do Estado da Bahia em favor da População em. In: CONGRESSO NACIONAL DE DEFENSORES PÚBLICOS, 9., 2011, Salvador. *Anais...* Salvador, 2011. Disponível em: <https://www.anadep.org.br/wtksite/cms/conteudo/13139/Fabiana_Mirand.Eva_Rodrigues.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

PLENA, M. G. et al. Anexo 3: Portaria nº 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. In: PLENA, M. G. et al. (Org.). *Consultórios de rua do SUS*. Brasília, DF, 2010a. p. 41-53. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

PLENA, M. G. et al. Anexo 4: 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. In: PLENA, M. G. et al. (Org.). *Consultórios de rua do SUS*. Brasília, DF, 2010b. p. 54-57. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ecopolitica/downloads/pesquisas/1_B_2010_Consultorio_rua_SUS_conselho_saude_mental.pdf>. Acesso em: 10 out. 2013.

PORTAL GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Entenda o que é a internação compulsória para dependentes químicos*. São Paulo, jan. 2013. Disponível em: <<http://www.saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=225660>>. Acesso em: 10 out. 2013.

INTERNAÇÃO compulsória é-debatida no dia da luta antimanicomial. *Notícia Livre*, Salvador, set. 2013. Disponível em: <<http://www.noticialivre.com.br/index.php/10-geral/16814-salvador-internacao-compulsoria-e-debatida-no-dia-da-luta-antimanicomial>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SANTANA, J. P. A intervenção com crianças e adolescentes em situação de rua: possibilidades e desafios. In: NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD, 2010. p 25-33. Disponível em: <<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Capacitacao/328365.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2013.

SANTOS, L. Bahia evita ação de internação compulsória para usuários. *A Tarde*, Salvador, 2013. Disponível em: <<http://atarde.uol.com.br/bahia/materias/1479795-bahia-evita-acao-de-internacao-compulsoria-para-usuarios>>. Acesso em: 18 out. 2013.

SOTERO, A. Salvador terá internação compulsória de viciados em drogas. *Correio*, Salvador, 2013. Disponível em: <<http://www.correio24horas.com.br/noticias/detalhes/detalhes-1/artigo/salvador-tera-internacao-compulsoria-de-viciados-em-drogas>>. Acesso em: 18 out. 2013.

TONDIN, M. C.; BARROS NETA, M. da A. P.; PASSOS, L. A. Consultório de rua: intervenção ao uso de drogas com pessoas em situação de rua. *R. Educ. Públ.*, Cuiabá, MT, v. 22, n. 49, p. 485-501, maio/ago. 2013. Disponível em: <<http://periodicoscientificos.ufmt.br/ojs/index.php/educacaopublica/article/view/929/730>>.

VARANDA, W.; ADORNO, R. de C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 1, p. 56-69, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/07.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2013.

O CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS ENTRE PROFISSIONAIS DE SEGURANÇA PÚBLICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA (1998-2013)

Luana Dourado Figueira
Sérgio Nascimento S. Trad

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas (SPA) é uma prática comum no Brasil e no mundo. Desde a Pré-história, diferentes culturas fazem uso de plantas, substratos vegetais e substâncias de origem animal para produzir estados alterados de consciência com diversos propósitos e com diferentes modos de concebê-la. (MACRAE, 2001)

Foi a partir da década de 1970 que, segundo Birman (2012), instaurou-se no Ocidente a chamada cultura das drogas, a busca pelo prazer enquanto resposta ao mal-estar contemporâneo que refletia sujeitos descrentes em seu poder de ação e que encontravam no consumo dessas substâncias uma tentativa de produção hedonista de gozo diante do crescente sofrimento psíquico. Neste contexto, a compulsão pelas drogas passa a se constituir enquanto modalidade de ação marcada pelo excesso, que impele à ação e se manifesta no corpo. (FORTES, 2013)

Para Nery Filho (2012), o encontro com a substância psicoativa seria a primeira alternativa para o sofrimento humano. Isto se daria de acordo com o lugar que estas substâncias poderiam ocupar na história de cada pessoa e suas relações com as possíveis determinações sociais. Becker (1977) aponta para a relevância de se levar em conta o cenário social para se entender as experiências com as drogas. Este parte do princípio de que os efeitos das drogas têm caráter multiforme, variando de pessoa para pessoa e de lugar para lugar, e isto porque estas substâncias, usualmente, apresentam mais de um efeito sobre o organismo, que o efeito sentido pelo consumidor é resultado de sua interpretação, refletindo influências contextuais muito sutis. Assim, a experiência sub-

sequente à ingestão de uma substância, ou seja, o que seria vivenciado enquanto seu efeito, estaria determinado pelas crenças e ideias do consumidor sobre aquela droga, recebendo influência direta do cenário social. Também a resposta a este efeito, o modo como o consumidor lida com as consequências deste efeito e o seu padrão de uso, seriam resultado de sua interpretação da experiência com a droga.

Considerando que cada pessoa consumirá determinada droga de acordo com suas necessidades subjetivas ou sociais, delimitadas pela sua cultura (MACRAE, 2001), o uso, abuso e dependência de SPA seria resultado de uma relação triangular entre o sujeito, a droga e o contexto no qual esta substância é consumida. (OLIEVENSTEIN, 1989)

De acordo com Fernandes e Ribeiro (2002), a centralidade do tema das drogas e as diversas funções que estas foram assumindo na sociedade reportam a modelos de abordagem da questão em que são identificados paradigmas regentes de ações e posicionamentos. Desta forma, estes modelos acabam por determinar como vem sendo significada e estabelecida a questão do uso de “drogas” conduzindo a práticas e discursos que a regulam.

Nas últimas décadas, no Brasil, passaram a coexistir duas posturas básicas diante do uso e abuso de SPA. Uma delas, identificada com o modelo proibicionista, tem como foco a substância e os malefícios aos indivíduos e à sociedade atribuídos à droga. Pauta-se em estratégias autoritárias e imperativas de combate às drogas, trazendo como ideal a extinção das substâncias. A outra, identificada como modelo de Redução de Danos (RD), compreende a importância da tríade contexto, sujeito e substância para a abordagem e análise do fenômeno. A proposta preza por uma abordagem não condicional, sustentada pelo princípio de respeito à liberdade de escolha dos indivíduos, propondo a redução de riscos e danos sociais e de saúde decorrentes dos diferentes usos de drogas. (MOREIRA; SILVEIRA; ANDREOLI, 2006)

A partir da década de 1980, com a redemocratização do país, o modelo proibicionista incorporado à saúde pública passou a ser questionado, uma vez que não se mostrava efetivo na melhoria do quadro da denominada epidemia das drogas. Prescindindo da abstinência, a proposta da RD reconhece que as pessoas seguirão consumindo SPA, mas que este consumo não necessariamente será descontrolado ou sem nenhum parâmetro ou cuidado por parte do usuário. (GOMES, 2012)

A atual Política Nacional Sobre Drogas (PNSD) (BRASIL, 2005), ao apresentar ênfase na prevenção e redução de danos, aponta para uma importante mudança no discurso de uma sociedade “livre de drogas”,

que dá lugar ao de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevidos das lícitas. (FLACH, 2010) No entanto, a relação entre o consumo de drogas ilícitas e a criminalidade persistiu no reconhecimento da utilização dessas substâncias como fomentadora de atividades e organizações criminosas. (BRASIL, 2005) As ações para redução de oferta das drogas aparecem diretamente associadas à necessidade de repressão ao crime, ao alto índice de violência no país e à melhoria das condições de segurança das pessoas.

Ao aparecer enquanto questão de segurança pública, o consumo de drogas passa a ser também questão de polícia. “Detentores diretos da força pública” (OLIVEIRA, 2010), tais agentes são convocados a reprimir a produção, o comércio e o uso indevido de SPA. Então, entender como estes profissionais estão sendo preparados para lidar com a questão das drogas bem como qual é a visão institucional acerca do tema ajudaria a compreender como o consumo dessas substâncias vem sendo abordado no Brasil.

Conforme rege a Constituição Brasileira de 1988, segundo o Art. 144, a Segurança Pública, enquanto dever do Estado, direito e responsabilidade de todos, deve prezar pela manutenção da ordem pública e da incolumidade das pessoas e do patrimônio. (BRASIL, 1988) Imbuídos desta missão, os agentes de segurança pública assumem enquanto condição intrínseca à sua profissão o risco e a segurança (MINAYO, 2008, p. 16), cabendo a estes enfrentar o risco em suas atividades a fim de promover a segurança pública:

A Polícia Militar pode ser configurada como uma organização em que esse conceito (risco) faz parte da escolha profissional e desempenha um papel inerente às condições de trabalho, ambientais e relacionais. [...]. Seus corpos estão permanentemente expostos e seus espíritos não descansam. (MINAYO, 2008, p. 18)

Entendendo o trabalho enquanto categoria estruturante das condições de saúde assim como das condições de existência e de risco, Minayo (2008) aponta para a importância de investigar as relações entre atividade laboral, saúde e qualidade de vida dos profissionais de segurança pública. O sofrimento psíquico atribuído à natureza da atividade policial tem sido trazido à voga por estudos como o de Souza e colaboradores (2012) e o de Dias (2011) que o relacionam ao estresse e ao consumo de SPA por esses profissionais. Burke (1994 apud DELA COLETA, 2008) apresenta a utilização de drogas por policiais como mecanismo de enfrentamento utilizado por estes frente ao estresse no

trabalho. Diversos estudos entendem esta profissão como particularmente propensa ao estresse, devido ao já comentado risco à qual está exposta, ao contínuo contato com o público (SANCHEZ-MILLA et al., 2001 apud DELA COLETA, 2008) ou mesmo pelo fato de ter como instrumento de trabalho armas de fogo.

Com o incremento da violência, um constante estado de alerta se faz cada vez mais necessário entre estes profissionais. Entendendo a violência enquanto uma característica da vida atual, Dela Coleta (2008), expressa ser razoável esperar que as atividades policiais sejam cada vez mais expostas à violência enquanto responsável e afetado por esta, já que a população experimenta o crescimento da violência em seu cotidiano. Levando em conta esta ambiguidade inerente ao papel da polícia, que produz ações que reprimem ao mesmo tempo em que protegem o cidadão, Oliveira (2010) aponta para o caráter violento desta atividade, violência esta legitimada.

Muitas vezes vistos como violentos e imprevisíveis pela população (SILVA; LEITE 2007 apud OLIVEIRA; SANTOS, 2010), estes profissionais sofrem a desconfiança desta frente a sua atuação, o que produz uma constante pressão geradora de estados de incertezas e angústias, uma vez que lhes cabem contínuas tomadas de decisões nas suas ações cotidianas a partir do reconhecimento do que é bem e do que é mal. (OLIVEIRA; SANTOS, 2010)

Apontando para a possibilidade de se associar o sofrimento humano ao processo laboral, Oliveira e Santos (2010) sinalizam a necessidade de suas causas serem compreendidas a fim de modificar e reorganizar contingências mais favoráveis ao processo de trabalho. No entanto, além dos fatores laborais, os de caráter organizacional, como as relações entre funcionários e as características do trabalho policial, incidiriam em maior ou menor grau nos policiais aumentando sua fadiga psíquica e, conseqüentemente, os efeitos nocivos do estresse.

Para Lima (2010), em determinadas profissões, a adição faz parte dos riscos ocupacionais, podendo ser qualificada enquanto doença do trabalho. A autora identifica dois modos de consumo de SPA no contexto laboral: o funcional e o disfuncional. No primeiro, a droga aparece como ferramenta de trabalho não acarretando em prejuízos. No entanto, no uso disfuncional, existe uma mudança no padrão de consumo que afeta de forma contundente o desempenho profissional, visto que “a droga deixa de ser um meio para lidar com as dificuldades, passando a ser um fim em si mesmo”. (LIMA, 2010, p. 266)

Na atividade policial, a natureza da profissão pode favorecer o uso e abuso de SPA entre estes profissionais. Mas é necessário entender, também, como as instituições de segurança pública são afetadas pela conjuntura que integram, exercendo demarcada função, o que acaba por se refletir na saúde de seus agentes.

Deste modo, é importante perceber como sua identidade profissional afeta a sua vida e, principalmente, a sua saúde. Uma das formas de compreender a relação entre o papel social dos agentes de segurança pública e a saúde destes é analisar o modo como a instituição vem tratando a dependência química entre seus servidores. Considerando sua relevância, este estudo tem como objetivo analisar a literatura encontrada nas bases de dados Scielo, Bireme, Pubmed e Lilacs sobre o uso de SPA entre profissionais de segurança pública no Brasil. Busca-se, aqui, averiguar como o tema vem sendo abordado, descrevendo as ações de prevenção e tratamento utilizadas pelas instituições de segurança pública, a prevalência de consumo entre agentes da segurança pública, assim como a possível relação entre a atividade de segurança pública e o uso de psicoativos.

METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido mediante pesquisa bibliográfica buscando acessar as documentações sobre o uso de SPA lícitas e ilícitas, por agentes de segurança pública, publicadas no Brasil entre 1998 e 2013. A revisão de literatura buscou identificar artigos nas bases de dados *web*: Scielo, Bireme, Pubmed e Lilacs. Os descritores utilizados foram segurança pública e drogas, substâncias psicoativas e tratamento, polícia, dependência, álcool, tabaco.

Foram identificados 18 trabalhos que abordaram diretamente o tema. Para facilitar a análise do conteúdo, foram criadas três categorias de análise: motivação para o uso, danos atribuídos ao consumo das substâncias e percepção dos autores dos artigos sobre o uso de drogas. As pesquisas foram divididas em dois grupos: o primeiro composto pelas publicações que abordaram apenas o consumo de SPA lícitas entre os profissionais de segurança pública e o segundo pelos estudos que consideraram também as SPA ilícitas.

Após a descrição dos objetivos e resultados dos estudos, serão apresentados índices epidemiológicos e propostas de tratamento encon-

tradas nas pesquisas. Em seguida, serão trazidos dados encontrados nos estudos segundo as categorias descritas acima.

Grupo I - SPA lícitas

1 – Saúde do trabalhador: o alcoolismo como sintoma do sofrimento dos Policiais Militares de Alagoas. (OMENA; ALVES, 2006)

Resumo: Aborda o alcoolismo enquanto sintoma de sofrimento psíquico no trabalho tendo como referência a base de dados da Polícia Militar (PM) do estado de Alagoas. Conclusão, necessidade da revisão de padrões e paradigmas institucionais. Abordagem qualitativa.

2 – Alcoolismo na Polícia Militar no estado do Amazonas. (FERREIRA et al., 2002) Resumo: Traz como objetivo principal identificar a prevalência do alcoolismo entre Policiais Militares. Foi encontrada alta prevalência de alcoolismo nos PM. Abordagem qualitativa e quantitativa.

3 – Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: correlatos demográficos e psicossociais. (GOUVEIA et al., 2009)

Resumo: Tem como objetivo conhecer correlatos demográficos e psicossociais das atitudes frente ao álcool que levam a um potencial bebedor-problema. Os resultados trazem índices de 15,8% de potenciais bebedores-problema. É encontrada correlação positiva entre a idade, agressão e depressão dos participantes e as atitudes frente ao álcool e o uso abusivo desta droga. Pesquisa quantitativa.

4 – Agarre – Agrupamento de apoio para recuperação recíproca: uma alternativa de tratamento possível para os dependentes de álcool na PMMG. (SOUZA, 2003)

Resumo: Apresenta o programa de Apoio para Recuperação Recíproca (Agarre) enquanto alternativa de tratamento a policiais militares dependentes de álcool do estado de Minas Gerais. Pesquisa qualitativa e quantitativa.

5 – Depressão em policiais masculinos: avaliação do perfil de usuários crônicos de bebida alcoólica na PM-MG. (SOUZA, 2002)

Resumo: Traz como objetivo geral a avaliação da existência de correlação entre depressão e uso imoderado de bebida alcoólica por policiais masculinos pertencentes à PM-MG. Dos 75 policiais entrevistados, 53 apresentam sintomas depressivos. Pesquisa quantitativa.

6 – Diagnóstico do consumo de fumo e álcool pelos policiais militares do Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar de Santa Catarina. (BOLDDORI; SILVEIRA, 2000) Resumo: Estima o consumo de álcool e fumo entre PM do Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar de Santa Catarina. Dentre a amostra, 40% nunca beberam, 5%

bebem mais que dez drinks por semana e 63% nunca fumaram. Pesquisa quantitativa.

7 – Prevalência de tabagismo em policiais militares. (REZENDE et al., 2012)

Resumo: Identifica a prevalência de tabagismo em policiais militares do 4º Batalhão de Polícia Militar de Gurupi (TO). Encontra prevalência de tabagismo em policiais militares inferior à média da população geral. Pesquisa quantitativa.

8 – Uso de medicamentos ansiolíticos em Polícias Militares. (AMORIM; BARBOSA, 2009)

Resumo: Verifica o uso de medicamentos ansiolíticos por policiais de combate do 4º Batalhão de Polícia Militar do município de Cacoal (RO). Os dados revelam que 37,5% dos pesquisados já fizeram uso, em algum momento da vida, de medicamentos ansiolíticos, frequência superior aos índices da população geral. Abordagem quantitativa.

9 – Incidência de alcoolismo nos profissionais de segurança pública do 5º Batalhão da Polícia Militar do município de Londrina. (CARMO et al., 2011)

Resumo: Verifica o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre PM do 5º Batalhão da Polícia Militar de Londrina. Dentre os participantes, 83,65% localizam-se na faixa de baixo risco; 8,74% na faixa de uso de risco de álcool; 2,8% na faixa de uso nocivo desta bebida; e 5,32% na faixa de provável dependência. A pesquisa é de natureza quantitativa do tipo descritiva.

10 – O abuso de álcool entre policiais militares: um estudo em saúde mental e trabalho. (GISCHEWSKI, 2007)

Resumo: Explicita as influências recíprocas entre os processos psíquicos e o contexto de vida e de trabalho, buscando um entendimento mais abrangente do problema do alcoolismo entre policiais-militares. Dentro do detectado: a maioria dos pacientes iniciou o consumo de etílicos numa faixa etária relativamente alta, sugerindo que estes já trabalhavam na PMMG quando iniciaram o uso do álcool; o aumento abusivo desse consumo se deu para grande parte dos pacientes na faixa dos 31 a 48 anos. A maioria dos alcoolistas é praça da ativa, com uma maior prevalência de soldados. Para muitos dos policiais estudados, a organização do trabalho na PMMG contribui para a manifestação, o desenvolvimento e a manutenção de seus problemas atuais. Pesquisa quantitativa e qualitativa.

11 – Análise pericial do padrão de consumo de álcool em polícias e seus fatores de risco. (FERREIRA, 2013)

Resumo: Tem como objetivo buscar e demonstrar na literatura científica, o padrão de consumo de álcool por policiais, analisando se há diferenças entre os gêneros, comparando as diferenças deste padrão com o da população geral brasileira e de policiais de outros países, além de verificar se o uso de álcool por trabalhadores de outras ocupações é semelhante ou não. A prevalência de uso de álcool durante a vida encontrada entre policiais brasileiros varia de 48% a 87,8% (na população geral, é de 74,6%, e entre os demais trabalhadores, 78,7%). Internacionalmente, atinge 76,3% a 91% dos policiais, sendo que o beber em *binge* alcança 48% dos homens e 40% das mulheres. O uso abusivo de álcool varia de 5 a 25% (12 a 32% entre policiais no mundo; 50% entre trabalhadores). A dependência alcoólica varia de 3% a 19,2%, nos estudos brasileiros e internacionais. Os policiais apresentam maior prevalência de uso de álcool do que a população geral e menores taxas de abstinência, semelhante a outros trabalhadores, com elevados níveis de *binge-drinking*, em homens e mulheres, e uso nocivo nos mais jovens. Abordagem qualitativa e quantitativa.

Grupo II - SPA lícitas e ilícitas:

1 – A representação social dos policiais militares da Bahia: dependentes de substâncias psicoativas. (SOUZA, 2009)

Resumo: Analisa, dentro do contexto institucional da PM-BA, os constructos e significados da dependência química de policiais militares. Busca, também, compreender o tratamento que os servidores dependentes de SPA recebem da corporação e a representação social destes junto a seus colegas e superiores. Todos os entrevistados dependentes de SPA já sofreram discriminação na corporação. A assistência aos policiais dependentes se mostrou deficitária e inadequada. A dependência de álcool é mais tolerada e o dependente de crack na corporação é fortemente discriminado pelos seus pares e comandantes. Estudo qualitativo e quantitativo.

2 – Consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. (SOUZA et al., 2013)

Resumo: Investiga o consumo de SPA entre policiais civis e militares da cidade do Rio de Janeiro. Encontra maiores frequências de consumo regular de tabaco (23,3% dos civis *versus* 19,1% dos militares), de uso diário de bebida alcoólica (12% dos civis *versus* 11% dos militares) e de tranquilizantes no último ano (13,3% dos civis e 10,1% dos militares). O consumo de maconha envolve 0,1% dos policiais civis e 1,1% dos militares e o uso de cocaína entre os militares é de 1,1%. O consumo de

álcool se apresentou intenso e acarretando problemas no trabalho e nas relações sociais e familiares destes policiais. Estudo quantitativo.

3 – Profissionais da área de segurança e a dependência química: relato de uma experiência de estágio em núcleo de apoio psicológico. (LIMA; YANO, 2012)

Resumo: Apresenta uma proposta de atendimento a profissionais de segurança pública dependentes químicos, utilizando, como triagem, o instrumento *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST) e a Entrevista Motivacional (EM) como abordagem terapêutica do serviço. Busca, também, elaborar estratégias de superação de conflitos e preconceito gerados pelo uso de SPA entre estes profissionais bem como a melhoria das relações interpessoais entre eles e discutir programas de prevenção. Evidencia-se a pertinência tanto do ASSIST como da EM, de forma positiva. A utilização do instrumento de triagem e a abordagem são capazes de identificar o comprometimento social, físico, financeiro e os níveis de consumo destes. Estudo qualitativo e quantitativo.

4 – A dependência química e o trabalho desenvolvido pelo Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (Presta). (BETZEL, 2012)

Resumo: Descreve o Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista (Presta) como programa de intervenção que funciona dentro do Hospital da Polícia Militar do estado do Espírito Santo, que também implementa um modelo de comunidade terapêutica, mesclado com terapias de grupos, cognitivo comportamental e prevenção de recaída. O Presta é apresentado como uma alternativa àqueles indivíduos que veem, na estratégia de abstinência plena com internação terapêutica de curta duração e acompanhamento pós-internação, um caminho para o controle da dependência. Estudo descritivo e qualitativo.

5 – Survey on the use of psychotropic drug by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. (COSTA et al., 2010)

Resumo: Seu objetivo é verificar a prevalência do uso de drogas psicotrópicas por membros da PM-GO. Conclui que a prevalência do uso de SPA entre os policiais é alta. Estudo quantitativo.

6 – Identificação de drogas psicotrópicas em amostras de urina de policiais militares, nas cidades de Goiânia e Aparecida de Goiânia, estado de Goiás. (COSTA et al., 2009)

Resumo: Propõe-se a identificar uso de drogas psicotrópicas em amostras de urina de PM-GO e correlacionar com o uso da sociedade em

geral, bem como alertar sobre a necessidade da implantação de testes de drogas no efetivo ativo da PM. Pesquisa quantitativa e descritiva.

7 – Viabilidade de monitoramento de drogas em amostras de cabelo: aplicação prática em instituição policial. (KONARZEWSKI, 2009)

Resumo: Realiza uma revisão bibliográfica sobre o emprego diagnóstico qualitativo de usuários de SPA em longo prazo para possível aplicação em instituições públicas policiais considerando amostras de cabelo como matriz biológica. O histórico do indivíduo só pode ser obtido por meio de amostragem de cabelo tanto para diagnóstico do uso como para detecção de reincidências em acompanhamento a tratamento. Estudo qualitativo.

RESULTADOS

Dados epidemiológicos e tratamentos propostos

Parte dos estudos analisados trouxeram dados epidemiológicos acerca do uso de SPA entre profissionais de segurança pública. Os que trouxeram como objetivo a busca destes índices e os apresentaram nos resultados chegaram às seguintes conclusões: foi considerada alta a prevalência de alcoolismo e do consumo no último ano entre policiais quando comparada à população geral. (FERREIRA et al., 2002; FERREIRA, 2013) A frequência de uso de ansiolíticos também foi mais alta entre policiais militares, em comparação à população brasileira. (AMORIM; BARBOSA, 2009; COSTA et al., 2009)

No entanto, não foram encontradas diferenças significativas no índice de potenciais bebedores problema em PM de João Pessoa (PB), tomando por referencial os mesmos índices da população geral da capital paraibana. (GOUVEIA et al., 2009) Em outra pesquisa, os resultados quanto ao consumo de SPA entre policiais foram parecidos com o resto do Brasil e, principalmente, com o da mesma região, o que não evitou que esta prevalência fosse considerada alta e preocupante pelo autor. (COSTA et al., 2010)

Já em pesquisa que buscou diagnóstico do consumo de fumo e álcool no Batalhão de Operações Especiais da PM-SC, os resultados apontaram para um baixo consumo dessas substâncias entre o grupo estudado, tomando como referência os dados do Ministério da Saúde de 1993. No grupo de Operações Táticas Especializadas (Cobra) da PM-SC, dentro da amostra estudada, todos se apresentaram como abstêmios de

álcool. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000) Entre os policiais militares de Londrina (PR), foram encontrados índices de 83,65% de consumo de baixo risco; 8,74% de consumo de risco; 2,28% de consumo nocivo; e 5,32% de dependência ao álcool. (CARMO et al., 2011) Quando comparado ao índice nacional de alcoolismo, de 10%, a dependência de álcool entre os PM estudados é baixa. Também foi inferior à media encontrada na população brasileira, a prevalência de tabagismo na PM de Gurupi (TO). (REZENDE et al., 2012)

Em outro estudo, novamente realizado com PM-GO, cuja investigação focou no consumo de anfetaminas, canabinoides e benzodiazepínicos na corporação, foi encontrada prevalência de uso de anfetaminas e canabinoides muito próximo aos índices da região, sendo o consumo desta última substância mais baixo que o da população brasileira. Não obstante, o uso de benzodiazepínicos foi maior entre os PM estudados. (COSTA et al., 2009)

Finalmente, foram apresentados dados quantitativos epidemiológicos também em pesquisa realizada nas instituições policiais civis e militares da cidade do Rio de Janeiro. O uso regular de tabaco foi de 19,1% entre PM e 23,3% entre policiais civis (PC). Entre os entrevistados, 11% dos PM e 12% dos PC relataram uso diário de bebida alcoólica e, quanto ao consumo de tranquilizantes, 10,1% dos PM afirmaram ter feito uso desta substância no último ano, enquanto que entre PC este índice foi de 13,3%. O consumo de maconha envolveu 1,1% dos PM e 0,1% dos PC e o de cocaína entre os PM foi de 1,1%. Foi encontrado maior e mais intenso consumo de substâncias lícitas como álcool, tabaco e tranquilizantes por policiais militares, naqueles que exercem trabalho operacional. (SOUZA et al., 2013)

Muitos dos estudos reconheceram a necessidade de ações institucionais frente à dependência química nas corporações. A maioria destes trabalhos apontou para a relevância de ações preventivas, principalmente na esfera institucional. No entanto, foi ressaltada, também, a importância de políticas públicas preventivas levando-se em conta a dificuldade enfrentada pelo policial em buscar serviços de saúde na própria instituição, devido ao receio de sofrer discriminação ou punição. A eficácia de programas nacionais de prevenção ao tabaco foi observada em estudo, apesar de haver sido apontada a necessidade de aprimoramento de programa preventivo local. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000)

Para além da necessidade de prevenção, algumas pesquisas trouxeram enquanto objetivo propostas de tratamento e ações a serem implementadas na instituição. Tratamentos já existentes também foram

apresentados em, pelo menos, dois trabalhos que, apesar de demonstrarem a eficácia destas ações, consideraram que estas não esgotaram a demanda de atenção necessária. (BETZEL, 2012; LIMA; YANO, 2012; SOUZA, 2003)

Foram apontadas questões relativas à organização do trabalho, como a hierarquia militar, enquanto fatores que contribuem para a manifestação, o desenvolvimento e a manutenção do alcoolismo. (GIS-CHEWISKI, 2007; OMENA; ALVES, 2006) Então, foi proposta a oferta, pela instituição, de assistência psicológica preventiva aliada a terapias e à preparação dos policiais para enfrentamento de situações específicas. Outro estudo colocou a necessidade de que fossem oferecidos tratamentos adequados para as diferentes demandas aliados à prevenção decorrente da mudança de olhar na corporação sobre a questão do álcool.

Esta mudança de olhar da instituição sobre a dependência química entre seus agentes foi objetivo de um estudo realizado na PM-AL. Segundo este, o tratamento individual já oferecido pela PM-AL deveria vir acompanhado de ações institucionais de promoção à saúde do trabalhador, com forte ênfase na prevenção. Seria, então, necessária a revisão de padrões e paradigmas institucionais. (OMENA; ALVES, 2006)

Outros artigos, no entanto, se ativeram à busca de entendimento acerca do padrão e frequência do consumo de SPA entre agentes de segurança pública bem como das causas e possíveis correlações da dependência química entre policiais e variáveis demográficas e psicossociais. Foi o caso da pesquisa que encontrou correlação positiva entre atitudes frente ao álcool e o consumo abusivo desta droga com variáveis demográficas e psicossociais como idade, agressão e depressão, apesar de não ser estabelecida uma causalidade. (GOUVEIA et al., 2009) A correlação positiva entre alcoolismo e depressão foi observada também em outro estudo (SOUZA, 2002), assim como entre alcoolismo e violência (GISCHEWISKI, 2007) e agressividade (GOUVEIA et al., 2009) bem como entre uso de SPA e ansiedade. (AMORIM; BARBOSA, 2009; COSTA et al., 2009) Em última análise, estas informações foram investigadas na busca pelo melhor entendimento da questão, o que auxiliaria na promoção de uma atenção mais eficaz ao tema.

Diante das propostas de prevenção e atenção apresentadas é importante entender sob que percepção do fenômeno das drogas estão fundamentadas e o que objetivam. De acordo com Bucher (2007), os objetivos das intervenções são definidos pelo direcionamento dado a partir da ideologia explícita. No entanto, é a ideologia implícita, que aparece como não-ditos, que vem definir a ética das ações propostas.

Considerando a forma como a bibliografia produzida aborda o consumo de SPA entre agentes de segurança pública, será possível compreender melhor o modo como a questão vem sendo tomada. Para este entendimento, é importante levar em conta qual origem foi atribuída à dependência química e aos danos causados por esta, o que aponta para a percepção sobre as drogas nos estudos aqui considerados.

Motivações para o uso

O consumo de SPA legais entre agentes de segurança pública foi amplamente relacionado à natureza do seu trabalho. (AMORIM; BARBOSA, 2009; BOLDORI; SILVEIRA, 2000; CARMO et al., 2011; FERREIRA, 2013; FERREIRA et al., 2002; SOUZA, 2002; GISCHEWSKI, 2007; OMENA; ALVES, 2006; REZENDE et al., 2012; SOUZA, 2003) A atividade laboral apareceu como importante fator contributivo para alcoolismo (FERREIRA, 2013; OMENA; ALVES, 2006), considerado como uma das principais preocupações clínicas das corporações. (SOUZA, 2002; SOUZA, 2003; OMENA; ALVES, 2006)

O estresse advindo da atividade policial foi o mais citado motivador do consumo de álcool e tabaco entre PM. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000; CARMO et al., 2011; FERREIRA et al., 2002; FERREIRA, 2013; OMENA; ALVES, 2007; SOUZA, 2003; REZENDE et al., 2012) Para a maior parte destes estudos, o uso ou abuso dessas substâncias apareceu como mecanismo de fuga ou busca de alívio imediato e prazeroso, diante do estresse laboral ou mesmo como uma tentativa de lidar com o estresse. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000; FERREIRA et al., 2002; FERREIRA, 2013; REZENDE et al., 2012; SOUZA, 2003)

Muitas vezes aliados ao estresse enquanto fator de risco, apareceu a periculosidade e o risco de morte que envolvem as atividades destes profissionais. (AMORIM; BARBOSA, 2009; BOLDORI; CARMO et al., 2011; FERREIRA et al., 2002; GISCHEWSKI, 2007; REZENDE et al., 2012; SILVEIRA, 2000)

O uso de álcool foi ainda considerado como uma possível forma de viabilizar o trabalho do policial em decorrência de seus efeitos farmacológicos: calmante, euforizante, estimulante, relaxante, indutor do sono, analgésico. Este ajudaria a relaxar, após o estresse advindo de situações de risco vivenciadas, e também encorajaria a enfrentar situações de embate, favorecendo a superação do medo. (GISCHEWSKI, 2007)

A citada funcionalidade do álcool, aliada à sua função socializadora de celebração e camaradagem, fundamenta a chamada cultura organizacional de aceitação e encorajamento ao consumo de álcool. Seu

estabelecimento enquanto um “padrão masculino” de consumo de bebida alcoólica disseminado nas corporações, associado à virilidade e, muitas vezes, ao pertencimento ao grupo, representou um potencial fator de risco, principalmente para as policiais femininas, que apresentaram padrão de consumo excessivo de álcool acima do esperado para esta população. (FERREIRA, 2013)

A postura ativa e viril que se espera socialmente dos PM propicia, também, o uso de álcool entre policiais que apresentam sintomas depressivos. Isto se deve ao fato de não ser bem aceita culturalmente a ideia de agentes de segurança pública, que são responsáveis por garantir a ordem pública e a integralidade das pessoas, apresentarem sintomas como baixo tônus vital, sentimento de inutilidade, choro, posicionamento indeciso, dentre outros. A hipótese confirmada por estudo foi a de que, diante da angústia produzida por esse conflito, o consumo de álcool viria para mascarar esses sintomas. (SOUZA, 2002)

Finalmente, a organização do trabalho nos Órgãos de Segurança Pública foi considerada por PM entrevistados enquanto fator que contribui para a manifestação, o desenvolvimento e a manutenção do uso problemático de álcool. (GISCHEWSKI, 2007) A hierarquia (GISCHEWSKI, 2007; OMENA; ALVES, 2006; SOUZA, 2002) bem como as altas exigências físicas e mentais (BOLDORI; SILVEIRA, 2000; AMORIM; BARBOSA, 2009; REZENDE et al., 2012; FERREIRA, 2013) às quais estão expostos estes profissionais, foi apontada como provável fonte de desgaste e sofrimento psíquico. Também foram considerados fatores como os salários defasados (FERREIRA et al., 2002), a violência ao qual estão expostos continuamente (GISCHEWSKI, 2007), turnos longos de trabalho (AMORIM; BARBOSA, 2009), contínuos contatos interpessoais (AMORIM; BARBOSA, 2009), discriminação (SOUZA, 2003; GISCHEWSKI, 2007), tensão (AMORIM; BARBOSA, 2009; CARMO et al., 2011) assim como pressão interna (GISCHEWSKI, 2007; CARMO et al., 2011) e externa à instituição (SOUZA, 2002; OMENA; ALVES, 2006) aliada ao pouco reconhecimento pela comunidade (SOUZA, 2002), dentre outros.

Além da influência de aspectos institucionais no uso das substâncias legais, os demais aspectos que levam a população geral a consumi-las também foram considerados (CARMO et al., 2011; BOLDORI; SILVEIRA, 2000; GOUVEIA et al., 2009). Dentre estes aspectos estão os pessoais, tais como os fatores subjetivos e de personalidade (SOUZA, 2002), como no caso em que é considerado o uso de ansiolítico para melhorar a qualidade de vida dos que não conseguem dar conta de seus conflitos. (AMORIM; BARBOSA, 2009)

Também foram considerados os aspectos sociais, como, por exemplo, o fato de o consumo de álcool ser, em determinadas situações, a única opção de lazer oferecida na cidade (SOUZA, 2003) ou mesmo o fácil acesso a tal substância. (GOUVEIA et al., 2009)

No que diz respeito ao uso de substâncias lícitas e ilícitas entre agentes de segurança pública, não houve muita mudança quanto às motivações consideradas para o consumo. No entanto, a preocupação em reconhecer estas motivações não foi especificada em alguns trabalhos. (COSTA et al., 2009; COSTA et al., 2010; BETZEL, 2012) Apesar disso, os altos índices de consumo encontrados entre policiais de determinadas substâncias como anabolizantes e benzodiazepínicos, nestes estudos, foram explicados por questões ocupacionais. (COSTA et al., 2009; COSTA et al., 2010)

Aspectos laborais como o estresse, que influencia no uso abusivo de SPA enquanto uma tentativa de fuga dos problemas ou como uma busca de ponto de apoio, apareceu em dois estudos. (LIMA; YANO, 2012; KONARZEWSKI, 2009; SOUZA et al., 2013) Também o risco vivenciado no trabalho (SOUZA et al., 2013), o contato com a violência (SOUZA et al., 2013) e mesmo a violência institucional sofrida (SOUZA, 2009), a necessidade de se manter acordado (SOUZA et al., 2013), o uso para acalmar a ansiedade (SOUZA et al., 2013), emagrecimento (SOUZA et al., 2013), a busca por força e aumento da musculatura (SOUZA et al., 2013), dentre outros, foram trazidos enquanto influenciadores.

Chama a atenção que o consumo de SPA como decorrência do estresse no trabalho tenha sido relatado pela maioria dos PM e PC entrevistados usuários de drogas lícitas. (SOUZA et al., 2013) Reaparece o uso funcional de álcool na PM assim como de drogas ilícitas, embora estas últimas não sejam bem aceitas na corporação. (SOUZA, 2009)

Apesar de estarem presentes as questões ocupacionais, os estudos consideraram que o consumo de SPA lícitas e ilícitas entre policiais se dá por motivações e intenções variadas, diretas ou indiretas (BETZEL, 2012) como na população geral. (SOUZA, 2009; COSTA et al., 2010; BETZEL, 2012; SOUZA et al., 2013) A multifatorialidade da problemática não deixou de ser citada.

Consequências do consumo de SPA

Dentre os estudos que buscaram investigar o consumo de SPA lícitas, a principal consequência encontrada no uso dessas substâncias por policiais diz respeito a sua interferência direta na realização da atividade laboral. (GISCHEWSKI, 2007; OMENA; ALVES, 2006; AMORIM;

BARBOSA, 2009; CARMO et al., 2011; FERREIRA, 2013) No entanto, além de trazer consequências para a corporação (CARMO et al., 2011), este consumo representaria um problema para o próprio usuário, para sua família (SOUZA, 2003; GISCHEWSKI, 2007), e para a sociedade. (GISCHEWSKI, 2007; CARMO et al., 2011)

A possibilidade de comprometimento da saúde física e mental do usuário, advinda do alto consumo dessas substâncias foi considerada (REZENDE et al., 2012) e encontrada entre policiais em alguns resultados das pesquisas. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000; AMORIM; BARBOSA, 2009; CARMO et al., 2011) No entanto, o incremento de riscos desnecessários aos policiais e ao público (AMORIM; BARBOSA, 2009; FERREIRA, 2013) foi o fator mais preocupante advindo deste consumo.

Em nível laboral, foram citados enquanto resultantes deste consumo por policiais, o absenteísmo (OMENA; ALVES, 2006), o baixo desempenho no trabalho (CARMO et al., 2011), a estagnação na carreira militar, o sofrimento com o descrédito entre os companheiros de farda e a sociedade, bem como as transgressões disciplinares. (SOUZA, 2003) Estes danos seriam advindos de alterações psicomotoras e comportamentais (FERREIRA, 2013) que poderiam comprometer o rendimento físico e mental do usuário. (REZENDE et al., 2012)

O padrão de uso nocivo de álcool encontrado em 2,8% dos PM entrevistados em Londrina foi apontado como possível responsável por consequências como: acidentes com carro ou domésticos, violência doméstica e no trabalho, problemas legais (dirigir embriagado), internamentos (SOUZA, 2003), óbitos (REZENDE et al., 2012), além de problemas sociais. (CARMO et al., 2011) Segundo entrevistados deste mesmo estudo (12%), em algum momento, estes foram incapazes de desempenhar adequadamente o seu papel laboral, familiar ou social devido ao consumo de álcool. (CARMO et al., 2011)

Um dos estudos advertiu para o fato de que a maioria dos danos ocupacionais relacionados ao consumo de álcool é causada por bebedores excessivos e não por bebedores com dependência. Foi revelado, ainda, elevado índice de bebedores excessivos, aqueles que fazem uso episódico pesado de bebida alcoólica, entre agentes de segurança pública. (FERREIRA, 2013)

No entanto, nem todos os estudos trouxeram consequências relativas ao uso de drogas lícitas tomando a especificidade da população policial. Dentre as consequências atribuídas ao uso geral dessas substâncias, chama a atenção a violência e os atos criminosos. (FERREIRA, 2013) Uma pesquisa não abordou nenhuma possível consequência des-

te consumo na população geral ou mesmo na específica aqui tratada. (SOUZA, 2002)

Quanto à abordagem do uso de SPA lícitas e ilícitas, também foram consideradas suas consequências para a saúde do usuário bem como para as suas relações familiares, sociais e para o trabalho. No entanto, como no caso das drogas lícitas, o maior enfoque foi dado às consequências do uso dessas substâncias no âmbito do trabalho.

Comparado a uma “arma química”, o uso de SPA entre policiais foi visto de forma alarmante em alguns estudos, pela importante influência que poderia exercer sobre as atividades policiais. (COSTA et al., 2009, p. 107; COSTA et al., 2010) Em última instância, este uso poderia afetar a segurança da sociedade. (COSTA et al., 2009; SOUZA et al., 2013)

O agente usuário de drogas estaria sujeito a consequências como o cometimento de erros no serviço, desperdício de materiais e suplementos, atrasos, absenteísmo, mau desempenho no trabalho (LIMA; YANO, 2012), produtividade inconstante, problemas de disciplina, dificuldade em lembrar instruções e prejuízos nos relacionamentos interpessoais. (COSTA et al., 2009) Deste modo, este profissional não seria capaz de atender às rigorosas demandas de sua atividade ocupacional com o cuidado que as ocorrências requerem. (SOUZA, 2009) “Ele [o policial usuário de SPA] poderá ser sempre um problema no quartel, na família e para a comunidade”. (SOUZA, 2009 p. 3)

Segundo resultado de pesquisa realizada entre policiais do Rio de Janeiro, o consumo dessas substâncias entre estes tende a produzir alterações de comportamento como exposição moral, agressividade, labilidade de humor, diminuição do julgamento crítico (COSTA et al., 2009) bem como funcionamento social e ocupacional disfuncionais. (SOUZA et al., 2013) Foram relatados enquanto consequências do consumo de SPA, problemas no trabalho, absenteísmo, abandono do uso de preservativos, conflitos familiares, dificuldade no controle da agressividade, distúrbios de saúde, dificuldade nas relações sexuais e emocionais, acidentes automobilísticos, terem afetadas habilidades e ações individuais. (SOUZA et al., 2013)

Percepção sobre as drogas

Todas as pesquisas que investigaram o uso de SPA lícitas entre policiais, consideraram o abuso de drogas uma questão de saúde. Algumas, inclusive, tomaram a questão das dependências químicas enquanto importante questão de saúde pública (OMENA; ALVES, 2006; GOUVEIA et al., 2009; CARMO et al., 2011; REZENDE et al., 2012;

FERREIRA, 2013), tendo em vista os reflexos trazidos por estas para os cidadãos e para a sociedade.

A abordagem da questão, principalmente do alcoolismo, tomada em sua complexidade (FERREIRA et al., 2002; SOUZA, 2003) apareceu nestes estudos considerando a natureza multifacetada e multicausal do fenômeno. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000; GISCHEWSKI, 2007; GOUVEIA et al., 2009; FERREIRA, 2013) Algumas pesquisas ainda apontaram para o aspecto sociocultural da questão. (SOUZA, 2003; GOUVEIA et al., 2009; CARMO et al., 2011; FERREIRA, 2013) No entanto, apesar de terem sido considerados os fatores biopsicossociais que envolvem a dependência química (SOUZA, 2003; OMENA; ALVES, 2006; GOUVEIA et al., 2009), a maioria dos artigos se deteve nos aspectos psicossociais do fenômeno ou nas propriedades das substâncias.

Muitas pesquisas optaram por tratar do alcoolismo pelo recorte da saúde mental no trabalho. O enfoque foi dado, então, à natureza da atividade laboral bem como às condições de trabalho enquanto um fator psicossocial de risco para o alcoolismo. (FERREIRA et al., 2002; SOUZA, 2002; SOUZA, 2003; GISCHEWSKI, 2007; OMENA; ALVES, 2006; FERREIRA, 2013)

Ao explorar a questão, trazendo o consumo de SPA enquanto uma resposta do indivíduo a aspectos psicossociais como o trabalho, foi ressaltada a importância de se levar em conta a subjetividade do usuário e as construções sociais no processo de desenvolvimento da dependência. Neste caso, para o entendimento do uso de drogas, seria imprescindível levar em conta o desejo do sujeito (SOUZA, 2002) e reconhecer a singularidade da relação que cada pessoa constitui com a droga em determinado contexto cultural. (SOUZA, 2003)

Pesquisa com PM em Alagoas veio propor um deslocamento do paradigma clínico para o social no trato do alcoolismo na Segurança Pública. (OMENA; ANTUNES, 2006) Deste modo, o enfoque sairia do sujeito enquanto único responsável pela sua situação, considerando os determinantes sociais e institucionais aos quais ele está submetido. A dependência química deveria ser vista como um problema institucional, de modo que as intervenções no campo da saúde teriam que vir associadas às ações institucionais, demandando uma revisão de padrões e paradigmas institucionais. (OMENA; ALVES, 2006)

O fumo foi tomado segundo seus efeitos sobre o organismo, relacionado a altos índices de mortalidade. (BOLDORI; SILVEIRA, 2000) Também foi considerado como sinal de estilo de vida incorreto relacionado a aspectos laborais e a variáveis sociodemográficas como nível de

urbanização e gênero. Seu tratamento contemplaria aspectos físicos, emocionais e comportamentais. (REZENDE et al., 2012)

O enfoque nas propriedades da substância também apareceu em pesquisa sobre alcoolismo e sobre o uso medicamentoso de ansiolíticos. Apesar de levar em conta os fatores psicossociais de cunho ocupacional como uma “constante agressão ao emocional” geradora de ansiedade, o consumo de ansiolítico é considerado apenas enquanto terapêutica. Seu uso seria uma opção em prol da Qualidade de Vida, para as pessoas que não conseguem dar conta dos conflitos aos quais está exposta. (AMORIM; BARBOSA, 2009, p. 3)

Finalmente, foram notadas tanto abordagens mais tendenciosas ao proibicionismo, trazendo um tom moral, como abordagens que trouxeram princípios da redução de danos. Ao trazer o *Agarre*, o estudo realizado na PM-MG apresenta este projeto como iniciativa de sair da perspectiva da punição para a do tratamento que respeita a autonomia, a escolha e a co-responsabilização. A discriminação, bem como a apreciação moral da questão, é considerada enquanto entrave que precisa ser superado para um tratamento eficaz. (SOUZA, 2003) No entanto, a abstinência parece ser a única escolha aceitável.

As pesquisas que consideraram o consumo de SPA ilícitas, também partiram do entendimento da questão enquanto fenômeno complexo e multifacetado, que envolve questões biopsicossociais. (LIMA; YANO, 2012; KONARZEWSKI, 2009; SOUZA, 2009; BETZEL, 2012; SOUZA et al., 2013) Neste caso, seguiu o viés da saúde mental. (SOUZA, 2009) e ocupacional. (LIMA; YANO, 2012)

Considerando as diversas funções e significados que o uso de drogas assumiu ao longo da história (LIMA; YANO, 2012), parte das pesquisas entenderam que, atualmente, a questão se coloca enquanto problemática da saúde pública. (LIMA; YANO, 2012; KONARZEWSKI, 2009; SOUZA, 2009)

Os estudos se dividiram entre os que deram ênfase na questão social, na psicossocial e na substância. Apenas um estudo tomou a problemática pelo viés sociocultural. Neste, a instituição policial foi contextualizada dentro do panorama sociopolítico e tratada sua influência nos policiais. (SOUZA, 2009)

Este mesmo estudo levantou a importância da superação da estigmatização social e discriminação que envolve o usuário de drogas ou dependente químico para o tratamento da questão. A necessidade de superação da discriminação foi um ponto que uniu grande parte das pesquisas que não se detiveram na substância e seus efeitos. (LIMA;

YANO, 2012; SOUZA et al., 2013) A abordagem da dependência química segundo o enfoque da saúde ocupacional, por exemplo, apontou para esta superação, na medida em que não mais abordou a dependência de SPA enquanto questão policial ou punitiva. Começam a ser propostos tratamentos com alguns princípios da RD. (LIMA; YANO, 2012)

As pesquisas parecem apontar para uma transição entre a abordagem punitiva e a RD. Apesar de questionado e rebatido em alguns momentos, o viés moral dado à questão, esteve presente: “Em função do trabalho ocorrer [...], sob grande estresse [...] os policiais tendem a predispor ao estilo de vida incorreto...”. (REZENDE et al., 2012 p. 147)

O programa de prevenção e tratamento Presta, apresentado em um estudo, é um exemplo desta transição. Apesar de trazer princípios de RD na formação de uma equipe multidisciplinar e no entendimento do fenômeno em sua complexidade, propondo-se enquanto uma alternativa de atenção, ainda funciona segundo o modelo médico-hospitalar, partindo da abstinência e internação, neste caso, consentida. No entanto, acaba por considerar as singularidades e a liberdade de escolha ao propor esta abordagem para os que acreditam nela. (BETZEL, 2012)

Por fim, os estudos que deram ênfase à substância foram os que se detiveram na apresentação descritiva de dados epidemiológicos. Estes enfocaram seus efeitos na saúde física do usuário bem como as alterações comportamentais e psicomotoras que produz. (COSTA et al., 2009; COSTA et al., 2010) Esta pesquisa foi uma das únicas que considerou o uso da droga pela simples busca do seu efeito, desprovido de funcionalidade. (COSTA et al., 2009)

DISCUSSÃO

Com relação ao uso de drogas, lícitas ou ilícitas, entre profissionais de segurança pública, a maior preocupação esteve relacionada ao trabalho. As principais motivações apontadas para este uso disseram respeito a aspectos da atividade policial. Também as consequências que mais preocuparam os autores apontaram para o comprometimento do trabalho e, conseqüentemente, da missão desses profissionais. Em última instância, o que pareceu estar em jogo foi a Segurança Pública.

É interessante notar como a missão destas instituições, ao mesmo tempo em que aparece ameaçada pela dependência química entre seus agentes, parece, também, contribuir para o consumo de SPA entre estes. As condições de estresse e risco, amplamente atribuídas à atividade

policial e consideradas enquanto originadoras do desenvolvimento, manifestação ou mesmo manutenção da dependência química, aparecem diretamente relacionadas à missão institucional.

A missão dos órgãos de segurança pública, segundo a Constituição Brasileira de 1988, é a de prevenir e reprimir os crimes que colocam em risco a vida social, protegendo, assim, a sociedade. No entanto, como observa Minayo (2008), a identificação da atividade policial enquanto confronto armado veio enfraquecer a diversidade da atividade corporativa. A concepção que vai se estabelecendo de confronto enquanto missão policial é que oferece ao policial a aguda e constante experiência existencial de risco de vida, que, inclusive, torna o grupo mais coeso. (CONSTANTINO, 2006 apud MINAYO, 2008)

Em virtude dessa identidade profissional, os policiais operacionais são valorizados pela instituição como possuidores de “algo mais do que seres humanos normais”. (MINAYO, 2008, p.190) Convencidos de serem detentores de superpoderes, em uma estratégia defensiva da qual a instituição lança mão, estes profissionais sofrem com a interdição de qualquer expressão de medo. Então, a impossibilidade de exteriorização de tal sentimento instaura o conflito e o sofrimento psíquico entre eles. (AMADOR et al., 2002 apud MINAYO, 2008)

A negação de sentimentos como o medo aponta para outra questão também apresentada pelos estudos que abordaram o uso de SPA entre estes agentes: a masculinidade. Enquanto elemento da cultura organizacional, a virilidade, que remete a virtudes como agressividade e coragem visceral, é estimulada entre estes profissionais e também diz respeito ao enfrentamento de riscos. Mas, desta vez, o risco é prazeroso, enfrentado na busca por adrenalina, instaurando-se quase como uma compulsão em busca de prazer e perigo. Esta seria outra forma de minimizar a percepção de risco, mesmo em um momento de vivência deste. (MINAYO, 2008) A masculinidade, estimulada pela cultura institucional, aparece, então, como uma estratégia de enfrentamento de situações laborais perigosas.

A questão de gênero na cultura organizacional foi citada em alguns estudos. Em um deles, foi visto como fator de risco para o abuso de álcool, fomentando um padrão masculino de consumo de álcool (uso agudo e intenso) entre policiais femininas. O uso desta substância seria encorajado entre os companheiros como meio de superar os estressores endêmicos na subcultura policial e como modo de “celebração e camaradagem”. (FERREIRA, 2013, p. 4) Tanto entre homens como entre

mulheres, o álcool assumiria uma função de identificação ao grupo, à corporação.

Outra função do álcool seria a de encobrir sintomas depressivos. A necessidade de encobrir esses sintomas aparece ligada ao fato de não ser socialmente bem aceito que um homem, principalmente um policial, responsável por garantir a ordem pública e a integridade das pessoas, sintam-se inútil ou indeciso, apresente baixo tônus vital ou qualquer outro sintoma depressivo. O que se espera destes profissionais é uma postura ativa e viril. (SOUZA, 2002)

Não só a expectativa interna à corporação refletida na cultura organizacional, mas, também, a pressão externa da sociedade, que suscita posicionamento institucional, parecem ser fatores importantes no entendimento do consumo de SPA entre estes profissionais. Até porque, o contexto sociocultural em que está estabelecida a instituição influencia também no modo como o consumo de SPA entre polícias é abordado nas corporações. No entanto, o posicionamento da instituição enquanto resposta ao social, pode significar estratégia de fortalecimento ou enriquecimento da cultura organizacional.

Como o policial-militar tem sua função maior que é a manutenção da segurança da população, tem-se cobrado da corporação que este servidor tenha uma postura ilibada e sem vícios. Entretanto, o alcoolismo é uma dependência que acomete cerca de 10% da população adulta no mundo, independente do sexo, idade, cor religião, poder sócio-econômico, grau de instrução e tipo de atividade laborativa. (CARMO et al., 2011, p. 1)

A abstinência entre policiais, apesar de não ser exigida em algumas situações, (CARMO et al., 2011) parece ser esperada. Diante dos possíveis danos que o uso de SPA entre profissionais de segurança pública pode representar para as corporações e para a sociedade, parece haver uma intolerância quanto ao consumo dessas substâncias por esses profissionais. No entanto, considerada como um dos maiores problemas enfrentados pela instituição (SOUZA, 2002; SOUZA, 2003; OMENA; ALVES, 2006), a dependência química já não pode mais ser negada dentro das corporações. Alguns dos estudos começaram a introduzir o uso dessas substâncias enquanto uma questão com a qual se deve aprender a lidar da melhor forma possível, afastando a crença de que poderá haver uma corporação totalmente abstinência.

O conflito entre ações de combate às drogas e de busca por um consumo menos danoso pode ser notado na diversidade dos estudos aqui considerados e parece ser reflexo da própria política nacional so-

bre drogas. Segundo Karam (2010), esta política, apesar de propor mudanças trazendo ênfase na RD, ainda reproduz dispositivos criminalizadores proibicionistas, negando direitos fundamentais assegurados por constituições democráticas como a Constituição Brasileira de 1988, restringindo a liberdade dos indivíduos.

Também o caráter punitivo presente na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) diz respeito à criminalidade e à moralidade proibicionista, modelo de abordagem que, de acordo com Karam (2010), veio inspirar a política de guerra às drogas explicitando a tendência mundial de expansão do poder punitivo através do sistema penal, enquanto instrumento voltado para a proteção do indivíduo.

Em nome da segurança, foi concebida a ideia de crime, criação de caráter puramente político e histórico, em que condutas indesejadas passaram a se chamar crimes. A criminalização foi, então, estabelecida enquanto meio do Estado oferecer proteção de bens jurídicos e, para isto, contava com a contribuição da polícia. No caso da criminalização do tráfico de drogas, o bem jurídico que se buscava proteger era a saúde pública. (KARAM, 2010) No entanto, para Karam (2010), o proibicionismo vem, ao contrário, ocultar os riscos e danos à democracia bem como à saúde pública:

O proibicionismo oculta ainda o fato de que, com a intervenção do sistema penal sobre as condutas de produtores e comerciantes das substâncias e matérias primas proibidas, o Estado cria e fomenta a violência. [...]. A violência só acompanha as atividades econômicas de produção e distribuição das drogas qualificadas de ilícitas porque o mercado é ilegal. (KARAM, 2010 p. 27)

Como a visão institucional quanto ao uso de drogas tende a ser moralista e punitiva, esta vem se refletir na vida destes profissionais de forma muito conflituosa, porque o uso problemático de SPA por eles denuncia sua natureza humana, até então negada. Para Souza (2009), o dependente químico na corporação sofre duplamente: sofre fisicamente, com a doença e com a estigmatização. Em estudo realizado na PM-BA, foi verificada uma vasta associação entre dependência química e marginalidade na corporação. Neste estudo, 90% dos PM entrevistados consideraram a dependência química como um problema de caráter, de modo que não confiariam em trabalhar com colegas dependentes. (SOUZA, 2009)

No entanto, o uso funcional de drogas traz um contraponto. O consumo de SPA nas corporações enquanto meio de minimizar o sofrimento psíquico promovido pelo trabalho e de encorajar no enfrentamento de

embates (GISCHEWSKI, 2007; SOUZA, 2009) auxiliaria na busca em responder à demanda institucional e na adesão à cultura organizacional. Nesta equação entra a licitude da substância que vai determinar a aceitação ou não desta.

De todo modo, o que chama a atenção é a dificuldade que se estabelece, nesse contexto, em se reconhecer enquanto dependente químico, principalmente se esta dependência decorre do uso funcional. Uma vez reconhecida a existência de um problema relativo ao uso de SPA, a dificuldade passa a ser a procura do tratamento. O atendimento às questões emocionais não constituir prioridade na instituição (MINAYO, 2008) concorda com o fato de a exposição de sentimentos não ser bem vista na corporação, sendo geralmente associada a fraqueza. Essa dificuldade de enfrentar o consumo de SPA entre policiais é o que corrobora para a necessidade de se livrar dos preconceitos e discriminações, apontada em alguns dos estudos.

O viés moral reconhecido na abordagem do tema em alguns estudos, bem como o reduzido número de pesquisas que consideraram o uso de SPA ilícitas, trazem indícios de como a questão vem sendo tratada nas corporações. Por se tratar de um tema de difícil aproximação, torna-se marcada a dificuldade em lidar com a questão para se oferecer a atenção necessária.

No entanto, pode ser notada a busca, mesmo que tímida, por um (novo) olhar institucional sobre a questão. Os estudos publicados vêm mostrar que esta é uma questão de relevância. Apesar de alguns afirmarem não haver problemas nas corporações ou terem como objetivo a implementação de medidas apenas restritivas do uso de drogas, muitos deles reivindicam ações e posicionamento da instituição diante da situação exposta. De acordo com o encontrado nas pesquisas, não está bem clara a abordagem do tema na instituição de segurança pública, mas fica evidente que existe um movimento em direção a uma mudança.

A tensão entre modelos de abordagem do tema das drogas e a segurança pública

Ao considerar as drogas enquanto ameaça a ser combatida, a PNSD lança mão da repressão dando continuidade à antiga política proibicionista de combate às drogas e conferindo à polícia um papel importante nesta configuração. Como resultado disto, esta postura proibicionista tende a se reproduzir internamente no modo como o consumo destas substâncias é abordado nas instituições de segurança pública. A realocação de dependentes químicos para funções menosprezadas na

instituição, como a de limpeza, por exemplo, ou encaminhá-los a tratamento por ordem de superior são práticas ainda notadas no Brasil. (SOUZA, 2003) Estatutos que regem as PM em determinados estados brasileiros seguem prevendo punições aos policiais diante do consumo de SPA.

A promoção de um diálogo entre a Segurança Pública e novas formas de entendimento do consumo de SPA possibilitaria uma integração promissora entre este e demais setores públicos como a saúde. Osap (1991 apud MINAYO; DESLANDES, 1998) ressalta a relevância de se incluir nas ações de prevenção, as comunidades e suas instituições, os diversos setores públicos, as empresas e os meios de comunicação de massa, para que esta seja uma ação efetiva. A inclusão efetiva da Segurança Pública na prevenção seria um passo importante frente à questão das drogas na sociedade e na própria instituição.

Foi possível perceber, no entanto, dentre as publicações analisadas, iniciativas de mudança na forma como a Segurança Pública vem entendendo e lidando com o consumo de drogas entre seus servidores. Começam a ser consideradas abordagens alinhadas à RD o que pode refletir um movimento de mudança institucional em direção a uma polícia cidadã e democrática.

A transição entre paradigmas que determinam modos de abordagem ao consumo de SPA (proibicionismo x RD) acaba por produzir conflitos entre modelos de ação. Torna-se explícita a ambiguidade que vem se desenhando frente ao fenômeno das drogas, notada por Trad (2010), como característica do momento atual. Para Romani (2004 apud TRAD, 2010), estes conflitos são gerados pela diversidade de representações acerca da questão das drogas pelos diferentes campos e grupos sociais, a partir de seus interesses ideológicos, políticos, socioculturais e econômicos. Tal fragmentação de interesses vem manter, e é mantida, pela dificuldade que, segundo Bastos (1995 apud MINAYO, 1998), a sociedade tem para refletir sem preconceitos sobre a questão das drogas, dificuldade esta que apresenta reflexo direto na função e posicionamento da instituição de segurança pública.

A Segurança Pública pode ser conceituada como a garantia oferecida pelo Estado aos cidadãos contra todo perigo que possa afetar a ordem em prejuízo da vida, da liberdade ou dos direitos de propriedade dos cidadãos, esta é a “essência da missão dos policiais e deriva o campo jurídico”. (SILVA, 1998 apud MINAYO, 2008, p. 19) No entanto, a polícia, atualmente, é convocada a reprimir a liberdade de escolha pelo consumo de determinadas substâncias. Há aí uma incongruência

que, segundo Passos e Souza (2011), marca a interface entre o processo nacional de abertura política e a construção da política de guerra às drogas. De acordo com Passos e Souza (2011), o processo de redemocratização brasileira foi marcado por rearranjos macropolíticos que possibilitaram a existência de práticas autoritárias no interior do próprio Estado democrático.

Em um contexto em que se estabeleceu um estado constante de guerra, enquanto forma de manutenção da ordem social, alinhado às políticas internacionais e justificado pela defesa da democracia e combate às drogas, a instituição policial veio ocupar uma função de grande relevância. A política de guerra às drogas se tornou, ao mesmo tempo, um meio de controle social e uma estratégia de ampliação da economia neoliberal, conferindo à instituição policial um papel estratégico. (PASSOS; SOUZA, 2011)

No “jogo de contradições” que se estabeleceu entre a Constituição de 1988, garantidora de direitos e liberdades individuais e uma legislação que impede o consumo de determinadas substâncias pelos cidadãos, formou-se uma peculiar aliança. Aparentemente opostos, o avanço da lógica do consumo e os modos de sujeição dos estados nacionais formaram uma “estranha e paradoxal aliança entre repressão e liberação” que se atualizou sobre o eixo das drogas. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 156)

Neste contexto, a RD veio desafiar tanto o discurso da lei como as práticas não discursivas das instituições disciplinares (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 156), colocando em questão “as relações de força mobilizadoras sócio historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas”. (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157) Assim, ao apresentar novas possibilidades de entendimento do consumo de SPA, a RD questiona a histórica articulação entre poder psiquiátrico e direito penal.

O número de internamentos hospitalares de policiais dependentes químicos relatados nos estudos chama atenção. Apesar de ser considerado um avanço, o consumo de SPA entre estes agentes deixar de ser punido para ser tratado enquanto doença, o tratamento oferecido tem mostrado, muitas vezes, um caráter ético ainda proibicionista.

O modo de tratar a dependência química, mesmo após a reforma psiquiátrica e a Constituição Federal de 1988, traz indício de que as instituições de segurança pública não apresentaram total adaptação ao processo de redemocratização do país. A profissão policial segue marcada por ações e posicionamentos autoritários, resultantes de uma

cultura institucional também autoritária, justificada pela sua função de combate à criminalidade. (FERREIRA, 2009)

Segundo Ferreira (2009), após o período do regime militar, de 1964 a 1985, a Segurança Pública veio se consolidando como importante questão na construção da democracia. A sua atualização e desenvolvimento enquanto instituição democrática parceira da população se fazem necessários para o estabelecimento do Estado democrático e, diante da sua repercussão interna, para uma corporação mais saudável.

A mudança institucional é fator importantíssimo para a abordagem do consumo de drogas entre os profissionais de segurança pública e para a participação dessa instituição, intersetorialmente, na questão das drogas. A superação de antigos padrões institucionais é necessária para que a organização se torne local de crescimento e não de perpetuação de sofrimento psíquico. (OMENA; ALVES, 2006) O processo ainda é gradual, apesar de haver esforços internos e externos à instituição para a implementação de uma polícia de proximidade, comunitária, para o estabelecimento do pacto pela vida que seguem a tendência de compartilhamento de responsabilidades e fomento à autonomia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos estudos publicados no Brasil nos anos de 1998 a 2013 sobre o consumo de SPA entre profissionais de segurança pública trouxe alguns indícios sobre o modo como a questão vem sendo tratada pelos órgãos de segurança pública no país. Este apareceu como um tema tabu e, por isto, de pouca visibilidade, por se tratar de uma ilegalidade pouco aceita nas corporações. A pouca visibilidade teve reflexo no número reduzido de estudos que abordaram o uso de substâncias ilícitas, o que foi um fator limitante para esta análise. O reconhecimento do uso de drogas entre estes profissionais é condição importante para que a questão seja mais bem entendida e para que receba uma atenção frutífera.

As pesquisas foram realizadas em corporações de diversos estados brasileiros. Todas as regiões do país, refletindo diferentes culturas, foram contempladas. Deve ser levado em conta o fato de oito dos autores das pesquisas terem se identificado como integrantes da corporação policial militar. É desconhecido até que ponto o fato de pertencerem à corporação influenciou na aceitação dos sujeitos em participar das pesquisas e em suas respostas. Constitui-se um grande desafio tratar de

uma questão controversa em instituições de caráter tão fechado como é o caso da PM.

A abordagem do tema nos estudos não se deu de forma homogênea, mas grande parte destes tomou a questão a partir da perspectiva da saúde do trabalhador. Partiu-se do entendimento desta enquanto uma atividade laboral altamente estressante e de risco. Corroborou com esta ideia o fato de a prática policial ser cada vez mais identificada como atividade de confronto.

Diante disso, as estratégias utilizadas pelos agentes de segurança no enfrentamento das adversidades próprias da profissão logo se tornaram mais necessárias e agudas. (DEJOURS 1999 apud MINAYO, 2008) apresentou como táticas mais comuns para lidar com o risco: a negação, o escárnio ao medo, a supervalorização da virilidade e o consumo de substâncias. Todas essas estratégias foram observadas entre os policiais.

Então, os próprios aspectos da profissão pareceram inviabilizar a eficácia da ação policial nos dias atuais, podendo, inclusive, causar danos à saúde de seus servidores, exigindo destes o que eles não podem dar. Tentar responder às demandas do contexto atual seguindo um modelo de atuação ainda rígido e antigo é custoso. Trata-se de um modelo mais compatível com o momento histórico vivido antes do processo de redemocratização do país e com a política proibicionista de repressão às drogas.

Apesar da vertente pautada na apreciação moral ainda ter sido encontrada nas publicações estudadas, houve sinais de mudança. O reconhecimento da complexidade da questão em algumas pesquisas demonstra que a saúde começa a ser considerada em sua dimensão global, onde fatores bio-socio-ambientais e ocupacionais se relacionam de modo “interdependente e interdefinível”. (AUGUSTO; FREITAS; TORRES, 2002 apud FERREIRA, 2009, p. 16)

Este conceito de saúde remete à perspectiva da RD de modo que pode-se dizer que foram detectadas nas instituições de segurança pública brasileiras iniciativas alinhadas com esta perspectiva. Isto pôde ser notado também na valorização da autonomia de escolha e a correponsabilização no entendimento da questão. Começam a ser questionadas as relações de força mobilizadas socio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas. (PASSOS; SOUZA, 2011)

Isto traz indícios de uma movimentação interna à instituição que aponta para mudanças institucionais em direção à democratização desta. E o tratamento que a instituição dispensa aos usuários de SPA na corporação virá enquanto reflexo direto deste posicionamento institucional.

Também o papel da Segurança Pública na política pública sobre drogas tende a se reconfigurar, tornando-se mais eficaz.

Finalmente, o modo como a dependência química vem sendo abordada nas corporações, para além da função que estas substâncias vêm ocupando em suas vidas pessoais ou na sociedade, diz respeito também à função que os órgãos de segurança pública vêm assumindo. A mudança paradigmática que teve início no processo de redemocratização brasileira e culminou na reforma psiquiátrica (BEZERRA JÚNIOR, 2007) segue ainda em curso. Apesar das transformações vividas neste processo, a não concretização desta mudança vem caracterizar o momento atual, marcando uma tensão entre forças totalitárias e democráticas e, conseqüentemente, de suas respectivas políticas sobre drogas, o proibicionismo e a RD. O grande desafio está na resolução desta situação que, enquanto conflitiva, pode se tornar imobilizadora.

Os órgãos de segurança pública no Brasil vêm sendo chamados a se adaptar aos dilemas trazidos pela violência e às novas demandas da comunidade. Apesar de demonstrarem iniciativas de ações condizentes com o processo de democratização do país, ainda não está concretizada a total adaptação a essas mudanças. Faltam melhores condições de trabalho para os policiais e a abertura da instituição, a partir de uma maior clareza no desempenho de suas atribuições e no entendimento de sua potencialidade, é imprescindível para o incremento dessas condições. Tudo isso será possível na medida em que a própria sociedade for se tornando menos autoritária e discriminadora (MINAYO, 2008) bem como mais participativa e implicada nos seus processos.

REFERÊNCIAS

AMORIM, R.; BARBOSA, E. Uso de medicamentos ansiolíticos em policiais militares. *REBESP*, Goiânia, v. 1, n. 2, p. 2-7, jan./jul. 2009. Disponível em: <<http://revista.ssp.go.gov.br/index.php/rebsp/article/view/82>>. Acesso em: 1 out. 2016.

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

BETZEL, E. A dependência química e o trabalho desenvolvido pelo Programa de Reabilitação à Saúde do Toxicômano e Alcoolista – Presta. *Revista Preleção*, Vitória, ano VI, n. 11, p. 71- 82, abr. 2012. Disponível em: <http://www.pm.es.gov.br/download/reistaprelecao/Revista_Prelecao_Edicao_11.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.

- BEZERRA JÚNIOR, B. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n2/v17n2a02.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.
- BIRMAN, J. *O sujeito na contemporaneidade: espaço, dor e desalento na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. (Sujeito e História).
- BOLDORI, R.; SILVEIRA, F. L. G. *Diagnóstico do consumo de fumo e álcool pelos policiais militares do Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar de Santa Catarina*. Maio, 2000. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/264842918_DIAGNOSTICO_DO_CONSUMO_DE_FUMO_E_ALCOOL_PELoS_POLICIAIS_MILITARES_DO_BATALHAO_DE_OPERACOES_ESPECIAIS_DA_POLICIA_MILITAR_DE_SANTA_CATARINA>. Acesso em: 1 out. 2016.
- BUCHER, R. A ética da prevenção. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Brasília, DF, v. 23, n. especial, p. 117-123, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722007000500021>. Acesso em: 1 out. 2016.
- BRASIL. *Legislação e Políticas públicas sobre drogas no Brasil*. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <<http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- CARMO, D. R. do.; LUIZ, W. J. M.; PIRES, M. G. Incidência de alcoolismo nos profissionais de segurança pública do 5º batalhão da Polícia Militar no município de Londrina. *FIEP Bulletin*, v. 81, p. 1-4, 2011. Disponível em: <<http://fiepbulletin.net/index.php/fiepbulletin/article/view/410/767>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- COSTA, S. H. N. *Identificação de drogas psicotrópicas em amostras de urina de Policiais Militares, nas cidades de Goiânia e Aparecida de Goiânia, Estado de Goiás, Brasil*. 2009. 162 f. Tese (Doutorado em Ciência da Saúde) - Universidade Federal de Goiás, Goiás, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/1549>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- COSTA, S. H. N. et al. Survey on the use of psychotropic drugs by twelve military police units in the municipalities of Goiânia and Aparecida de Goiânia, state of Goiás, Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 32, n. 4, dec. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462010000400012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 set. 2016.
- DELA COLETA, A. S. M. D.; DELA COLETA, M. F. Fatores de estresse ocupacional e coping entre policiais civis. *Psico-USF*, v. 13, n. 1, p. 59-68, jan./jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v13n1/v13n1a08.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- DIAS, J. B. *A influência do estresse na qualidade de vida do policial militar*. 2011. 50 f. Monografia (Bacharelado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade

de Brasília, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/2993/1/2011_JanaryBarbosaDias.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

FERNANDES, L.; RIBEIRO, C. Redução de riscos, estilos de vida junkie e controle social. *Sociologia, problemas e práticas*, n. 39, p. 57-68, 2002.

FERREIRA, F. L. et al. *Alcoolismo na polícia militar do Estado do Amazonas*. 2002. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/saude/alcoolismo.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

FERREIRA, C. A. Análise pericial do padrão de consumo de álcool em policiais e seus fatores de risco, *Revista Especialize*, v. 10, n. 5, 2013. Disponível em: <<http://www.ipog.edu.br/uploads/arquivos/7c015e64e17facf99ed71cbcd72a53fb.pdf>>. Acesso em: 01 out. 2016.

FERREIRA, D. K. da S. *Condições de saúde, de trabalho e modos de vida de policiais militares: estudo de caso na cidade do Recife-PE*. 2009. 202 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2009ferreira-dks.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

FLACH, P. M. V. *A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia*. 2010. 148 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra367>>. Acesso em: 01 out. 2016.

FORTES, I. As categorias do sujeito na contemporaneidade. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. XVI, n. 2, p. 313-323, jul./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982013000200010>. Acesso em: 30 set. 2016.

GISCHEWSKI, Valéria Rezende. O abuso do álcool entre policiais-militares: um estudo em saúde mental e trabalho. *Revista Psicologia, Saúde Mental e Segurança Pública*, v. 1, n. 4, 2007. Disponível em: <<http://ead.policiamilitar.mg.gov.br/repm/index.php/psicopm/article/view/24>>. Acesso em: 1 out. 2016.

GOMES, R. R. Caminhos sobre a especificidade de redução de danos frente aos modelos de abordagem ao uso de psicoativos no Brasil. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 367-383.

GOUVEIA, V. V. et al. Atitudes frente ao álcool e o potencial bebedor-problema: correlatos demográficos e psicossociais. *Revista Bioética*, n. 17, p. 251-266, 2009. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/165>. Acesso em: 01 out. 2016

KARAM, M. L. Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais. *Textos - LEAP BRASIL*, Rio de Janeiro, p. 1-32, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.leapbrasil.com.br/textos>>. Acesso em: 1 out. 2016.

- KONARZEWSKI, V. H. C. *Viabilidade de monitoramento de drogas em amostras de cabelo: aplicação prática em instituição policial*. 2009. 41 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Pós-Graduação em Toxicologia Forense) - Centro Universitário Feevale, Instituto de Ciências da Saúde Novo Hamburgo, 2009. Disponível em: <<http://biblioteca.feevale.br/Monografia/MonografiaVitorKonarzewski.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- LIMA, M. E. A. Dependência química e trabalho: uso funcional e disfuncional de drogas nos contextos laborais. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 122, p. 260-268, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200008>. Acesso em: 1 out. 2016.
- LIMA, R. M. de A.; YANO, L. P. *Profissionais da área de segurança e a dependência química: relato de experiência de estágio em núcleo de apoio psicológico*. Disponível em: <<http://raiolmarcelo.blogspot.com.br/>>. Acesso em: 30 set. 2016.
- MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR., A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0000/82.pdf>. Acesso em: 01 out. 2016.
- MINAYO, M. C. S.; MINAYO, M. A autoviolência como objeto da sociologia e problema de saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 421-428, abr./jun. 1998.
- MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, jan./mar. 1998. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- MINAYO, M. C. de S. *Missão prevenir e proteger: condições de vida, trabalho e saúde dos policiais militares do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2008.
- MOREIRA, F. G.; SILVEIRA, D. X. da; ANDREOLI, S. B. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 3, p. 807-816, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v11n3/30995.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.
- MORAES, A. M. de. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*: de 5 de outubro de 1998. 16. ed. São Paulo: Atlas, 2000.
- NERY FILHO, A. Porque os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 11-20.
- OLIVEIRA, A. Os policiais podem ser controlados? *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n. 23, p. 142-175, jan./abr. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/n23/06.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2016.

OLIVEIRA, K. L. de; SANTOS, L. M. dos. Percepção da saúde mental em policiais militares da força tática e de rua. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 12, n. 25, p. 224-250, set./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v12n25/09.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2012.

OLIEVENSTEIN, C. *Os cuidados aos toxicômanos: uma ética para uma psicoterapia perversa*. Tradução de Ana Sachetti. Rio de Janeiro: UERJ, 1989. (Mimeografado).

OMENA, L. P.; ALVES, C. F. O. *Saúde do trabalhador: o alcoolismo como sintoma do sofrimento dos Policiais Militares de Alagoas*. Maceió, p. 1-19, 2006. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/2498474-Saude-do-trabalhador-o-alcoolismo-como-sintoma-do-sofrimento-dos-policiais-militares-de-alagoas-1.html>>. Acesso em: 1 out. 2016.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia Social*, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2016.

REZENDE, A. A. B. et al. Prevalência de tabagismo em Policiais Militares. *Revista Medicina. Minas Gerais*, v. 22, n. 2, p. 146-152, 2012. Disponível em: <www.rmmg.org/exportar-pdf/95/v22n2a04.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

SOUZA, E. L. de. Depressão em policiais masculinos: avaliação do perfil de usuários crônicos de bebida alcoólica na PMMG. *Revista de Psicologia, Saúde Mental e Segurança Pública*, v. 1, n. 2, 2002. Disponível em: <<http://ead.policiamilitar.mg.gov.br/repm/index.php/psicopm/article/view/52>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SOUZA, A. C. A. de. AGARRE – Agrupamento de Apoio para Recuperação Recíproca: uma alternativa de tratamento possível para os dependentes de álcool na PMMG. *Revista de Psicologia Saúde Mental e Segurança Pública (PMMG)*, Belo Horizonte, v. 1 n. 3, jan./dez. 2003. Disponível em: <<http://ead.policiamilitar.mg.gov.br/repm/index.php/psicopm/article/view/43>>. Acesso em: 30 set. 2016.

SOUZA, R. *Representação social dos policiais militares da Bahia: dependentes de substâncias psicoativas*. 2009. 26 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Prevenção da Violência e Promoção da Segurança e da Cidadania) – Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/bin/viewfile/PROGESP/Formacao3?rev=&filename=A_representa%E7%E3o_social_dos_policiais_militares_da_bahia.pdf>. Acesso em: 1 out. 2016.

SOUZA, E. R. de et al. Fatores associados ao sofrimento psíquico de policiais militares da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, jul. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000700008>. Acesso em: 1 out. 2016.

SOUZA, E. R. de et al. Consumo de substâncias lícitas e ilícitas por policiais da cidade do Rio de Janeiro. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300012&script=sci_abstract&tlng=pt.>. Acesso em: 1 out. 2016.

TRAD, S. *A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais*. 2010. Tese (Doctorat d'Antropologie de la Medicine) – Universitat Rovira i Virgili, Taragona, 2010. Disponível em: <<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34577/TESI.pdf;jsessionid=C746DA1504997A783EE65E0842A249EC.tdx2?sequence=1.>>. Acesso em: 1 out. 2016

ARTE, REDUÇÃO DE DANOS E CULTURA DE USO: POR UMA NOVA PERSPECTIVA

Rosângela Soares Boaretto

CARTOGRAFANDO EXPERIÊNCIAS

Quais são os encontros possíveis entre a arte e a saúde mental? A relação entre esses dois saberes vem despertando interesse desde sempre. A psiquiatria aposta, desde o século XIX, em investigações feitas pelos próprios profissionais na busca de novas possibilidades de tratamento e, neste momento, se esboçam as primeiras referências teóricas sobre o assunto. Já na arte, no século XX, alguns artistas como Paul Klee, Max Ernst e Jean Dubuffet mostram um interesse pelas produções realizadas por pacientes, por sua riqueza imaginativa, pela espontaneidade e pelo seu simbolismo. (THOMAZONI; FONSECA, 2011)

Paul Klee (1879-1940) tinha como inspiração para a criação de seus trabalhos o primitivo e o infantil e, para ele, a expressão artística dos psicóticos seria um caminho para investigar esses aspectos. Paul Klee encontrava nessa expressão uma “liberdade” e um estilo que inspiraria sua arte modernista. Diante do impacto estético das obras produzidas pelos internos do hospital psiquiátrico, o artista Max Ernst (1891-1976) foi um dos integrantes dos grupos que movimentaram a arte na vanguarda europeia, no início do século XX, como o Dadaísmo e Surrealismo, movimentos estes que dialogavam com o discurso da própria psicanálise. Ernst inicia uma exploração sobre as possibilidades de representação na arte de modo a atender às suas expectativas na produção de uma nova forma do fazer artístico.

A produção artística realizada de forma livre ganhou a alcunha de “arte bruta”, intitulada pelo pintor francês Jean Dubuffet (1901-1985)

que foi buscar nos interditos marginalizados, enclausurados nos hospitais psiquiátricos, este tipo de fazer artístico.

A arte bruta (*art brut*, em francês) é uma expressão produzida por pessoas que, por qualquer razão, escaparam do condicionamento cultural, indiferentes às críticas do mundo da arte, que agem por instinto e produzem a partir de uma relação intuitiva.

A partir dos diálogos estabelecidos entre arte e saúde mental no Brasil, vários profissionais, tanto da saúde mental como da arte, investigaram outras possibilidades de tratamentos e abordagens com pacientes em sofrimento, apostando na utilização de recursos artísticos como forma de tratamento e reinserção social. No Brasil, nos primeiros anos do século XX, podemos citar Osório César e Nise da Silveira como precursores desse movimento, ao iniciarem uma inserção das artes no campo da saúde, muito antes do início dos “movimentos reformadores”, e apostarem em uma investigação e abertura de novas formas terapêuticas nos tratamentos com pacientes, mesmo sem uma estrutura adequada.

Na década de 1920, o psiquiatra, crítico de arte e músico Osório Cesar ingressa como profissional no Hospital Psiquiátrico Juquery, no estado de São Paulo, onde inicia a sua investigação das linguagens artísticas, mesmo sem recursos, para a implantação das oficinas de arte. O trabalho produziu frutos e, em 1948, foi instituído, no Hospital Juquery, a Escola de Artes Plásticas do Juquery que era frequentada também por artistas, afirmando-se, assim, como um espaço de encontros e trocas de experiências.

No Rio de Janeiro, na década de 1940, Nise da Silveira, psiquiatra e estudiosa da obra de Carl Gustav Jung, segue os mesmos caminhos e aposta em atividades artísticas como método terapêutico no Hospital do Engenho de Dentro, no Serviço Terapêutico Ocupacional. Além disso, Nise constrói um diálogo a partir das leituras do filósofo Espinoza, deixando marcado um caminho de possibilidades para pensar a saúde a partir dos afetos, em um momento no qual a psiquiatria se encontrava muito distante desta possibilidade. Mais tarde, inicia, junto com artistas e profissionais da saúde mental, uma nova proposta de tratamento, sendo o ponto norteador o afeto e as atividades artísticas como possibilidade de reorganização psíquica e reinserção social. Esse espaço era desenvolvido sem fins lucrativos e a proposta era de uma clínica de tratamento aberta chamada Casa das Palmeiras. Em 1952, foi fundado o Museu de Imagens do Inconsciente em virtude da intensa produção de trabalhos artísticos realizados pelos internos do Hospital Engenho de

Dentro. No museu funciona um ateliê, possibilitando o desenvolvimento e a continuidade da produção.

Outro marco fundamental desse cruzamento surge com a reforma psiquiátrica, que tem como pauta desenhar um novo estatuto social para o doente mental que lhe garanta exercer a sua cidadania, o respeito pelos seus direitos e a sua individualidade. A partir das diretrizes, a reforma pretende modificar o sistema de tratamento do doente mental, ao eliminar gradativamente a internação, visando a integração da pessoa que sofre transtorno mental na sociedade. Sendo assim, a reforma psiquiátrica propõe a substituição dos manicômios por tratamentos mais humanizados e a possibilidade de outras formas terapêuticas. A consequência da reforma psiquiátrica no Brasil pode ser observada nas modificações das práticas em saúde mental: os debates gerados em torno de humanizar o campo levou o Deputado Federal Paulo Delgado a propor, em 1989, o Projeto de Lei nº 3.657 que dispunha de três pontos importantes tais como “a extinção progressiva dos manicômios”, “a regulação da internação psiquiátrica compulsória” e “a criação de outros dispositivos assistenciais”. A Lei nº 10.216, chamada Lei Paulo Delgado, foi sancionada somente em 2001, com algumas alterações.

Essa lei, que regulamenta os direitos dos indivíduos em sofrimento psíquico e propõe que os tratamentos no campo da saúde mental sejam os menos invasivos possíveis, abriu o precedente jurídico para a utilização de recursos artísticos como forma de tratamento. Assim, diversas práticas apostam na utilização da arte para o desenvolvimento de tratamentos mais atentos às pautas formuladas pela reforma psiquiátrica. Apesar disso, são escassas as investigações sobre essas práticas, além da produção de espaços de debates que permitam reconhecer os limites e a viabilidade desta interdisciplinaridade (arte/saúde), assim como seus desenvolvimentos diante dos diversos atores envolvidos (artistas, técnicos e profissionais de saúde e usuários do serviço).

Antes da Lei nº 10.216/2001, é possível reconhecer iniciativas atentas para as possibilidades de cruzamento entre o campo da arte e da saúde: de um lado, profissionais da saúde mental buscaram novas práticas visando a humanização dos procedimentos e, de outro lado, artistas se aproximaram da área da saúde com o objetivo de investigações estéticas inovadoras.

Todavia, esse caráter multidisciplinar adquire espaço através da criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo que, no ano de 1986, a cidade de São Paulo implementou sua primeira unidade. O tratamento nos CAPS é norteado não pelo conceito de cura, mas pelo conceito

de reabilitação psicossocial em que o indivíduo, antes excluído e alienado de suas possibilidades, pode se tornar sujeito de sua própria história a partir da reintegração nos diversos segmentos sociais.

Outro marco jurídico que se alia ao cruzamento entre estes saberes é a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) nº 8080/1990, que fomenta práticas em saúde que visem garantir o bem-estar biopsicossocial dos sujeitos. Deste modo, o conceito de saúde é ampliado e passa a representar mais que a ausência de doenças.

A Constituição do SUS, juntamente com os debates suscitados pela proposta da Lei Paulo Delgado, contribuiu para a implantação de políticas públicas de assistência psicossocial através da criação dos CAPS, isto é, novos modelos de tratamento que se contrapunham à lógica manicomial adquirem respaldo e se abrem para os debates acerca da cidadania como um conceito pleno, abrangendo os diversos aspectos da existência humana.

Esse contexto reflete na heterogeneidade do quadro profissional dos CAPS cuja equipe mínima é composta por um psiquiatra, um enfermeiro com formação em saúde mental, um médico clínico e quatro profissionais de nível superior, tais como psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário para o projeto terapêutico; além de seis profissionais de nível médio: auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, artesão e outros.

Outro avanço da implementação do CAPS é a criação de serviço para atenção e cuidado dos pacientes com transtornos decorrentes dos usos e dependência de substâncias psicoativas, o CAPS-AD. Esse novo tipo de serviço é responsável pela organização da demanda e da rede de instituições de álcool e outras drogas (ambulatórios, emergências, postos de saúde), além de ser porta de entrada da rede assistencial na área do seu território.

A partir dessa compreensão, garantida pelos marcos jurídicos que legitimam um outro olhar sobre a saúde e, entendendo a importância de cruzamentos interdisciplinares, o trabalho de Nise da Silveira vem se estendendo até os dias de hoje, com propostas que alargam seu pensamento. Um exemplo disso é o trabalho do médico, ator, psiquiatra cultural e pesquisador Vitor Pordeus que, no ano de 2012, inicia uma residência artística chamada Spa Hotel da Loucura, em uma das alas dos prédios desativados no Hospital Psiquiátrico Engenho de Dentro, possibilitando um intercâmbio entre artistas e internos, e proporcionando uma vivência de cuidado mútuo. Além desse trabalho, Pordeus desenvolve junto com os internos um processo terapêutico/político que

emancipa o sujeito através da arte, unindo pensadores como Espinoza, Nise da Silveira, William Shakespeare, Antonin Artaud, Bertold Brecht, Humberto Maturana, dentre outros. Através de encenações e adaptações de peças clássicas de Shakespeare, é apresentado um universo que possibilita a transformação. Os internos encenam e, através deste dispositivo, se abrem para um processo terapêutico. Ou seja, é através da imaginação e da criação que o sujeito se relaciona com o mundo.

REDUÇÃO DE DANOS: UM NOVO CAMINHO

Podemos entender a Redução de Danos (RD) como uma proposta que segue os caminhos da Reforma Psiquiátrica, no sentido de trazer novas perspectivas e desafios para a clínica, a partir de tecnologias de cuidado, incluindo o compromisso e as diretrizes da Reforma para usuários de substâncias psicoativas (SPA). A apropriação dos princípios da clínica ampliada, como ponto orientador principal das estratégias de redução de danos, aproximou a Reforma Psiquiátrica do campo dos usuários de drogas. Esses usuários, que são marcados pela estigmatização e marginalização, construídas pelo discurso histórico repressivo, podem, a partir desse encontro, manifestar-se enquanto sujeitos, exercendo seus direitos de cidadão.

Dentre os princípios da RD, está pautada a importância de atuar para além do consumo de drogas, tendo como um dos pontos de partida trabalhos nos territórios em que se fortalecem os estigmas como: a injustiça social, a fragmentação familiar, o preconceito racial, a exclusão, a pobreza e a violência, entre outros que afetam na autonomia e afastam o sujeito de um processo de cuidado consigo.

A RD entende o usuário enquanto um cidadão de direitos, um ser ativo, protagonista de seu processo, por isto, é importante que os dispositivos de saúde que são direcionados para a RD caminhem nesse sentido, considerando a necessidade real do indivíduo, indo em direção contrária à lógica da abstinência e internação, garantindo, assim, que o indivíduo não perca seus direitos por fazer uso de substâncias ilícitas.

A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas busca atender aos pressupostos do SUS, a saber, universalidade, integralidade e equidade, que caminham em acordo com os princípios da política de saúde mental manifestados na Lei Federal nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, na qual propõe outras possibilidades de tratamento pautadas no

confinamento e na abstinência, típicos da proposta manicomial. Desta forma, as atividades que contemplam a RD como ponto de partida para o cuidado dos usuários de drogas são concernentes não só aos serviços substitutivos ao manicômio como também na perspectiva da clínica ampliada. (MALHEIRO; MARQUES, 2010, p. 51)

Com isso, a importância do trabalho de campo junto aos usuários fora das instituições possibilita a construção de estratégias que partem do saber do próprio usuário de SPA. Nesta perspectiva caminha a RD, horizontalizando os saberes e legitimando um saber a partir da experiência. Neste sentido, os profissionais de saúde que trabalham na lógica da RD têm como princípio a desconstrução do lugar de saber especializado, para a compreensão de uma ecologia social norteadas a partir do consumo de drogas. Estar em campo é, portanto, estabelecer uma relação que valorize o enfoque do conhecimento do usuário.

A progressiva substituição da transmissão vertical do saber, dirigida do professor para o aluno, pela construção do conhecimento com base na demanda dos alunos e nas possibilidades individuais de cada um, como preconiza o referencial da teoria construtivista, aproxima os princípios da RD da moderna pedagogia.

Nesta perspectiva, tanto em RD como em Pedagogia, a palavra conscientizar só faz sentido na voz reflexiva “conscientizar-se”, cabendo ao professor ou ao técnico em RD o papel de facilitador das ações a serem implementadas, sejam elas a aquisição de conhecimento ou a preservação da saúde entre os usuários de drogas. Se o professor moderno é quem introduz o aluno no labirinto do conhecimento, o técnico em RD é aquele que propicia ao usuário de drogas a prevenção possível em lugar da prevenção idealizada. (ANDRADE, 2009)

O presidente do Colégio dos Médicos do Reino Unido, Humprey Rolleston, presidiu uma comissão, que aconteceu entre 1924 e 1926, com o propósito de rever melhorias na qualidade de vida e maior tolerância para os usuários de drogas. No documento produzido por uma comissão interministerial composta pela área jurídica e médica, o Ministério da Saúde regulamentou o direito dos médicos ingleses de prescreverem opiáceos para usuários desta substância como parte do tratamento para aqueles que não conseguiam suportar o tratamento abstêmio: ao apresentarem um quadro de sofrimento, para eles eram administradas doses controladas da substância com o objetivo da cura. O argumento do “uso seguro” fortalece o discurso da RD, associado ao uso de SPA, sem comprometer a conduta nem a vida laborativa.

A partir dessa experiência britânica, é possível reconhecer uma articulação entre os saberes jurídicos e médicos para estabelecer políticas e estratégias para pensar a saúde dos usuários, da população e o uso de substâncias ilícitas.

Em 1984, na Holanda, por uma iniciativa da associação de usuários (Roterdamse Junkie ou Junke Union), se deu início a uma campanha de troca de seringas motivada pelo surto de contaminação de hepatites virais (B e C). Naquele momento, as farmácias se recusavam a vender os acessórios necessários para a administração de substância injetável, uma atitude que era reflexo do receio de uma epidemia que teria como consequência um alto custo social. A partir do risco de exposição à contaminação, os usuários (*roterdamse junkie*) realizaram o primeiro Programa de Trocas de Seringas (PTS) em Amsterdã. É importante ressaltar que esta iniciativa parte dos usuários e, depois, é integrada por profissionais da saúde que legitimam a ação como uma medida de saúde pública.

As dificuldades de pensar um programa preventivo, naquela época, surgiam da marginalização da figura do usuário e das medidas tomadas naquele momento, revestidas de um caráter repressivo, a partir de uma concepção moral. Assim, a iniciativa dos usuários de drogas desvelou o descaso com a saúde dessas pessoas.

Desse modo, a RD, através da experiência holandesa na década de 1980, alça-se ao *status* de estratégia no âmbito da saúde, defendida por profissionais e estudiosos que lidam no campo da pesquisa, teorização, assistência e intervenção relacionados ao uso e aos usuários de substâncias psicoativas. (MESQUITA apud ANDRADE, 2002, p. 46)

No Brasil, a RD é marcada pelo contexto histórico entre o regime militar e a Constituição Federal de 1988, já que nesse mesmo momento aconteceram, no cenário nacional, os movimentos pela Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Com isto, surge a noção de saúde ampliada, a partir dos princípios fundamentais de acesso a saúde e universalização para todos os cidadãos. Em 1989, na cidade de Santos (SP), ocorreu a primeira tentativa de implantação de um programa de RD. Frente às muitas resistências registradas que acompanharam o processo e devido à impossibilidade por Lei de Troca de Seringas, os técnicos dos serviços de prevenção de DST/AIDS não podiam realizar as substituições; assim, a alternativa foi estimular o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas.

Em 1993, uma organização não governamental, o Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos (Iepas), com recursos do Programa

Nacional de DST/AIDS do Ministério da Saúde, implantou o primeiro projeto no Brasil a utilizar “redutores de danos” para o trabalho de prevenção de HIV/AIDS entre os seus pares. (ANDRADE, 2009, p. 46)

Na Bahia, em 1995, o Centro de Estudos e Terapias do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA) iniciou o primeiro programa de RD através de trocas de seringas, no Brasil, um marco para as ações em RD no país.

A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei nº 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir as consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde decorrentes do uso de drogas sem, necessariamente, interferir na oferta ou no consumo. O princípio fundamental que a orienta é, então, o respeito à liberdade de escolha, uma vez que muitos usuários não conseguem ou não querem deixar de usar drogas. (MALHEIRO; MARQUES, 2010, p. 50)

Com as mudanças ocorridas na lei, em 2006, a Redução de Danos passa a ter legitimidade nos espaços institucionais através das políticas centrais de saúde do SUS, como a Política Nacional da Atenção Básica, a Política Nacional de Saúde Mental e a Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral de Usuários de Álcool e Outras Drogas e na Política Nacional Sobre Drogas, reajustada em 2004.

A injustiça social, a desagregação familiar, a exclusão, o preconceito racial, a marginalização, a pobreza e a violência, dentre outros fatores, contribuem para o processo de estigmatização do indivíduo bem como em sua capacidade de cuidado de si, diminuindo os danos e fechando-o para novas possibilidades de comportamentos mais saudáveis. A RD não aborda apenas o consumo de drogas, ela vai além, trabalhando também a questão do estigma. Contudo, o conceito de redução de danos não goza de consenso pleno:

Redução de Danos não é um conceito de consenso na literatura ou entre os técnicos que o operacionalizam; entretanto, é de fácil definição, a partir de suas práticas: trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem, necessariamente, requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. (ANDRADE, 2002, p. 84)

A partir dessa visão, podemos entender as problemáticas referentes à esta questão a partir de três eixos fundamentais. Segundo Andrade (2002), os objetivos da redução de danos se configuram, primeiramente, como uma pragmática, pois nela são destacadas as práticas de cuidado e de melhoria da qualidade de vida dos usuários. Essas ações educativas quando realizadas enquanto práticas de saúde pública passam a ter como objetivo a preservação da vida de milhares de pessoas em vulnerabilidade durante o consumo de drogas.

O segundo eixo é o aspecto da diversidade: pensar distintas ações de RD que habilitem múltiplas práticas entre esses usuários como: a escolha pelo autocultivo, evitando assim a intermediação com o tráfico e, também, tendo mais controle com a qualidade da substância; terapias de substituição de uma droga por outra com menos impacto negativo à saúde; as práticas clássicas, como trocas de seringas usadas por novas; ações de agentes comunitários de saúde ou redutores de danos, como são chamados aqui no Brasil.

Em alguns países europeus, existem as chamadas salas de tolerância (espaços onde o uso de drogas é permitido tendo, como contrapartida, cuidados de prevenção), a recomendação da própria substância de consumo em serviços públicos que oferece a droga de forma gratuita, evitando assim, o contato do usuário com o tráfico e propiciando condições seguras e protegidas de uso. Estes são serviços que apostam no trabalho com a educação e a autonomia do próprio usuário no processo de autocuidado. No que se refere ao consumo de substâncias lícitas, temos como ações de RD medidas de segurança e prevenção para o consumo de bebidas alcoólicas, como é sugerido através de campanhas como “se beber, não dirija”, “se beber, vá de taxi” entre outras frases que alertam para os riscos. Para os usuários de nicotina, é recomendada a substituição por adesivos de nicotina. Deste modo, podemos pensar o uso do cinto de segurança nos automóveis como uma prática de RD que tem como objetivo diminuir os riscos traumáticos causados durante acidentes.

A existência de iniciativas através de coletivos de redução de danos que atuam em contexto de festas e festivais, em espaços onde o uso de substâncias psicoativas é frequente, evoca uma realidade que aponta para a necessidade de um cuidado sobre essa cena. Como ações de RD nesses contextos podemos citar aqui, como exemplo, o Energy Control de Barcelona, Safer Nightlife (Espanha), Techno PLUS (França), Checkin (Portugal), Erowid (EUA) e Coletivo Balance de Redução de Danos (Salvador, Brasil), entre outros.

BALANCE: USE DANCE E RISCOS BALANCE

O Coletivo Balance é formado por um grupo de pessoas de várias áreas que se encontram para pensar e discutir sobre o uso de substâncias psicoativas no contexto das festas de música eletrônica. Atua, geralmente, em festas *rave*,¹ na cidade de Salvador (BA) e nos festivais de música eletrônica, tendo como destaque o Festival de Música, Arte e Cultura Alternativa Universo Paralello que acontece na praia de Prati-gi, em Ituberá (BA). O Balance foi criado a partir da pesquisa realizada por Marcelo Andrade quando se encontrava no período de trabalho de campo. Do encontro de frequentadores das festas, produtores e artistas, surgiu o interesse de levar os conhecimentos da redução de danos para um público mais amplo. Assim, em 2006, foi realizado um encontro com produtores, artistas e psiconautas² que tinham um conhecimento não acadêmico sobre o tema das SPA, além de usuários de substâncias como LSD-25, ecstasy/MDMA, *cannabis* e álcool.

O Balance tem como objetivo realizar uma série de ações de prevenção tendo como suporte a informação e a difusão sobre os riscos e danos, partindo da distribuição de campanhas de RD entre os usuários de SPA. Nesses contextos, o público-alvo do coletivo são jovens usuários e poli-usuários de SPA sintéticas (*ecstasy* (MDMA), LSD-25, *speeds*, anfetaminas, ketaminas (especial K), álcool e outras drogas “naturais”, como *cannabis*, cogumelos, DMT, chá, extrato de jurema e *salvia divinorum*). Essas campanhas possibilitam que usuários criem uma cultura de autocuidado no uso das substâncias a fim de evitarem, por exemplo, o contágio do HIV/AIDS e as hepatites virais. Além disso, é divulgada a nova Lei Brasileira Sobre Drogas (nº 11.343/06), considerando a importância dos usuários conhecerem os seus direitos e exercerem sua cidadania. As estratégias adotadas pelo Coletivo Balance durante o festival se dividem em:

- 1 *Raves* (do verbo inglês *to rave* = “delirar”) O conceito *rave* nascido no final dos anos 1980 e advindo da cena da música eletrônica se configura como festas em espaços abertos, fora do perímetro urbano das cidades ou em galpões abandonados na periferia e podem durar alguns dias.
- 2 Henrique Carneiro em seu texto “A odisseia psiconáutica” (2005) diz que o termo “psiconauta”, segundo Jonatan Ott teria sido cunhado por Ernst Jünger. Apesar de usar uma referência do Jünger em seu texto “Carneiro” se refere a Ott para definir a origem do termo que designa sujeitos que fazem do psiquismo um campo de exploração de sensações e percepções a partir de experiências com substâncias psicoativas. (ANDRADE; MARCELO, 2009, p. 17)

1) *Info-stand* Balance e *Relax ZONE*

Esse espaço tem como objetivo ser a porta de entrada para a apresentação do trabalho. Configura-se como um ponto fixo onde os usuários podem transitar e ter acesso à apresentação do serviço, informações sobre o uso e abuso de substâncias psicoativas, práticas de redução de danos, exposição do material informativo, distribuição de insumos (*cards* e preservativos masculinos), exibição de filmes e documentários sobre o assunto. Também é criado um espaço afastado (*zona de relaxamento*) onde os usuários podem chegar e permanecer por um tempo, tendo como suporte a ação de redutores que esclarecem questões relacionadas ao trabalho, além do Acompanhamento Terapêutico e o encaminhamento para o Posto Médico;

2) Atenção e Cuidado – SOS Balance

Durante o festival, o uso abusivo de substâncias psicoativas, em alguns casos, leva os usuários a passarem por experiências psicodélicas difíceis, a entrarem em um estado dissociativo de consciência (*surto psicótico/bad trips*). Nesta direção, a assistência de um profissional com experiência no campo da saúde mental é importante, tendo como suporte, nesse caso, técnicas psicoterápicas com referência em Winnicott,³ e que se constituem como um instrumento de entendimento e abordagem desses estados. É preciso que a abordagem com o usuário em crise tenha um direcionamento que forneça elementos no sentido de reconectar o sujeito à realidade;

3) Distribuição de material informativo e preservativos masculinos

Material produzido sobre a RD para usuários de substâncias psicoativas sintéticas e naturais, alertando para o cuidado com as misturas entre substâncias. Visando, também, reduzir os riscos ocasionados por contaminações virais (DST/AIDS) são distribuídos preservativos masculinos, reforçando a importância da prática de sexo seguro;

4) Workshops dialógicos

Este é um espaço de troca de conhecimentos, através da metodologia deleuziana de “construir com e não para”, sendo compartilhadas

3 O psicanalista Donald Winnicott desenvolveu um método a partir do “desenvolvimento emocional primitivo” durante a Segunda Guerra Mundial, com crianças separadas de suas famílias, encontrou nesse contexto um interessante campo de estudo que lhe permitiu perceber etapas fundamentais do desenvolvimento da pessoa. Winnicott constatou, por exemplo, a importância do lúdico nos primeiros anos de vida na construção da identidade pessoal.

e debatidas com o público geral informações sobre SPA. Trata-se de um momento em que os diversos saberes (acadêmicos e práticos) se encontram de forma transversal para a exposição de seus conhecimentos, com diferentes olhares sobre o consumo de drogas e temas afins. Com isso, esse momento é caracterizado como um lócus onde o conhecimento é construído coletivamente. Os temas debatidos são: a) “Balas”, “doces”, outras “guloseimas” e Redução de Danos para uso de Substâncias Psicoativas/drogas sintéticas e usos associados; b) Velhas plantas e novas modalidades, psiconautismo, enteogênia e ou Uso Ritual de Substâncias Psicoativas – Xamanismo, Psicodélia e Trance; e c) Mitos e Fatos sobre a Maconha e o Haxixe – História, Redução de Danos e Legislação;

5) Cine Balance & Doc

Exibição e debate de filmes e documentários relacionados com a temática;

6) Cuidando de quem cuida

Oficina direcionada para os funcionários técnicos do festival com instruções teóricas sobre a RD com o objetivo de sensibilizar os técnicos no manejo com os frequentadores do festival em situação de crise. Esta oficina tem como público-alvo as equipes de salva-vidas, os seguranças, as pessoas de apoio e a equipe do posto de saúde.

Durante os sete dias do festival, os componentes do coletivo se organizam para assumir plantões com intervalo de folga. Além disto, são feitas em conjunto com a organização do festival, ações preventivas junto à comunidade da cidade de Ituberá (BA). Foi nesse cenário que, no ano de 2006, trouxe minhas contribuições, a partir dos conhecimentos em um outro campo (artes plásticas e visuais), para somar ao trabalho junto ao Coletivo Balance.

A partir das primeiras ações do coletivo na cidade de Salvador (BA) e, conhecendo um pouco do trabalho da RD, em 2006, comecei a me aproximar da proposta do Coletivo na tentativa de inserir a perspectiva da arte dentro da proposta do Balance. Inicialmente, durante a festa Revolucion, apresentei uma proposta junto à equipe de decoração e ambientação para o stand do Coletivo, que foi elaborada a partir de um cuidado com as cores utilizadas no espaço. Fizemos uma ambientação com tecidos buscando sempre uma coloração neutra e fria, Por ser uma festa pequena os recursos eram poucos e trabalhamos com o que tínhamos disponível.

O *stand* do Balance era em um toldo em local afastado da pista, ao lado da casa do sítio no qual acontecia a festa. A montagem do *stand* foi executada por uma parte da equipe, que se deslocou ainda pela tarde, para colocar os *banners* e criar um ambiente utilizando elementos decorativos para tornar o mesmo agradável para as pessoas relaxarem, assistirem a vídeos, a filmes ou a documentários sobre as substâncias psicoativas. Continuávamos oferecendo cuidados, caso algum usuário estivesse passando por momentos difíceis em função das substâncias consumidas. (ANDRADE, 2009, p. 162, grifo nosso)

Nesse primeiro trabalho, não havia ainda uma intenção direta entre o discurso da RD e o trabalho artístico: a intenção era criar um ambiente que proporcionasse um lugar seguro e agradável para os usuários. Ainda nesse ano, durante a ação do Balance no Universo Paralelo 7, participei do grupo de redutores de danos no festival. Essas experiências exploratórias me permitiram uma aproximação maior com os discursos e práticas de RD e, como consequência, mobilizou reflexões e tentativas de criação de tecnologias que permitissem uma maior permeabilidade entre a RD e a arte. Assim pude avançar, a partir da minha pesquisa em arte nas linguagens da Performance e Intervenção Urbana, para produzir essa intersecção. Essa inquietação inicial, sem dúvida, se constituiu como o motivo propulsor para a experiência posteriormente desenvolvida.

O CASO DO PASSE A BOLA

“Passe a bola” foi uma intervenção criada durante a Marcha da Maconha, realizada em Salvador (BA), no ano de 2009, que, em sua primeira versão foi estruturada de forma espontânea. Durante o trajeto do evento, a intervenção consistiu em distribuir para os participantes da marcha bolas de soprar cheias d’água ou ar que continham em sua superfície a seguinte frase: “passe a bola, mão de cola”. Passar a bola é uma expressão que os usuários de maconha utilizam nas rodas de fumo, que nada mais é do que passar o cachimbo ou o cigarro para outra pessoa da roda. Assim, o gestual é incorporado como linguagem às práticas e vivências dos usuários.

A Marcha da Maconha é um movimento social, cultural e político que acontece em todo o Brasil, com o objetivo de discutir, debater e ampliar questões referentes à política de droga hoje vigente no país. Essas marchas reúnem milhares de pessoas, usuárias ou não, que vão às ruas para dar visibilidade a essa questão. É nesse contexto que surge a pos-

sibilidade de apresentar uma proposta tomando como tema “a cultura de uso”.

A cultura de uso leva em conta que os efeitos do uso das substâncias psicoativas dependem não apenas de suas propriedades farmacológicas, mas, também, das atitudes e da personalidade do usuário, além do espaço social onde ocorre esse uso, como apontado pelo sociólogo Howard Becker.

[...] um dos pioneiros do estudo das dimensões sociológicas da questão das drogas, chama a atenção para a importância de um saber sobre as substâncias que se difunde entre seus usuários. Constatando que as ideias do usuário sobre a droga influenciam como ele as usa, interpreta e responde a seus efeitos, Becker argumenta que a natureza da experiência depende do grau de conhecimento que lhe é disponível. (MACRAE, 2003, p. 2)

Vale destacar que entre os usuários de substâncias psicoativas ilícitas existe uma série de condutas, em relação ao uso de suas substâncias elegidas, criando rituais de uso e todo um vocabulário próprio para falar e agir com aquilo que é proibido. Intervenções artísticas que tenham a cultura de uso como ponto de partida não devem prescindir desta complexidade e, para tanto, é necessária também uma perspectiva ampla sobre a investigação artística, discussão que proporemos ao longo desse artigo.

O “passe a bola”, enquanto uma intervenção artística, foi pensado a partir desse universo, ou seja, de que a partir da cultura de uso abre-se para a possibilidade de intersecção entre as investigações artísticas e as práticas e discursos de RD. Assim se inicia minha investigação poética tendo em vista que a mesma pretende levar em consideração aspectos do uso que vão além da perspectiva biomédica clássica, ao ressaltar elementos do comportamento e do imaginário social, aspectos fundamentais no sentido da produção de práticas que busquem aproximação entre arte e saúde.

No ano de 2010, compus a formação inicial do projeto “Saúde (de cara) na rua” em que desenvolvemos e aperfeiçoamos ideias de novas abordagens relacionadas à prevenção e arte. O projeto foi idealizado no Cetad, extensão da Faculdade de Medicina da UFBA. A equipe transitava pela cidade por espaços de encontro, lugares de entretenimento, “festas de largo”, nas praias, praças, lugares onde geralmente existe o uso de substâncias psicoativas. De forma criativa e lúdica, realizávamos ações informativas, educativas, preventivas e de redução de danos relacionadas ao uso, junto à população de Salvador (BA). Estas ações

tinham como objetivo promover discussões sobre o tema, desconstruindo o imaginário equivocadamente demonizações e mitos, informando sobre a lei sobre drogas, divulgando a rede de serviço ao usuário e, principalmente, problematizando a política proibicionista, fazendo o público refletir sobre quais substâncias são consideradas legais e ilegais, além de destacar a fragilidade empregada nesta classificação. Nesse sentido, o projeto possibilitou a circulação da informação sobre política e saúde relacionada ao uso das SPA.

Uma das principais estratégias utilizadas foi a apropriação de algumas linguagens artísticas: a intervenção urbana foi a principal forma artística considerada para a criação das estratégias do projeto. Como prática artística no espaço urbano, a intervenção pode ser considerada uma vertente da arte urbana, ambiental ou pública, visando interferir sobre uma dada situação, a fim de promover alguma reação ou transformação. Os projetos de intervenção são um dos caminhos explorados para promover uma aproximação com a vida cotidiana, tematizando assuntos e abordagens ignoradas pela grande mídia. As linguagens, técnicas e táticas empregadas nesses trabalhos possuem um caráter heterogêneo, aglutinando tanto ações efêmeras, eventos participativos em espaços abertos, trabalhos que convidam à interação com o público, envolvendo oficinas e debates, performances, vídeos, quanto trabalhos que se valem de estratégias do campo das artes cênicas para criar uma determinada cena, situação ou relação entre as pessoas ou, ainda, da comunicação e da publicidade, como panfletos, cartazes, adesivos, lambe-lambe ou pela apropriação desses códigos para a criação de outra linguagem.

Durante o projeto, experimentamos a ideia do “passe a bola” no porto da Barra, uma praia bastante movimentada, que congrega um público diverso, além de ser um espaço conhecido pelo uso da *cannabis*. Nessa ação, foram coladas nas bolas outras informações e a intervenção ganhou o nome de “Passe a bola da informação”. Utilizávamos bolas grandes de parque coloridas nas quais colamos frases sobre RD e sobre a Lei de Drogas, utilizando a bola de parque como dispositivo de informação e aproximação com os usuários para falar de Redução de Danos e da Lei sobre Drogas. Era abordada uma grande diversidade de pessoas, tanto usuários de maconha quanto usuários de outras substâncias, assim como não usuários.

A proposta era lançar a bola e deixar que o próprio movimento, que é impulsionado pela sugestão do objeto em si, a bola, desse o corpo da intervenção. Ou seja, os banhistas, ao se depararem com a bola, seriam

provocados com as questões ali levantadas; logo em seguida chegávamos para dar um suporte e aprofundar a intervenção. Dessa maneira, pudemos perceber que, através de uma ação lúdica, era possível chegar ao público para tratar destas questões com mais leveza, desconstruindo assim os estigmas e tabus sobre essa temática.

Em 2011, a intervenção se desloca para outro contexto, o festival Universo Paralelo, integrando as ações do Coletivo Balance. A intervenção foi executada na pista principal. Durante o planejamento da intervenção foi observada a dinâmica da pista, os DJs que fossem mais conhecidos e analisamos quais seriam os melhores momentos para realizar a ação, a fim de atingir um maior número de pessoas.

Para o festival algumas mudanças na ação foram realizadas: primeiramente o tamanho das bolas que, nessa intervenção, eram maiores e com cores que dialogavam com o ambiente, como as cores fluorescentes. As frases coladas nas bolas com um papel adesivo não se desfaziam com facilidade, eram escritas com letras grandes e coloridas: “Você conhece a Lei de Drogas?”, “Passe a bola, mão de cola, conheça seus limites”, “Usuário é cidadão”, “Você sabe o que é Redução de Danos?”, entre outras.

Quando percebíamos que a pista estava animada, entrávamos com as bolas e soltávamos dentro da pista. Nesse momento, não tínhamos mais controle das bolas, pois elas faziam parte da dança, saltando de um lado para outro. Nesse momento as pessoas pegavam as bolas, liam as mensagens e passavam adiante. Assim, o corpo da festa fazia parte do jogo e a bola girava independentemente de nossa condução. Enquanto isto, nós íamos com um tabuleiro com *cards* e camisinhas, distribuindo de forma mais direta e fazendo uma ligação com as bolas e o Coletivo Balance.

Para pensar em intervenções artísticas que dialoguem com o universo das substâncias psicoativas, em seu contexto de uso, é importante seguir o caminho da diversão, pois o usuário que estabelece uma relação recreativa com a substância e no estado prazeroso em que se encontra, terá mais receptividade com algo que dialogue com esse estado. Dessa forma, é preciso atentar para a construção de intervenções artísticas que considerem esse fato.

Nesse mesmo momento, foi realizada uma intervenção para o Balance chamada “El Sombrero”, voltada para os cuidados com o sol, a desidratação e a insolação, muito recorrentes em festivais como este. Nessa intervenção, juntamente com o colega João Pedro Matos, criamos então dois personagens chamados de UV-A e UV-B e, cobertos de pasta d’água,

vestidos com trajes de banho e saia feita de guarda-sol, saíamos pelo festival com uma pistola de água, leques, protetor solar e um chapéu coberto por espelhos. Percorremos toda a extensão do festival cobrindo todas as pistas, a praia, duchas, banheiros e filas. A intervenção tinha como objetivo alertar sobre os cuidados com o sol. Durante a execução, oferecíamos carona com o chapéu e aproveitávamos para falar da importância de beber água e usar protetor solar. Em um momento saímos pela pista fazendo chover dentro do chapéu e observávamos se alguém estava dormindo, exposto ao sol, e, cuidadosamente, acordávamos essas pessoas e encaminhávamos para uma sombra mais próxima. Falamos também com as pessoas que estavam trabalhando no festival, como a equipe de limpeza e os seguranças, numa condição de exposição direta ao sol. Percebemos, em determinado momento, que os frequentadores do festival se apropriavam dos elementos e do discurso utilizados na intervenção e começavam a executar o que havíamos proposto.

Observamos que a cena de arte contemporânea vem caminhando em direção a uma produção que dialoga com questões que ampliam o discurso da arte, em que atores sociais aliam política e subjetividade, abrindo-se para experiências culturais distintas. As novas orientações artísticas caminham na tentativa de dirigir a arte para as coisas do mundo, a natureza, a realidade urbana e o mundo tecnológico. Com isso vemos a importância de pensarmos em uma produção que comungue com as novas perspectivas do fazer artístico, com uma arte que integre o sujeito de forma a respeitar suas particularidades, que convide o outro a fazer parte dela, a partir da compreensão da arte em seu valor cotidiano, aproximando a arte da vida.

Assim podemos resgatar o conceito da pesquisadora Maria Beatriz de Medeiros, junto ao seu coletivo *Corpos Informáticos*, que desenvolve a concepção de *Composição Urbana* em que amplia e põe em prática este modo de ver a arte.

Compor não é harmonizar espaços, nem tampouco desarticulá-los. Compor é, antes de tudo, aproximar, avizinhar-se a algo em um processo de relações. Há vizinhança de muro, de cerca, de abandono, de janela, porta, andar, calçada, rua, bairro, praça, cidade etc. Fronteiras, composição. Não há fronteira entre a sua rua e a do seu vizinho de porta/estado. Qual a fronteira da fronteira? Somos errantes enquanto compomos com a ambiência que é cada um. (AQUINO; MEDEIROS, 2011, p. 101)

Assim, é possível desconstruir o imaginário social em relação ao uso de SPA e transformar a percepção que se tem sobre este mundo e

os usuários, permitindo expressar e pensar saúde para além de suas ferramentas e estratégias convencionais, expandindo qualquer limitação estética ou social. Construir junto, quebrando as hierarquias estabelecidas.

Desse modo, a arte pensada como composição se abre para dinâmicas em que o artista se apresenta como um disparador de situação. Não se trata, portanto, de um produto descolado da sua construção que, apenas em um segundo momento, encontra um espectador. Longe disso, o paradigma composicional pensa não mais o espectador, mas o participante, ou seja, a arte que dispara situação tem uma relação com a alteridade em termos radicalmente constitutivos. A arte, neste caso, só faz sentido quando se abre para a relação em seu próprio fazer.

Por sua vez, abordagens ampliadas de saúde têm como característica fundamental a transformação do *status* dos sujeitos, ou seja, estas abordagens apontam para a importância de tecnologias novas que concebam a autonomia dos sujeitos como um elemento fundamental, buscando práticas horizontais entre os saberes especializados e aqueles dados nas experiências de mundo dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A contribuição deste artigo é chamar a atenção para a importância de pensarmos novas metodologias para intervenções sobre o consumo e os consumidores de álcool e outras drogas, buscando produzir novas estratégias de saúde/arte em AD que partam do contexto social do usuário, fazendo com que a intervenção possa dialogar com sua cultura do consumo e desta forma construir “com” o usuário e não “para” ele. Como consequência disso, produzir um espaço emancipatório que, ao mesmo tempo, possibilite a difusão de informações sobre prevenção de drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, como também contribuir para a quebra do estigma que exclui o usuário de drogas ao promover sua inclusão de forma lúdica.

As intervenções em RD devem possibilitar a construção de sujeitos cogestões (cogestão definida como compartilhamento de poder) de saúde, tendo como pano de fundo o seu horizonte de experiências vividas na comunidade, retirando, assim, o lugar da reflexão sobre estratégias de produção de saúde de gestores institucionais que, por vezes, desconhecem a realidade dos usuários, para a emergência de novos sujeitos atuantes e implicados neste processo. Seria uma educação para

a vida, tendo como escola a própria vida, mediante a construção de modalidades de cogestão que permitam ao sujeito participar do comando de processos de trabalho, de educação, de intervenção comunitária e, até mesmo, do cuidado de sua saúde e de seus pares. (NERY FILHO; VALÉRIO, 2010)

A arte e a saúde na contemporaneidade parecem se tangenciar, no que diz respeito ao estatuto da alteridade, nesse processo reflexivo que esses campos operaram e, como consequência, apontam para dinâmicas mais participativas em relação aos seus públicos. De um lado, a arte vê no espectador ativo um elemento inovador, produzindo uma série de novas linguagens, inclusive a performance e a intervenção urbana, por outro lado, a saúde reconhece na dimensão do autocuidado um caminho de ampliação de seus pressupostos, incorporando elementos da ordem do comportamento e do imaginário social, ou seja, da cultura de uso, atributo fundamental para a consolidação dos discursos e das práticas de redução de danos.

Assim, o reconhecimento desse duplo desenvolvimento reflexivo da arte e da saúde, foi o ponto de toque para a criação das intervenções aqui citadas. Sem dúvida, o horizonte desta experiência não se limita ao que foi aqui analisado, ao contrário, este artigo buscou apontar um caminho possível. Como futuros desenvolvimentos, poderíamos pensar, por exemplo, na produção de intervenções de modo colaborativo com os usuários, pois, até aqui, as intervenções são colocadas à participação, todavia, reconheço desde já que a dinâmica participativa de ponta a ponta no processo, sem dúvida, produziria uma tecnologia ainda mais emancipatória.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. M. *“Balas”, “doces” e outras “guloseimas”*. Coletivo balance de redução de danos – substâncias psicoativas: uso, cultura e redução de danos na “cena” psytrance soteropolitana e conexões nacionais. 2009. 263 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009.

AQUINO, F.; MEDEIROS, M. B. *Corpos informáticos: performance, corpo e política*. Brasília, DF: UnB, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Entre riscos e danos: uma nova estratégia de atenção ao uso de drogas*. Brasília, DF, 2002.

- CAUQUELIN, A. *Arte contemporânea: uma introdução*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- ESCOHOTADO, A. *História elementar das drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.
- LABATE, B. C. et al. (Org.). *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: EDUFBA, 2008.
- MACRAE, E. *A Subcultura da droga e prevenção*. 2003. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2012.
- MICHALISZYN, M. S.; TOMASINI, R. *Pesquisa orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos*. Petrópolis, RJ: Vozes: 2005.
- NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e sócio-antropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009.
- NERY FILHO, A.; VALÉRIO, A. L. R. *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua*. Brasília, DF: SENAD, 2010.
- OLIVEIRA, P. F. de. *Arte e saúde mental: mapeamento e análise de trabalhos na Região Sudeste*. Disponível em: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/278.arte%20e%20sa%20Dade%20mental.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2013.
- RUSH, M. *Novas mídias na arte contemporânea*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.
- THOMAZONI, A. R.; FONSECA, T. M. G. Encontros possíveis entre arte, loucura e criação. *Mental*, Barbacena, MG, ano IX, n. 17, p. 605-620, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42023679007&idp=1&cid=306488>>. Acesso em: 25 set. 2013.
- TORRENS, V. *Pedagogia de la performance: programas de cursos y talleres*. [Huesca]: Edición de Valentín Torrens, [2008].

PARTE V

CLÍNICA

APRESENTAÇÃO

O fenômeno das toxicomanias, mais do que um encontro problemático de um sujeito com um produto, convoca-nos a refletir sobre o mal-estar da condição humana, e de como este mal-estar se apresenta no século XXI, introduzindo o questionamento sobre novos modos de lidar com a falta e com o desamparo daí advindos. Mesmo que o consumo de drogas não seja uma criação da contemporaneidade, as toxicomanias assumem cada vez mais valor de sintoma desse mal estar nos laços sociais, pois respondem adequadamente ao imperativo categórico de satisfação imediata e irrestrita, característica da lógica do mercado e da ciência. O sujeito na contemporaneidade, marcado pela imediatez que rege os novos tempos, responde automaticamente no corpo e no agir, sem algum juízo, num curto circuito que carece, muitas vezes, de uma intermediação simbólica.

As toxicomanias podem ser lidas a partir de inúmeras perspectivas, atravessando várias áreas de conhecimento que se sustentam em pressupostos específicos e visam atingir diferentes objetivos. O grande desafio desta clínica e, justamente, onde reside a sua complexidade, é considerar a transversalidade do tema, respeitando, por um lado, a especificidade de cada disciplina e, por outro, apontando para a necessidade da construção de um modo de operar que institua um lugar terceiro onde os saberes se cruzam e produzam novos fazeres. A transdisciplinaridade, mais do que a soma de múltiplas disciplinas, ou de uma pretensa interseção entre elas, inaugura um novo modo de operar, sem, entretanto, negar ou destituir o que já está posto.

Dar tratamento à questão das toxicomanias numa abordagem transdisciplinar amplia o modo de intervenção nas instituições, sobretudo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que têm como proposta uma busca permanente de reconstrução de saberes e práticas, trazendo como uma de suas referências a interação dos diversos campos do conhecimento. O trabalho em equipe, a articulação em rede, a abordagem territorial, a própria diferença entre visões multi, inter e transdisciplinares e suas diversas abordagens epistemológicas, são alguns dos muitos eixos temáticos, fundamentais para esta discussão.

Definir os pressupostos e ferramentas que norteiam as diferentes abordagens das toxicomanias determina a direção do tratamento. A experiência institucional do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad), construída em mais de três décadas de exercício clínico, apoiada

dentre outros campos, nas referências da psicanálise, nos permitiu uma releitura constante dos modos de apresentação desta clientela e de possíveis estratégias de atendimento, tornando esta clínica viva e em constante movimento, se configurando como recursos fundamentais, porém não únicos, na condução do tratamento. Além disso, a lógica de redução de riscos e de danos permeia todas essas ações, sustentando os modos de intervenção ambulatorial, intra e extramuros. Trata-se, portanto, de uma clínica que prioriza a singularidade de cada caso.

Assim, a nossa proposta é de um dispositivo clínico institucional que estabeleça interfaces com a comunidade, acolhendo o usuário e oferecendo um projeto terapêutico com estratégias específicas, singulares, que possibilitem o seu reposicionamento no mundo. Partimos, então, de um modelo de tratamento que retira o fenômeno da sua universalidade, possibilitando o deslocamento da relação de cada indivíduo com a “sua” droga num tempo/espço particular. Para tanto, levamos em conta a variedade fenomenológica dessa clínica que acolhe desde usuários eventuais àqueles sustentados na posição de uma verdadeira dependência ao produto. O projeto terapêutico deve vislumbrar, além de um deslocamento subjetivo, a construção de um novo lugar social e, sempre que possível, deve operar na possibilidade de sustentação desses deslocamentos.

Considerando a nossa vasta clientela (usuários de drogas, familiares, instituições) com suas respectivas demandas, incluímos reflexões a partir de diferentes campos – individual (subjetivo, cognitivo, do comportamento, do hábito), grupal, institucional e sócio-comunitário – o que determinará diferentes níveis de intervenção.

No atendimento clínico propriamente dito, a criação contínua de estratégias de grupo nas suas diferentes modalidades (grupos terapêuticos, oficinas de arte e expressão, oficinas de prevenção, dentre outras) tem se tornado fundamental para o deslocamento da função droga. Alguns desses indivíduos geralmente se apresentam colados com o objeto de consumo e a estratégia de grupo inicialmente facilita a identificação imaginária e possibilita o seu posterior atravessamento, com a construção da separação e da diferença.

A reflexão sobre as contribuições da Farmacologia e da Psiquiatria no terreno desta clínica abre a possibilidade de revisão de noções estereotipadas e preconceituosas. É preciso introduzir uma discussão ética que problematize a resposta farmacológica como a única saída para o mal estar na contemporaneidade. A discussão sobre a medicalização excessiva na atualidade é de extrema relevância, pois provoca uma posição crítica

em relação ao modo de conceber o consumo de drogas, a separação entre drogas lícitas e ilícitas, a reflexão sobre uma sociedade anestesiada pelo consumo abusivo de medicamentos. Entretanto, vale ressaltar a eficácia da Farmacologia e da Psiquiatria no auxílio ao tratamento das toxicomanias, bem como a importância das intervenções psicofarmacológicas nos quadros de intoxicação aguda e abstinência de determinadas drogas, além dos quadros neuropsiquiátricos associados ao seu uso.

O questionamento em torno do consumo de drogas, as mudanças nos modos de consumo ao longo do tempo, colocam no centro das nossas considerações uma discussão maior sobre a variedade de patologias de consumo que se apresentam na atualidade. Dentro deste quadro, as toxicomanias parecem assumir um modelo paradigmático. Nesta perspectiva, o atuar no corpo, o agir automático, a compulsão, o imediatismo são respostas que buscam o apagamento, o adormecimento, a negação do sofrimento. A nossa proposta vai na contramão e busca o resgate daquilo que seria condição fundante: a possibilidade de lidar com o inusitado, de decidir sobre o próprio caminho.

Neste capítulo são apresentados textos que tratam de alguns dos tantos e vastos aspectos que se apresentam na complexa clínica das toxicomanias ao refletir sobre a atenção integral ao idoso usuário de drogas; o lugar e a função que a droga ocupa em diferentes grupos e contextos, tais como moradores de rua, interrogando subjetividades identificadas ao lugar da exclusão, para além do imperativo da rua e do consumo problemático de substâncias psicoativas. Também será tratado o manejo clínico dos atos transgressores de usuários de drogas ilícitas cometidos nos CAPS-AD; as possíveis intervenções institucionais que fomentem o deslocamento do fazer do toxicômano, dimensionado enquanto autonomia, participação e inserção social; a questão da autonomia no modo como o sujeito gerencia a sua vida, relacionando-os com as contribuições da Terapia Ocupacional e, finalmente, a clínica com psicóticos e toxicômanos traçando seus principais desafios e possibilidades de atuação.

Luiz Alberto Tavares
Maria Eugenia Nuñez
Marlize Rêgo

REFLEXÕES ACERCA DO ATO TRANSGRESSOR NOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

André Bomfim Dias

INTRODUÇÃO

Os atos de violência atingem enormes proporções e se banalizam neste início de século, quadros da contemporaneidade em que impera a lógica da satisfação imediata e irrestrita produzindo deslocamento dos ideais e declínio da autoridade e da lei. Em um país como o nosso, em que burlar a lei assume o *status* de um traço da cultura, tamanha a sua generalização, os atos violentos se destacam assinalados pelo explícito. Atos que se dedicam ao outro, expõem a identidade do autor nas câmeras de segurança, nas redes sociais e nos jornais do horário nobre. Cenas de uma sociedade regida pela moral do espetáculo em que a autoridade foi substituída pela celebridade, como aponta Costa (2004). Do que se trata neste fenômeno? Seria uma das formas de o que não encontrou escoadouro simbólico transbordar no concreto do mundo? (RÊGO, 2012)

As formas de violência podem assumir caráter premeditado beirando a delinquência e/ou a perversão ou serem decorrência de atos impulsivos, única resposta possível quando não há sustentação simbólica suficiente. Estes se tornam cada vez mais comuns em nossa sociedade e, nos últimos anos, temos acesso a numerosos relatos de sua ocorrência em escolas e em serviços de saúde o que, neste caso, afeta direta e indiretamente a assistência prestada pelas equipes multidisciplinares, colocando em risco as condições terapêuticas necessárias ao trabalho. A proposição de balizas para o seu manejo clínico se constitui relevante para a saúde coletiva.

Nos Centros de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD), essa realidade não é diferente. O enfrentamento deste desafio, no entanto, se complexifica dadas as especificidades da popula-

ção assistida. É notório o embaraço de seus profissionais em promover a manutenção do sistema de normas e regras institucionais, garantindo o enquadre terapêutico mínimo e o respeito aos direitos individuais e coletivos. Suas leituras do fenômeno assim como suas reações às transgressões variam e apresentam diferentes repercussões. Consideram os atos ora como crimes, transtornos, danos ou conflitos, oferecendo como respostas, respectivamente, punição, tratamento, ressarcimento ou mediação. Quase nunca incluem estes atos como manifestações de algo que não pode ser dito por palavras. Os diferentes modos de lidar com tais comportamentos podem apontar para posicionamentos clínicos distintos.

Constantemente são reproduzidas velhas tecnologias de cuidado tais quais julgamentos morais disfarçados por argumentação clínica, banalização dos encaminhamentos para internação e “altas administrativas” sem caráter terapêutico, mas apenas punitivo. (RAMMINGER; BRITO, 2012) A utilização desses instrumentos técnicos reflete e reforça os padrões sociais vigentes em nossa época. Isto não é sem consequências.

Por motivos nem sempre evidentes ou, pelo menos, não explicitados, o consumo de drogas é confundido, na nossa sociedade, com marginalidade e os estigmas relacionados ao uso produzem efeitos muito mais graves do que o próprio consumo. Alguns atos ilícitos cometidos pelos consumidores podem ser decorrentes do efeito ou da necessidade da busca de droga, mas, muitas vezes, se referem a uma ratificação do lugar que a sociedade lhes oferece. Como “marginal”, alguns encontram ancoragem, possibilidade de existência. As ideologias respaldadas em punição *stricto sensu* reeditam comportamentos estereotipados, reafirmam estigmas e exclusão. A condução clínica implica, para além de uma questão técnica, uma questão ética e social.

O presente ensaio discute o manejo clínico dos atos transgressores de usuários de drogas ilícitas cometidos nos CAPS-AD, incluindo-os como formas de expressão e, portanto, como possibilidade de ultrapassagem e deslocamento para outros fazeres. Não serão consideradas as situações de transgressões cometidas por usuários de drogas com estrutura psicótica. Tendo em vista o desenho de uma proposta clínica diferenciada, este ensaio parte da reflexão sobre a atuação destes profissionais que, muitas vezes, se deixam afetar pelo ato transgressor, respondendo de forma inadequada e desconsiderando aquele ato como mais um *modus operandi* da população em questão.

Na literatura especializada, são observadas numerosas publicações que relacionam a assistência aos usuários de substâncias psicoativas a palavras-chave, como ato infracional, delinquência e crime. No panora-

ma nacional, nota-se uma tendência à produção de pesquisas voltadas para a atenção aos atos cometidos por adolescentes. Não foram localizados, nem no portal Scielo nem na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD), trabalhos que relacionem os indicadores CAPS e transgressão. Esta lacuna do conhecimento científico atual justifica o presente trabalho.

De início, faremos uma delimitação conceitual de ato transgressor, apontando algumas de suas características; em seguida, a exposição dos pressupostos que sustentam o entendimento clínico proposto; e, por último, uma reflexão sobre os vetores desta clínica, seus limites e possibilidades no dispositivo CAPS-AD, de acordo com as determinações da Portaria nº 3.088/GM.

TRANSGREDI

O termo transgredir provém do latim *transgredi*. *Trans* significa “através, além” e *gradi*, “pisar”. Transgredir refere-se ao “pisar além, ir além de”.

Em tempos em que o excesso está posto como uma “necessidade lógica para o funcionamento da economia” (TEIXEIRA, 2003, p. 54) e em que se verifica um imperativo de gozo desmedido sem a mediação de um Outro, torna-se imperioso atender ao convite de lançar um novo olhar sobre o fenômeno do ato transgressor. Afinal, a transposição dos limites e a ruptura dos laços sociais se generalizam. Cabe então ir além de nossas concepções usuais acerca da transgressão, como a própria palavra *transgredi* sugere, e vislumbrar novos horizontes clínicos.

No campo da geologia, denomina-se transgressão o movimento de avanço do mar sobre as terras emersas, resultando em inundações. Dois aspectos podem ser destacados nesta definição: primeiro, o movimento das ondas determina flutuações no limite que separa mar e costa, tornando complexa a fixação de uma fronteira; segundo, a transgressão implica a extrapolação desta zona de oscilações. Desse modo, há na transgressão o registro de um deslocamento – o limite entre mar e costa é ressituated – e de um excesso – há um mais além das variações típicas.

Foucault (1994, p. 34) define a transgressão como gesto que faz referência a um “limite composto de ilusões e sombras”. Para o autor, trata-se do movimento de ultrapassagem de uma fronteira e, por consequência, de sua extinção, seguido do nascimento de um novo limite.

Desta forma, não há oposição entre limite e transgressão. Na transgressão, o limite é deslocado, fato que aponta para sua instabilidade.

O ato transgressor, de igual modo, não se contrapõe à lei, afirma Lippi (2009), mas articula com ela um jogo. Para a autora, o jogo estabelecido entre transgressão e lei diz respeito aos movimentos de busca voraz e incessante por satisfação fácil e sem limites e de renúncia da satisfação plena da pulsão, exigência que torna possível o convívio social. Neste sentido, aproxima-se de Foucault (1994), pois sugere que transgressão e lei estão irremediavelmente articuladas em uma relação de prazer/satisfação e mobilidade. Quanto à lei, nos deteremos aos aspectos referentes à sua inscrição.

No campo psicanalítico, a lei diz respeito àquilo que limita o gozo possibilitando sua regulação, ao incluir o sentido e a linguagem. (BARBIERI, 2012) Aqui nos referimos à lei simbólica, aquela que faz barra à busca desenfreada de satisfação, impedindo o sujeito¹ de avançar em direção ao excesso e ao descomedimento. A inscrição da lei simbólica, que manca no caso dos atos impulsivos, implica as operações de interdição e autorização, o que determinará o modo de lidar não só com os limites e possibilidades diante do mundo, mas com o que é da ordem do impossível.

Já a transgressão consiste em um movimento necessário para aceder ao gozo. Cabe esclarecer que, neste contexto, a expressão gozo corresponde à satisfação de uma pulsão. Deste modo, compreende-se que o ato transgressor é algo que possibilita ao homem sair da “rotina de uma satisfação curta e tripudiada”. (LACAN, 1991, p. 212)

Com a finalidade de precisar a utilização das expressões “transgressão” e “ato transgressor”, neste ensaio, são tomadas como referência as definições de Zeitoune (2010) e Almeida (2000) que apontam para a sua compreensão enquanto ato bizarro em resposta à castração no qual se inscreve um não dito e demarca-se um lugar de gozo. Além disto, partiremos do pressuposto de que a transgressão, quando não se caracteriza como um ato premeditado, mas como ato impulsivo, se refere a um “curto-circuito entre o pensar e agir, sem intermediação simbólica”. (RÊGO, 2013)

1 Neste texto, tratamos o ser falante como sujeito.

PRESSUPOSTOS CLÍNICOS

Lacan (1967, p. 80) afirma, no seminário intitulado “O ato psicanalítico”, que: “[...] não há ação alguma que não se apresente, de saída e antes de mais nada, com uma ponta significante. Esta sua ponta significante é justo o que caracteriza o ato, e sua eficiência de ato nada tem haver com a eficiência de um fazer”.

Destaca, assim, a dimensão de linguagem do ato. O autor parte do entendimento de que o ato vem no lugar de um dizer. Além disso, considera o ato acéfalo, pois, nele, o sujeito não se reconhece, sendo sua significação possível apenas *a posteriori*. Ou seja, compreende que, no ato, há uma mensagem a ser decifrada em um só depois. No caso do ato psicanalítico, o dizer é um fazer, remete a um outro tempo, a novas significações.

Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre o ato no campo da psicanálise, vale a pena distinguir as diferenças entre duas definições: *acting out* e passagem ao ato. Elas apontam para modos distintos de o sujeito se dirigir ao Outro. O *acting out* possui uma dimensão de mostra: o sujeito cria uma cena e se inclui nela. (RIGO, 2005) Nele, observa-se um apelo ao Outro, uma demanda de amor e reconhecimento. Já a passagem ao ato acena para o apagamento do ser. (TAVARES, 2009) O sujeito, imerso em uma angústia insuportável, tenta sair de cena fazendo um movimento em que visa eliminar qualquer elemento de mostra ao Outro. Ele está aí identificado ao resto, ao dejetivo. Nota-se uma demanda bruta de amor e reconhecimento sob um fundo de desespero.

Essas noções – o ato transgressor é uma forma de expressão, contém uma mensagem que pode estar dirigida ao Outro de diferentes formas e é passível de decifração só *a posteriori* – dão fundamento a esta clínica. A identificação do gatilho que produziu a transgressão é ponto relevante neste escopo ao qual deve se seguir a tentativa de relacioná-la a um elemento anterior. Entretanto, nem sempre isso é possível, pois, às vezes não há uma questão diretamente relacionada. Na transgressão, algo retorna com endereço errado, sem palavras e é preciso convidar o transgressor a falar, inventar, pois assim talvez se possa dar um sentido ao seu ato. É na tentativa de cobrir com o simbólico o real, que algo pode, então, se deslocar.

Quando o ato transgressor arranca o indivíduo² da condição de invisibilidade, ele convoca o Outro. Por efeito, o Outro se dirige a ele, lança seu olhar, por vezes, suas palavras e atos. Mas não só isto: a transgressão questiona as estratégias *standards* de tratamento. Em uma abordagem psicanalítica, o analista se oferece inicialmente como bengala imaginária na tentativa de reestruturação do simbólico, já que o que há é um curto-circuito entre o imaginário e o real.

Esta clínica diferencial do ato, com os seus *acting out*, passagem ao ato, atos violentos, compulsões, drogadição, etc., desaloja o analista do ato psicanalítico clássico. Pode-se dizer que estes tratamentos representam para a clínica contemporânea um ato de criação, apontando para a criação de novas respostas, de novas alternativas. (MIRANDA et al., 2003, p. 4)

A condução do tratamento deve considerar a distinção entre ato e agir. No agir, o ato é sempre parcial, conduzindo o sujeito a recomeçar, a fazer novos atos. Segundo Tavares (2009), o agir se refere à dimensão motora de um fazer, que comporta o movimento de sair da influência do Outro. No agir, não há intermediação simbólica, apenas impulsividade e compulsão.

Alguns sujeitos significam “sua existência sob diferentes dimensões do agir”, o que dificulta o deslocamento destas condutas. (TAVARES, 2009, p. 200) Só é possível questionar estes atos, incluindo aí novas modalidades de gozo. No caso das toxicomanias, o enunciado “Eu sou toxicômano” determina um modo de existir, possibilitando ao sujeito a referência simbólica que lhe é frágil. O ato de se drogar dá um lugar, um nome – toxicômano – ao indivíduo que se droga.

O toxicômano interdita o acesso à possibilidade última e radical do sem sentido quando obtura sua hiância estrutural com o enunciado “eu sou toxicômano”, suportado em uma relação dual com o objeto droga, dando identidade ao ser. Em uma frase, ele está inteiramente submerso no princípio de identidade. Coisa curiosa este engano, este acoplamento entre frase e substância que lhe confere a ilusão de deter um saber sobre a razão de seu gozo, já que encontra o gozo na droga e conclui que é isso o que o faz viver. (MIRANDA et al., 2003, p. 2)

Quando se trata do uso de substâncias ilícitas, afirma Miranda (2012), a condição de ilicitude por si só já diz sobre a existência do sujeito: se usa, é criminoso. Esta sentença compreende um imperativo

2 Aqui me refiro a indivíduo, pois se trata daquele que usa droga e não do sujeito do inconsciente.

categorico. Se usa, não lhe resta outra qualificação. Usar substâncias ilícitas implica-o na ilegalidade, criando condições para que se instaure um movimento de se fazer de criminoso. O usuário pode, inconscientemente, consentir na enunciação, sem se interrogar sobre ela, dando sustentação a esta condição de existência.

Se o usuário de drogas assim significa sua existência, a realização de atos de contravenção à lei, ou seja, o engatar neste agir constitui um movimento de ratificação de sua existência. Cometo crimes, logo, sou criminoso. Neste percurso, prisões, outras punições, processos criminais e cicatrizes podem se constituir em insígnias de sua existência. Os elementos que compõem o castigo podem ser significados como distintivos do ser ou, dito em outras palavras, a punição reforça o agir, pois ratifica um lugar de existência.

Lacan (1988, p. 129) afirma que a responsabilidade pelo ato se define pelas “crenças mediante as quais a punição se motiva no indivíduo”. Desse modo, a responsabilização pelos efeitos do ato transgressor sobre o corpo social varia conforme os significados atribuídos pelo sujeito às punições. O castigo pode fazer borda ou não. Quando as punições se tornam insígnias da existência do ser, o castigo retroalimenta o circuito de transgressões.

Outro ponto a considerar é a relevância das operações de interdição e autorização para esta clínica. A interdição sinaliza o que não pode ser feito, definindo o proibido. “Na interdição não se diz o que é possível, só se proíbe. Na hora que diz não, não diz o que pode e se fica sem sustentação”. (MIRANDA, 2012, p. 245) A autorização remete o sujeito à possibilidade de encontrar vias de satisfação da pulsão, responsabilizando-o por suas escolhas. “Sem a autorização fica a crença de impotência diante do mundo”. (RÊGO, 2012, p. 169) A autorização permite ao sujeito ajuizar, calcular e decidir, enfim, inventar ante o interdito em harmonia com a lei. Possibilita contornar o impossível.

Ante a transgressão, a clínica psicanalítica reitera o convite à simbolização, a cobrir com o simbólico o real, apontando para a responsabilização. Intervenções com caráter punitivo podem, em alguns casos, funcionar, já que sabemos que pela lei real se pode incluir uma ortopedia de lei simbólica, possibilitando “que a lei ultrapasse a mera proibição e assuma a sua vertente pacificadora”. (RÊGO, 2001)

Normas e clínica: reflexões

Em 23 de dezembro de 2011, foi instituída a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através da publicação da Portaria nº 3.088. Desde então, o CAPS-AD nela está inserido como ponto de atenção responsável pela ordenação do cuidado a “pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas” e pela garantia do acompanhamento longitudinal dos casos. Sem nos determos no debate acerca do destaque dado ao crack no referido documento, reflexo do higienismo em tempos de grandes eventos internacionais, seguiremos analisando um dos componentes da RAPS: a reabilitação psicossocial.

Historicamente, a expressão “reabilitação psicossocial” tem assumido múltiplos sentidos. Há uma variedade de definições, interpretações, controvérsias e críticas. De início, entendida como um instrumento capaz de possibilitar ao sujeito a passagem de um estado de desabilidade para um estado de habilidade, esta propunha adaptar os “fracos” ao mundo dos “fortes”. Esta ideia de tornar o sujeito habilitado para a sua reinserção em sociedade remete à perspectiva de ajustamento e adaptação dos indivíduos às normas sociais. (JORGE et al., 2006) Sua aplicação no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas se traduz na exigência de abstinência para o retorno ao círculo social. Trata-se de uma concepção que sustenta o ideal de uma sociedade sem drogas, em um projeto de manutenção da ordem social.

Posteriormente, houve uma inversão radical no entendimento dessa expressão. Passou-se da perspectiva de reabilitar os mais “frágeis” à proposição de que o contexto é que deve ser reabilitado. (HIRDES, 2009) Em outras palavras, atualmente, propõe-se que o mundo dos “fortes” se adapte aos “fracos”. As regras do jogo desse mundo devem ser modificadas, de modo que todos – “frágeis”, “loucos”, “drogados” – possam compartilhar o mesmo cenário, com possibilidades iguais de trocas de afetos, mensagens e bens. Essa compreensão vai ao encontro de um dos vetores da Reforma Psiquiátrica Brasileira: garantir o direito de “cada um ser como é”. Além disso, implica o desenvolvimento de ações que visem a reestruturação do modo como a sociedade percebe e lida com as drogas e com aqueles que as usam.

Reabilitar o contexto, nesse sentido, significa empreender processos de desconstrução de estigmas e construção de um novo lugar social para o usuário, sem a utopia de um mundo “livre das drogas”. Isto exige um novo olhar sobre o sujeito e sobre seus atos. Os profissionais de saúde devem trabalhar, então, em prol da ampliação do acolhimento

social do usuário de drogas bem como de suas possibilidades de produção de laço social. Mas, não só isto: faz-se necessário abandonar essa perspectiva maniqueísta que divide os homens entre “fracos” e “fortes”.

A Portaria nº 3.088 também define o desenvolvimento de estratégias de redução de danos como diretriz da RAPS. Santos, Soares e Campos (2010) afirmam que a Redução de Danos (RD) pode ser entendida, no panorama nacional, como um “movimento” político cuja finalidade é oferecer respostas às contradições relacionadas ao fenômeno complexo do uso de substâncias psicoativas. Os autores apontam que, de modo geral, suas práticas – sendo a abstinência uma entre tantas – visam reduzir os riscos e danos sociais à saúde associados ao consumo. Entretanto, sinalizam a heterogeneidade das ações e a diversidade de concepções que as orientam.

Andrade (2004) assinala que a RD se situa no campo da ética, pois organiza as relações de cuidado a partir de um posicionamento técnico pautado no respeito à liberdade de escolha – ainda que seja a escolha pela manutenção do uso da substância. Para além das estratégias específicas, há essa lógica diferenciada que tem a tolerância como princípio. Para Zenoni (2000 apud QUEIROZ, 2001), garantir essa liberdade ao sujeito opera por si mesmo efeitos terapêuticos.

Em contrapartida, a Redução de Danos também aponta para a importância da responsabilização do usuário quanto ao seu consumo. Há dois riscos associados ao princípio da tolerância: primeiro, “deixar o sujeito mais livre ainda do que se encontra sem sinalizadores que sirvam de obstáculo a uma entrega alienada” ao uso; segundo, resvalar em apologia ao uso de drogas. (CONTE, 2003, p. 31-32) Dessa forma e considerando o que é proposto pela psicanálise, pode-se tomar, na direção do tratamento, a responsabilização e a construção de possibilidades de intermediação simbólica. É a aposta em que algo do simbólico faça barrar o movimento de busca por satisfação sem limites no consumo de drogas e na transgressão.

A assistência prestada em um CAPS-AD é orientada por este e por outros documentos. As normativas definem as linhas gerais de funcionamento do dispositivo assim como do seu sistema de normas e regras. Segundo Quinet (2003, p. 57), “[...] a Constituição, carta magna de um Estado, as leis, os estatutos e os regimentos institucionais são modalidades de expressão da Lei simbólica na cultura e visam ao enquadramento e à limitação do gozo de um em relação aos demais”.

Para que as normas e regras institucionais cumpram a função de possibilitar o convívio social – não sem mal-estar –, é necessário que elas

remetam à lei simbólica. É isso que a psicanálise aponta. Apesar de serem expressões da lei, é necessário o movimento inverso: as leis da realidade precisam conduzir à produção de significações do que é da ordem da lei simbólica. Em suma: a manutenção do sistema de normas e regras institucionais exige a sustentação da lei concreta, mas também pode estabelecer limites imaginários e remeter, ao mesmo tempo, à lei simbólica. (RÊGO, 2013) Cabe destacar que, no contexto de um CAPS-AD, as regras devem possibilitar a produção de inscrições que ofereçam suporte simbólico capaz de fazer barra ao que tende ao excesso e de proporcionar deslocamentos do agir. Em outras palavras, o sistema de normas e regras deve estar a serviço da produção de efeitos terapêuticos, enfim, a serviço da clínica – não o contrário.

Há, contudo, um paradoxo. Como sustentar uma clínica do caso a caso compatível com a proteção das regras institucionais? Como se situar diante da tensão entre o singular e o estabelecido para todos? Se o ato considera o singular, há isonomia? Isto implicaria seletividade na aplicação das regras e sanções? A desconsideração da singularidade não apaga as diferenças e, conseqüentemente, o sujeito?

Uma direção é possível: criar condições de possibilidades de produção de significações que sustentem a primazia da clínica. Se os usuários compreendem a aplicação de regras e sanções como algo inflexível e que se encerra em si mesmo, pode-se sinalizar que o sistema normativo deve estar a serviço da assistência. Se significarem os atos técnicos como intervenções terapêuticas, não como frutos de preferências ou perseguições, talvez possam reconhecer a relevância de considerar cada caso – ou seja, a especificidade de cada sujeito, de cada circunstância – no âmbito do estabelecido para todos.

Os atos dos profissionais do CAPS – exigência de ressarcimento, suspensão, alta administrativa e outros – devem remeter o sujeito à lei simbólica. Nesse escopo, a interdição, muitas vezes, se faz necessária, contudo, sozinha, lança o sujeito no campo da impotência. Sem a vertente da autorização, o sujeito pode se deter, insistindo na mesma via. “Limites só não bastam, é preciso que haja ‘passes’, licenças de trânsito de um lugar para o outro”. (CONTE et al., 2008, p. 612) A licença possibilita ao sujeito explorar outras vias de satisfação que possam ser legitimadas pelo coletivo. Deve-se autorizar o sujeito a contornar o impossível, produzindo formas criativas.

O impossível, por outro lado, é um rochedo diante do qual os profissionais do CAPS-AD também se deparam. Às vezes, não é possível prestar assistência a determinados sujeitos no serviço, pois sua presença traz

claros prejuízos ao tratamento e/ou à segurança de terceiros. Alguns profissionais paralisam, outros se queixam, mas há aqueles que, diante do impossível, se movimentam. A que eles podem se remeter? O que podem criar? Considerando que o cuidado no Sistema Único de Saúde (SUS) é tecido em redes assistenciais, como os profissionais de outros pontos de atenção da RAPS podem estar implicados?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A assistência a usuários de substâncias psicoativas em equipamentos públicos de saúde tem seus embaraços. Tendo por ponto de partida os documentos oficiais, que devem cumprir a finalidade de garantir o bem-estar coletivo, considera cada sujeito em sua especificidade. Desse modo, a assistência deve caminhar do geral para o singular. Há, então, que se interrogar sobre o lugar do cada um na saúde coletiva.

A legislação do SUS é atravessada por uma pluralidade de conceitos cujos entendimentos apresentam variações. Em alguns casos, as diferentes compreensões demarcam posições opostas. Observa-se, também, definições comprometidas com a manutenção da ordem social e com propostas higienistas, gerando exclusão e estigma. É neste cenário que a psicanálise se inscreve na contramão de qualquer ideologia segregatória e/ou alienante propondo uma clínica que dá lugar ao sujeito, que vislumbra o redimensionamento do ato, que conduz à metonimização do gozo e ao deslocamento para outros fazeres. De igual modo, aponta a relevância da defesa da primazia da clínica.

Este pensar uma clínica diferenciada do ato diz de um engajamento em sair de uma posição passiva e/ou de espectador, com o cuidado de afastar qualquer reação de moralidade ou hipocrisia. O discurso analítico sinaliza a relevância da recuperação do laço do sujeito com a palavra. Isto implica a produção de um saber sobre o que quer, sobre com o que está disposto a se confrontar e sobre os limites que se impõe. (CONTE et al., 2008) Isento de qualquer pretensão salvacionista, este discurso reitera sua proposta: convidar o sujeito a tomar a fala para reinventar o mundo. (TEIXEIRA, 2007)

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. I. R. B. de. Seria o ato delinquente carta roubada? *Topos – revista do espaço moebius*, Salvador, ano IX, n. 9, p. 7-16, out. 2000.
- ANDRADE, T. M. de. Redução de danos, um novo paradigma? In: ALMEIDA, A. R. B. de et al. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. (Drogas: Clínica e Cultura).
- BARBIERI, C. P. Os enigmas da criminalidade à luz da psicanálise. *Cógito*, Salvador, n. 13, p. 8-21, 2012.
- CONTE, M. Psicanálise e redução de danos: articulações possíveis? *Revista Associação Psicanalítica*, Porto Alegre, n. 24, p. 23-33, 2003.
- CONTE, M. et al. “Passes” e impasses: adolescência–drogas–lei. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, v. 11, n. 4, p. 602-615, dez. 2008.
- COSTA, J. F. *O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo*. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- FOUCAULT, M. *Dits et écrits*. Paris: Gallimard, 1994. Disponível em: <<http://aureliomadrid.files.wordpress.com/2011/02/foucault-a-preface-to-transgression11.pdf>>. Acesso em: 23 mar. 2013.
- HIRDES, A. Autonomia e cidadania na reabilitação psicossocial: uma reflexão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 165-171, jan./fev. 2009.
- JORGE, M. S. B. et al. Reabilitação psicossocial: visão da equipe de saúde mental. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p.734-739, nov. 2006.
- LACAN, J. *Seminário, livro 15: o ato psicanalítico*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1967.
- LACAN, J. *O seminário, livro 7: ética da psicanálise 1959-1960*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1991.
- LACAN, J. Introdução teórica às funções da psicanálise em criminologia. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1950. p. 127-151.
- LIPPI, S. Os percursos da transgressão: (Bataille e Lacan). *Ágora*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 173-183, 2009.
- MIRANDA, M. L. M. A clínica das toxicomanias no paradigma da ilegalidade: como a ilicitude influencia na prática. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 233-246. (Drogas: Clínica e Cultura).
- MIRANDA, M. L. et al. As toxicomanias, a angústia e o campo do outro: estratégias de tratamento. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 2., 2003, Buenos Aires. *Anais...* Buenos Aires, 2003.

QUEIROZ, I. S. de. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, Brasília, DF, v. 21, n. 4, p. 2-15, 2001.

QUINET, A. O gozo, a lei e as versões do pai. In: GROENINGA, G.; PEREIRA, R. (Org.). *Direito de família e psicanálise: rumo a uma nova epistemologia*. Rio de Janeiro: Imago, 2003. p. 55-65.

RAMMINGER, T.; BRITO, J. C. de. “Cada Caps é um Caps”: uma coanálise dos recursos, meios e normas presentes nas atividades dos trabalhadores de saúde mental. *Psicologia & Sociedade*, v. 24, n. 1, p. 150-160, 2012.

RÊGO, M. Crime e castigo. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DO COLÉGIO DE PSICANÁLISE DA BAHIA, 2., 2001, Salvador. *Anais...* Salvador: Colégio de Psicanálise da Bahia, 2001. p. 267-270.

RÊGO, M. Espaço família; intervenção em uma instituição para usuários de drogas. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 165-176. (Drogas: Clínica e Cultura).

RÊGO, M. *Dispositivo clínico institucional: discussão de uma prática*. In: CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATU SENSU – ESPECIALIZAÇÃO: Atenção integral ao consumo e aos consumidores de álcool e outras drogas. Salvador: 21 fev. 2013. Aula.

RIGO, S. C. C. *Depressão e suicídio: uma abordagem psicanalítica*. 2005. Não publicado.

SANTOS, V. E. dos; SOARES, C. B.; CAMPOS, C. M. S. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis*, v. 20, n. 3, p. 995-1015, 2010.

TAVARES, L. A. O adolescente e a droga: manifestações do agir. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 195-205. (Drogas: Clínica e Cultura).

TEIXEIRA, M. do R. O excesso e a ausência de limites. In: ASSOCIAÇÃO CIENTÍFICA CAMPO PSICANALÍTICO. *O ato psicanalítico*. Salvador, 2003. p. 54-65.

TEIXEIRA, M. A. A violência no discurso do capitalista: uma leitura psicanalítica. *Revista Eletrônica do Núcleo Sephora*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, nov. 2007. Disponível em: <http://www.isepol.com/asephallus/numero_05/pdf/artigo_07.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2013.

ZEITOUNE, C. da M. *A clínica psicanalítica do ato infracional: os impasses da sexuação na adolescência*. 2010. 170 f. Tese (Doutorado em Teoria Psicanalítica) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/teoriapsicanalitica/arquivos/documentos/8DC032B4F657517933C3DF4030435377.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2013.

"SE FOR MULHER SERÁ PUTA; SE FOR HOMEM, LADRÃO": CONSIDERAÇÕES SOBRE O USO DE DROGAS POR PESSOAS EM SITUAÇÃO DE RUA

Gabriel Pamponet

Na atualidade, o uso de substâncias psicoativas enquanto fenômeno social possui significativo destaque. Retomando a história, constatamos a inexistência de uma sociedade livre do consumo de drogas. Do surgimento das civilizações aos dias de hoje, todos os povos desfrutaram da capacidade de entorpecimento produzido pelas substâncias psicoativas, dos mais variados modos: desde um uso afrodisíaco ou recreativo até a disposição de fármaco, passando, também, pelo lugar de objeto de domínios mítico-religiosos. (MIRANDA, 2005) Na China, Índia e outros países asiáticos há registros do consumo de cânhamo centenas de anos antes de Cristo, assim como na América pré-colombiana sabe-se do uso de tabaco com fins religiosos, terapêuticos e recreativos. Na cultura mesopotâmica e entre os egípcios há dados que apontam para o uso de bebidas alcoólicas como forma de medicamento, fato similar ao uso do ópio na Grécia antiga. Outros diferentes modos de utilização se sucederam, nas diferentes civilizações, atravessando os tempos. (MARTINS; MACRAE, 2010)

É evidente a presença do uso de drogas desde os primórdios da humanidade, mas os modelos abusivos e problemáticos de consumo, assim como as toxicomanias, são notadamente mais visíveis na atualidade do que o foram no passado. Observamos novas formas de uso destas substâncias e, ao mesmo tempo, uma banalização do seu consumo. (ESPINHEIRA, 2004) O contundente recurso às substâncias psicoativas é um sintoma da contemporaneidade, condicionado, pois, às configurações particulares do mal-estar na civilização.

Freud (1996), em seu texto *O mal-estar na civilização*, aponta os relacionamentos entre os humanos como sua maior causa de sofrimento. O animal homem, puro ímpeto a gozar, se faz o lobo do homem e é no

processo civilizatório, na relação com o campo do Outro que opera certa renúncia à tendência a uma satisfação sem limites. A vida em civilização só é possível na condição de certo nível de enquadramento dos modos de gozo do sujeito. Neste contexto, o mal-estar na civilização é o mal-estar da relação inter-humana, do humano com o humano. O mal-estar na civilização, portanto, é o mal-estar do laço social. A droga, conclui Freud, constitui a solução, ao mesmo tempo, mais embrutecida e eficaz de enfrentamento à dor da existência.

Está posta, para as substâncias psicoativas, nos dias de hoje, uma condição dupla: ao mesmo passo em que se constitui um recurso de enfrentamento ao mal-estar intrínseco ao viver, este apelo acintoso à droga – que se oferece em diferentes modos de uso – se configura enquanto sintoma da contemporaneidade.

Discorrer sobre o sintoma é uma tarefa árdua: suas formas variam, transformam-se, no decurso do tempo. O sintoma, conforme a psicanálise, desde Freud, ocupa um lugar de destaque na economia psíquica: configura-se enquanto retorno do recaiado, como um significante dissociado a princípio de sua significação; uma expressão metafórica, anúncio enigmático da verdade do sujeito. Não se trata estritamente, tal como pretendem as ciências médicas, de um signo patológico; o sintoma significa o inconsciente. (QUINET, 2008)

A apreensão do sintoma não se encerra, contudo, em seu caráter metafórico, manifesto da verdade do sujeito; podemos verificá-lo em um mais além. O sintoma porta uma verdade outra, de dimensões macrosociais: encontra-se condicionado às configurações particulares do mal-estar na civilização. Os arranjos discursivos do social, "um campo de natureza ética que vem fundar uma condição subjetiva de dependência normativa à lei e ao objeto" (SOUZA, 2004, p. 204), forjam, segundo cada época, as condições necessárias que produzem conformações sintomáticas muito bem definidas. (QUINET, 2009)

A complexidade inerente a essa condição nos coloca diante de duas proposições contraditórias, compositoras de uma antinomia: uma que se revela como o anúncio de uma verdade íntima, cara ao sujeito, na medida em que figura na cadeia significante; e outra, que é o anúncio de uma verdade não íntima, coletiva, do discurso e dos laços sociais – ou dos desenlaces sociais. E é nesse entrelaçamento que podemos situar as relações do sujeito, da droga e do campo social.

Encontramo-nos, na contemporaneidade, na era do capital e da ciência, e não é sem consequência estarmos sob a regência dos discursos capitalista e científico. A lógica do capitalismo impõe um culto a um

consumo desenfreado. Os vínculos aos objetos são absoluta e convenientemente frouxos, fluidos; a atividade cambial não cessa, perpetrando um ciclo sem fim cuja proposta é muito clara: o apelo a gozar. Mas não se trata de um gozo qualquer e sim de um gozo desregrado cuja marca é o excesso de satisfação. É este um tempo sem esteio, de lei única e exclusiva: a lei do gozo sem limites. (MIRANDA, 2003)

Sobrevém, ainda, o discurso científico cuja proposta é a erradicação dos conflitos do existir na emergência do saber. A ciência, que surge para contrapor a produção do saber da religião, cumpre função análoga a esta: através dos imperativos de certeza, propõe-se a operacionalizar um exorcismo aos terrores da natureza. (FREUD, 1996) Com o advento da ciência, por assim dizer, observamos uma reiterada tentativa de consolidação de ditos e fórmulas que apreendam o real em sua plenitude. Por outro lado, a despeito das experiências de cernir o real, que se repetem sem cessar, vivemos atravessados por uma significativa crise de ideais em que as questões concernentes à vida humana jamais se apresentaram tão isentas de significação. (COSTA-MOURA, 2005) Estamos imersos no mar do não sentido cuja referência é a ausência de referências.

As consequências desta dinâmica – de interminável apelo a gozar e de claudicância dos ideais – ressoam de modo direto na formação humana. Os discursos do capital e da ciência promovem um enfraquecimento no processo de estruturação do sujeito e a ferida aberta pela dor da existência se torna ainda mais contundente. (MIRANDA, 2003)

Não há, dessa forma, espaço mais conveniente para o florescimento do uso de drogas. Conforme nos ensina Quinet (2009), para além dos discursos, há as doenças do discurso, anúncio de uma verdade, verdade do social. Na emergência dos discursos capitalista e científico, em que está posto certo nível de falência do sujeito, a droga desponta como potente recurso de obliteração das intempéries inerentes ao viver. Ao mesmo tempo, seu apelo contumaz e repetitivo se manifesta como uma das formas de expressão do adoecimento do discurso do capital e da ciência.

Reportar o uso de drogas ao enlaçamento social é um modo outro de ratificar um expediente enunciado por Nery Filho (2012), de que os humanos usam drogas porque são humanos. Mas os humanos não as consomem do mesmo modo. E ainda: há humanos que usam mais do que outros; há grupos de humanos que usam mais do que outros.

Tomaremos como referência, dentre esses grupos, as pessoas em situação de rua, haja vista apresentarem um modo de relação particular com o uso de drogas. A literatura denuncia o contundente uso de substâncias psicoativas por pessoas em situação de rua

(SANTANA et al., 2005) e nossa prática com essa população confirma este aforismo. Ao nos referirmos a nossa prática, será preciso situar o campo específico da clínica do qual partimos para sustentar todo o nosso trabalho: o Ponto de Encontro Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Trata-se de um centro de convivência que se propõe ao acolhimento do humano e suas vicissitudes – em especial, aqueles cuja marca da exclusão se apresenta mais evidente e contundente, impondo-lhes o espaço público como cenário para a vida privada. Nossa prática, pois, nos ensina que viver em situação de rua apresenta quase como correlato, como implicação direta, o ato de se drogar.

A história nos aponta relações distintas entre o homem e a droga, nas diferentes culturas, nos diferentes tempos, ou mesmo nas diferentes relações em uma mesma cultura.

Seria possível, então, que os mesmos produtos (*cannabis*, cocaína, crack etc.) se diferenciasssem quando mudam de espaço? Que os consumidores não se iguallassem diante do consumo de um mesmo produto? As respostas são afirmativas. As drogas não têm o mesmo efeito para pessoas socialmente diferentes. (ESPINHEIRA, 2004, p. 12)

A cena de uso de drogas jamais é a mesma. O tempo e o espaço das substâncias psicoativas para os homens jamais são os mesmos. Precisamos alcançar o sujeito e seu contexto para entender o tempo e o espaço que as substâncias ocupam em suas vidas. (ESPINHEIRA, 2004) Nestas circunstâncias, interrogamo-nos quais as vicissitudes do humano em situação de rua que fazem da droga quase um imperativo categórico de consumo? Por que estas pessoas usam tanto e de modo tão destrutivo as substâncias psicoativas? O que sustenta esta relação?

As pessoas em situação de rua configuram uma espécie de dejetto, um resto que se produz à custa das relações sociais – em uma conta sempre inexata em que a sobra jamais será igual a zero. Estamos no campo da exclusão, um processo de dimensões econômicas, sociais e simbólicas. Mas o que sustenta as práticas excludentes? E mais: como pensarmos as repercussões subjetivas para esse humano-dejeto?

Observamos, na contemporaneidade atravessada pelo discurso capitalista e científico, certa falência do sujeito. As respostas às intempéries do viver se tornam, cada vez mais, solitárias e o sujeito se refugia em posições individualistas, em uma busca por seus modos de gozar. Esta mesma globalização, base para arranjos egocêntricos, contudo, enquadra e encaminha para modos de gozo homogêneos. (VERAS, 2010)

No passado, os laços sociais se fundamentavam em uma ética, a ética do humano ideal, um tempo, portanto, em que figurava a presença de deuses, heróis e líderes e cuja imago funcionava como aporte na estruturação do sujeito; um tempo de valorização da alteridade, em que a comunidade de humanos era regida por referenciais simbólicos. Na atualidade, a identificação, em verdade, se dá através de padrões de gozar compartilhados, sem hierarquia.

Com o advento dos discursos científico e capitalista – posta a promessa de completude na apreensão de objetos que se oferecem no mundo –, encontramos-nos diante de um novo arranjo de constituição das massas. Aliás, massas amorfas – marcadas pela claudicância de seus referenciais simbólicos – que se fundam senão por modelos de gozar homogêneos. Está posta uma standardização de modos de operar, instituindo e consolidando o construto de sujeito normal. O resultado, anuncia-nos Veras (2010, p. 76)

O homem de massa é satisfeito e em plena sintonia com a homogeneidade e a indistinção social [...] consumindo e gozando das mesmas coisas que os outros. Tudo que se afasta desse platô monótono da normalidade é percebido com desconfiança e facilmente se converte em alvo de segregação.

Vemos se consolidarem as noções de normalidade, em detrimento do apagamento da diferença e idiosincrasias. Conforme nos relata Birman (2007), há um esfacelamento da solidariedade bem como uma impossibilidade de aceitação da diferença radical, fundamentos da exclusão e perfeito cenário para a eclosão e o alastramento da violência contra o outro.

Sucedem-se os tentames de padronização, movimento inequívoco de apagamento da exceção, do fora da norma, do resto, ensaios, tentativas que produzem, na contramão do *standard*, um conjunto de retornos inadequados. (VERAS, 2010) A população em situação de rua emerge nesse contexto, como um resto, evidente produto do impossível da plenitude da adequação social. Concebida enquanto uniformidade violenta, as pessoas em contexto de rua são, antes de tudo, violentadas. Uma violência, aliás, de dimensões simbólicas e reais.

A condição de sobra ou resto implica consequências. Não há como negligenciarmos que o atravessamento significativo, com valor de estigma, produz, nos sujeitos, experiências similares de aprendizagem concernentes a sua condição e, por conseguinte, determina certa similitude no processo de desenvolvimento da concepção do eu. (GOFFMAN, 1988)

Portar o signo "situação de rua" e os termos intrinsecamente acessórios – como marginalidade, delinquência, violência, mendicância, uso e abuso de drogas – sugere implicações na subjetivação do sujeito portador. Talvez possamos pensar que os efeitos psíquicos deste processo, de algum modo, repercutam e influenciem na relação especial que o humano em situação de rua apresenta com a droga. Mas qual o lugar da droga e suas funções nesta economia subjetiva?

Alguns de nossos filhos terão pequenos espaços para as drogas em suas vidas; outros filhos nossos encontrarão mais facilmente nas drogas a possibilidade de suportar o horror pela exclusão do nascimento [...] Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que podemos ser. (NERY FILHO, 2012, p. 20)

Não queremos tratar a população em situação de rua como um todo homogêneo, uma grande massa serializada. Tampouco intencionamos configurar uma teoria que se pretenda universal. Mesmo nos casos em que o nosso enunciado seja verdadeiro, devemos estar abertos a possibilidades outras. O uso de drogas, em uma população complexa como a que estamos lidando, é atravessado não por uma verdade, mas por verdades. Dar início ao debate, propondo considerações, é apenas um passo.

"SE FOR MULHER SERÁ PUTA; SE FOR HOMEM, LADRÃO"

"Se for mulher será puta; se for homem, ladrão": esta foi a fala de uma mulher em situação de rua, grávida de, aproximadamente, cinco ou seis meses, ao se referir ao futuro de seu bebê. Uma fala, anúncio das vicissitudes de um sujeito – mas que pode muito bem traduzir e se estender a ditos de outros tantos homens e mulheres à espera de suas proles. Podemos nos valer da literatura, em *Vidas secas* – história de Fabiano e Sinhá Vitória, seus dois filhos e a cadela Baleia –, em que lemos anunciado, com a maior verossimilhança possível à arte ao retratar a realidade, o destino de muitas famílias. Afora o regionalismo, Graciliano Ramos (1977) e nosso sujeito em questão se encontram em uma mesma dimensão: prenunciam a tragicidade quase inexorável do humano cada qual em referência a um contexto peculiar, mas todos eles destinados a vidas secas.

Retomando o aforismo proposto por Nery Filho (2012), conforme mencionamos acima, verificamos a influência do nascimento na continuidade da vida. Ao nos remeter ao nascimento, encontramos-nos no plano metafórico – que inclui, mas está para além do ato de nascer ou da objetividade da realidade social: referimo-nos à dimensão significante, ponto no qual o animal humano é atravessado pela linguagem e é fundado em sua condição de sujeito. Começamos, deste modo, por nos indagar: quais seriam as implicações subjetivas em um ser humano que se vê tatuado, muitas vezes antes mesmo de seu nascimento, pelos significantes “puta” ou “ladrão”?

O ser humano é, essencialmente, um ser de linguagem. Mesmo antes de falar, o humano é falado, marcado por significantes advindos do campo do Outro. “A comunicação intersíquica produzia efeitos, tenha-se consciência disso ou não, cada vez mais cedo, já na vida fetal”. (DOLTO, 1999, p. 10) “Putá” e “ladrão”, por exemplo, conforme referimos, são marcas ditadas pelo Outro encarnado na figura da mãe. Referem algo à criança, emprestam sentido à vivência de um ser que está por nascer. Empréstimo, aliás, cujas implicações terão repercussões no decurso de uma vida.

A constituição humana está sob o domínio da fala e da linguagem. Sua ruptura, inclusive, com a dimensão mais primitiva e animal e, por conseguinte, o ingresso no universo da civilização – ou seja, a superposição do reino da cultura ao reino da natureza –, é possível somente na condição do seu atravessamento pela linguagem. Conforme nos ensina Lacan (1998), o humano somente é humano – não havendo, portanto, condição outra possível – na medida em que o símbolo assim o funda.

Partamos, pois, do princípio. O pequeno humano, ao nascer, é um animal destituído de características de autonomia, incapaz de autogestão e que, na ausência do outro, morreria logo após o seu nascimento. Por assim dizer, este animal selvagem somente atinge a condição de ser humano – e torna efetivo todo seu potencial de humanidade – na medida em que atravessa o processo de socialização. “Primitivamente, a criança, em sua impotência, constata depender inteiramente da demanda, isto é, da fala do Outro, que modifica, reestrutura, aliena profundamente a natureza do seu desejo”. (LACAN, 1999, p. 370)

Estamos, quando nos referimos ao processo de estruturação do sujeito humano, na dimensão do primarismo da linguagem. Nossa condição subjetiva se encontra intrinsecamente submetida à lei do significante. Falar do humano é utilizar significantes para se remeter a algo

que não é outra coisa senão uma cadeia estruturada de significantes. (LACAN, 1999)

Remeter à estrutura é referir a um todo composto por um arranjo de elementos cuja organização sistematiza um *modus operandi*. É o todo importante às partes, mas são as partes, sobretudo, importantes ao todo, na medida em que o inauguram, o compõem e o modificam. Deste modo, nada significa por si mesmo; o todo é determinado, necessariamente, pelas partes integrantes do sistema. (LONGO, 2006)

Destarte, o homem pode ser compreendido, em sua imersão na linguagem, como uma estrutura cujas partes são os significantes. São estes significantes e a relação que estabelecem entre si o fundamento da estrutura. Ora, é o jogo de presença e ausência, inscrição e foraclusão, arranjo e rearranjo destes elementos linguísticos que origina e atualiza a estrutura: cria e recria significações, de natureza consciente e inconsciente; tece, fio a fio, o sentido da vida.

Ensina-nos Longo (2006) que um indivíduo, no seu nascimento, nada traz consigo; tudo que possui, certamente, fora projetado de fora para dentro. Temos posto, nessa relação com Outro, o processo de constituição da cadeia de significantes. Aliás, relação com o Outro que funda ainda uma marca especial, anterior à própria cadeia, matriz do sujeito, ordenador e organizador do sistema de significação: o significante mestre (S1), "o mais íntimo de nós mesmos [...] alude ao momento de identificação inaugural com o significante radical. Nessa direção, S1 introduz, submete o ser falante em uma relação de total assujeitamento à linguagem". (TAVARES, 2012, p. 155)

Não nos furtemos de questionar: quais são as implicações para um sujeito cujo ordenador da cadeia de significantes não remete a outra circunstância senão à exclusão? Puta, ladrão: em que campo nos encontramos? Na constituição do sujeito, tudo é produto da linguagem – linguagem que vem de fora; linguagem, sempre dinâmica e alienante – que o funda, alienado por excelência. (DOLTO, 1999)

Essa é a lógica da estruturação contra a qual não podemos nos furtar. Devemos nos voltar para outro ponto: a relação do sujeito com o Outro – com as encarnações do Outro – em tudo que concerne ao seu dizer e agir, no seu aspecto estruturante. De uma maneira outra, podemos dizer: os significantes que o Outro empresta ao sujeito em estruturação apresentam valor determinante, categórico e este, para existir, viver, precisa anuir ao destino simbólico que lhe foi traçado. Uma puta, pois, irá se comportar como puta; um ladrão, como ladrão.

O ser falante, afinal, é falado e, nesta dimensão, seu nascimento porta a semente do que podemos ser. O sujeito, agente de produção da linguagem (na medida em que fala e a modifica) é, ao mesmo tempo, efeito dela – uma consequência ou implicação da ordem discursiva da qual não se coloca como mestre. Em que alcance podemos pensar em liberdade, deste modo? Refere Lacan (1998), é na medida da nossa inconsciência que podemos crer no arbítrio próprio; somos livres – livres, de uma liberdade custodiada ao imperativo significante.

É neste contexto que nos propomos a pensar as pessoas em situação de rua – e mesmo seu contumaz uso de drogas. Trata-se de sujeitos cujos significantes fundadores os remete, em alguma dimensão, à exclusão; sujeitos que, em sua constituição primordial e no decurso da vida, foram tatuados por insígnias que lhes determinam a condição de resto, dejetado – imprimindo um modo de operar conforme ao destino simbólico que lhe fora traçado.

Debrucemo-nos em um recorte clínico. Um homem em situação de rua – 30 anos, aproximadamente – menciona, rindo, em um momento de escuta individualizada, após sair do posto médico, que ouvira de sua tia, ainda quando criança, que seria como o pai: viveria entre idas e vindas ao hospital. O pai, conforme declarou o próprio, envolvido com o tráfico de drogas morrera após a terceira internação, vítima de tiros. O homem a que nos referimos, também envolvido com o tráfico, afinal, saíra de uma unidade básica de saúde, depois de feito um curativo no peito. Ele fora alvo de uma tentativa de homicídio, a segunda no período de um ano. Aliás, outras tantas tentativas já se haviam sucedido, assim como outras internações.

A tia do nosso sujeito em questão – que, por muito tempo, exercera a maternagem, por debilidade física da mãe biológica – lhe impusera um significante. Quantos outros, pelas encarnações do campo do Outro, de igual modo lhes foram impostos? Não queremos abordar esta vinheta clínica em uma perspectiva finalista, linear, sem curvas; a lei do significante porta embaraços, ditos e não ditos que se tornam malditos. Mas também não podemos dissociar o ato do sujeito que o comete. Há, por certo, fatores históricos, no caso que referimos, por não possuí-los, mas a direção significante a que aludimos nos aponta para um caminho razoável.

O que fica para alguém definido, antes mesmo do seu nascimento, como puta ou ladrão? O que se constitui como perspectiva para alguém cujas portas da vida, desde seu surgimento, se encontram sempre fechadas; que vê os seus próximos morrerem de fome ou sucumbirem à marginalidade na tentativa diária de sobrevivência; ou ainda,

cujas referências de sucesso e progresso encontram-se associadas à transgressão – seja no tráfico, no roubo ou mesmo na política? Não é outra coisa senão nossas relações com Outro, necessariamente alienante, o radical de nossas vidas.

Goffman (1988) identificou a repercussão simbólica na vida humana. Conforme o autor, a identidade social real de um indivíduo – aquela que, de fato, ele dá provas de possuir – se constrói e se consolida a partir da identidade social virtual – características e atributos, de caráter físico, psíquico e comportamental direcionadas ao indivíduo pelo outro. Neste sentido, aponta o estigma – significante imposto ao sujeito em função da posse de um atributo que o diferencia, tornando-o indesejável – como uma espécie de signo delegado pelo Outro, incorporado pelo sujeito como verdade próxima ao insofismável e que lhe reduz as possibilidades de vida no necessário cumprimento do caminho que impõe.

A situação de rua, assim sendo, configura-se enquanto um atributo social que torna os seus portadores um grupo especial menos desejável. Não mais consideramos os indivíduos nesta circunstância detentores deste estigma, como seres totais, mas, simplesmente, a partir desta característica refutável, reduzindo-os ao estatuto de pessoas menores, estragadas.

Referirmo-nos a pessoas em situação de rua, conforme mencionamos, é nos reportarmos a indivíduos marcados pelos signos da exclusão – e, por esta mesma condição, tornados seres estigmatizados. Estão postas, deste modo, condições subjetivas atravessadas por significantes específicos, humanos que, para existir, precisam viver na condição de abjeção que lhe é fundante.

Estamos, para além da objetividade da realidade social – e sem deixar de considerá-la – no plano simbólico da exclusão. São as figuras do Outro e suas manifestações, no seu dizer e agir, promotoras deste contexto; as relações familiares, os meios de comunicação, as políticas públicas ou mesmo simples arranjos arquitetônicos: tudo insiste em deferir a qualidade de excluído. (NERY FILHO; MESSEDER, 2004) Fundam, assim, sujeitos que encontram na situação de rua – e mesmo em um certo modo de uso de drogas – a possibilidade de anuir a um traço que lhe fora outorgado.

O estar no mundo, portanto, se encontra condicionado à insistência da manifestação de signos que fazem parte da história do sujeito. A situação de rua pode constituir um modo de anuir e fazer valer o lugar de resto, dejetivo; consecução fidelíssima dos significantes de exclusão que estruturam o sujeito. Dessa forma, o abuso de drogas por pessoas

no contexto de rua, em seu efeito de obliteração quase pleno do social, referenda sua condição de escória.

Seria possível, contudo, pensarmos em um mais além para o uso de drogas neste contexto: estamos no encontro com um fenômeno complexo.

“É POR ISSO QUE A GENTE NÃO VOLTA: SEM CONTA PARA PAGAR, SEM EXIGÊNCIA, SEM DOR DE CABEÇA”

Detivemo-nos, até o momento, na dimensão significativa. O sujeito, alienado por excelência, é fundado na sua relação com o Outro; é, pois, enquanto estrutura e modo de operar, produto, fruto da complexidade do enlaçamento social. Deste modo, devemos nos questionar sobre qual terreno está posta a relação do sujeito com o mundo que o cerca. Com quais signos nos deparamos em nossa vida cotidiana?

Aquele cuja condição de resto lhe é fundante terá referendada, senão, sua condição de resto. Ao serem rodeados pelos signos da exclusão em seus mais variados modos de apresentação selam a repetição e a intensificação do que podemos definir, em certa medida, por representações subjetivas da abjeção.

A situação de rua, para certos sujeitos, se configura como anuência à marca significativa que lhe é fundante – e o modo de abuso de droga por esses sujeitos ratifica seu destino simbólico, condição de dejetivo. Amparemo-nos em um caso extraído da clínica. Uma pessoa em situação de rua, usuária de álcool, refere: “*Quando bebo demais me sinto na merda*”. Seu consumo tinha um caráter repetitivo, em grande quantidade, pois sempre bebia “demais” – atualizando, sem cessar, o seu lugar de “merda”. Aliás, vale referir, não raro, esse usuário, após a jornada de uso, era visto deitado, largado sobre a própria urina, água suja e outras imundícies. Literalmente, na merda.

O consumo de drogas, em diferentes contextos, pode cumprir variadas funções. Conforme menciona Moreira (2009), um usuário de crack, atendido em uma instituição para usuários de drogas, define o psicoativo como a “droga do silêncio” – na medida em que pensamento e ação se encontravam, no seu caso, em suspensão, no tempo de duração do efeito da substância. Nenhuma preocupação ou culpa; um estado de suspensão da realidade – refere o autor.

Em um relato sobre um paciente elucidado por Tavares (2012, p. 158), encontramos outra referência dessas funções: “Quando uso crack fico desconectado do mundo real. Não penso nada, só sinto meu

corpo que fica oco, um pedaço de carne". Os relatos de usuários que consomem droga de modo abusivo, na sua grande maioria, nos apontam para um contexto de apagamento dos enlaces com o mundo. Uma verdadeira tentativa, conforme mencionamos, de suspensão e desconexão com a realidade. Mas o que significa obliterar, ainda que por um breve momento, as vicissitudes da vida?

Freud (1996), em *O mal-estar na civilização*, refere que o sofrimento é correlato direto, condição intrínseca do viver. Há, segundo ele, no ser e estar do humano no mundo, três fontes principais de fazer-sofrer: o corpo, o mundo externo e a relação com outro. Vivemos na alternância entre o prazer e o desprazer, perfazendo uma equação em que a constante é o desequilíbrio – e a felicidade, deste modo, jamais é alcançada em sua plenitude. A condição de ser humano, não obstante, em sua inserção na civilização, se estrutura, inelutavelmente, na dor de existir.

Viver implica sofrer – sofrimentos distintos, de dimensões variáveis, mas sempre sofrimento. Para viver – e enfrentar a dor que lhe é inerente – é preciso algum nível de afastamento do mundo. A intoxicação pelo consumo de drogas é, ao mesmo tempo, o mais rudimentar e efetivo recurso no aplacar da dor da existência, pelo estado que produz de suspensão da realidade. (FREUD, 1996)

Nesta perspectiva, a droga não é a raiz ou causa do sofrimento humano; é, antes de tudo, uma resposta às mazelas e intempéries da vida. Conforme nos refere Espinheira (2009, p. 14), "as drogas não podem ser tomadas como um mal em si mesmas, como causas, senão de modo enviesado ou como o avesso da causa". Há – e isto falamos no início do nosso trabalho – variados modos e contextos de consumo de substâncias psicoativas. Para não cair no reducionismo de colocarmos a droga como promotora da destruição humana devemos, antes de tudo, também configurá-la como um recurso paradoxal de proteção do sofrimento.

Nas intempéries colocadas para o humano, a droga é um recurso valioso para o sujeito – talvez o mais valioso, como nos assinalou Freud – no enfrentamento ao mal-estar da civilização: uma solução, alívio para tolerar o impossível da dor da existência. Para além do provimento de uma privação, de uma necessidade que, na cronicidade do uso, se faz física – da ordem do corpo concreto –, o uso repetido de droga aplaca as desgraças produzidas pelo encontro com esse insuportável real, impossível de ser simbolizado. (TAVARES, 2012)

A droga emerge como recurso, resposta; cumpre uma função na economia psíquica do sujeito, na medida em que se apresenta como ponto de sutura a uma fratura prévia, fratura intrinsecamente relacio-

nada à própria condição de existência. Aponta, pois, para uma tentativa de apagamento do real – e protelação do encontro com a angústia de viver. (VIANNA, 2008)

Perguntemo-nos: qual o tamanho da dor da existência para um sujeito que, em seu ato de fundação, é elevado ao lugar de resto e cujo imperativo de vida é a situação de rua? E, em contrapartida, qual recurso fará frente à tamanha magnitude deste fado?

Vale nos questionarmos: não seria a situação de rua, em certa medida, um modo de suspensão da realidade? Na impossibilidade de resposta às convocações do social ditadas pelos discursos científico e capitalista, exigências atemorizadoras – sobretudo em tempos de falência do sujeito –, a saída à rua não pode ser pensada como um tentame de abstenção? Afinal, é uma questão plausível de ser arrolada quando ouvimos de uma pessoa em situação de rua: *“É por isso que a gente não volta: sem conta para pagar, sem exigência, sem dor de cabeça”*. Um recurso, talvez – tentativa desesperada, na claudicância do simbólico –, de lidar com a dor da existência; uma porta de saída de um lugar que não se sai. A dor da existência é implacável, condição intrínseca à vida, cabendo ao sujeito expedientes outros para suportá-la. Podemos, neste imbróglio, localizar a função da droga.

As pessoas em situação de rua demonstram uma relação especial com o uso de drogas, com contornos singulares. Ousamos afirmar que a rua e a intoxicação por substâncias psicoativas se encontram em uma estreita relação. O ser e o estar na rua não só se configuram como o cenário, mas, também, como apelo imperativo que implica, frequentemente, o ato de se drogar.

O consumo de drogas, em seus modos variados de utilização por pessoas em situação de rua – mesmo naqueles em que se evidenciam seu caráter destrutivo e desorganizador –, emerge como uma resposta ao mal-estar na civilização e à dor de existir na sua radicalidade. Trata-se, com a repetição do uso – mesmo em uma repetição ininterrupta – de manter-se vivo, ainda que paradoxalmente apagado. Na inexistência de recursos outros que deem conta das intempéries deste trôpego viver, o uso de drogas, nessas pessoas, visa assegurar uma vida, ou melhor, uma sobrevida.

Em que pese o uso de drogas, nesse contexto, destinar-se a afiançar um lugar possível de existência, por outro lado, esta condição pode ser percebida como insuportável, insustentável. Na complexidade que define a situação, encontramos-nos diante de um paradoxo: o que lhe possibilita uma sobrevida, convoca-o também a uma aproximação constante com a morte. Podemos concluir, conforme nos ensina Nery Filho

(2012), fenômeno que constatamos em nossa prática, que se trata de um uso de drogas monstruoso para recobrir uma realidade marcada por faltas monstruosas.

À GUIA DE CONCLUSÃO – SEM, CONTUDO, CONCLUIR

Encontramo-nos em um cenário, segundo tentamos descrevê-lo, em que o humano, atravessado por marcas significantes da exclusão, localiza na situação de rua – bem como no consumo abusivo de substâncias psicoativas – o caminho para o assentimento do lugar que lhe fora destinado pela via do significante, presságio da linguagem. Ademais, vale-se destes mecanismos na tentativa de pôr em estado de suspensão a realidade e aplacar a dor de existir. Os humanos, pois, conforme pensamos neles, encontram-se atados à situação de rua e ao uso de drogas em duas dimensões. Na verdade, uma dimensão, a dimensão significativa – que determina e pressagia, mas que, ao mesmo tempo, é insuficiente e coxeia na hora de fazer frente ao mal-estar da civilização.

Santana e colaboradores (2005) anunciam, já no título de seu trabalho: "É fácil tirar a criança da rua, o difícil é tirar a rua das crianças". Podemos prosseguir: é fácil tirar as pessoas em situação de rua da rua; difícil mesmo é tirar a rua destas pessoas. A linguagem é fundante e atravessa a objetividade da realidade social. A marca que inaugura o humano na condição de ser falante atravessa o tempo e não cessará de implicá-lo em anuí-la.

Aceder ao significante, que localiza o sujeito na condição de resto ou abjeto, encerra um paradoxo de efeitos: faz sofrer e satisfaz. Sofrimento e satisfação, destarte, se imiscuem e alternam, fornecendo o tom da vida. Por mais difícil que seja de conceber, o que se anuncia enquanto tragédia, desgraça sem precedentes – uma vez que a vida na rua, balizada pelo uso abusivo de drogas, é o ápice do que a humanidade contemporânea possa conceber como dejetos – tem também efeito de satisfação. Há muito de dureza na rua, mas há, paradoxalmente, certa satisfação na dureza dela. Na rua e da rua, pois, o sujeito goza.

Esse ponto lança luz sobre uma questão bastante comum na clínica com pessoas em situação de rua: o fracasso no êxito. Conforme Freud (1996), há casos cujo sofrimento psíquico decorre não da não realização do desejo, mas sim da sua consumação. Deparamo-nos, não raro, com o regresso a um uso nocivo no alcance do trabalho desejado; no retorno às práticas delituosas, após o tão esperado ingresso na esco-

la; na recaída – em um modelo de consumo jamais experimentado, por sua intensidade – no sonhado restabelecimento dos vínculos familiares. Por quê?

Não é tarefa fácil sustentar um lugar social para o qual não se está subjetivamente destinado. Puta é puta; e ladrão, ladrão. Os significantes postos pelo Outro são imperativos categóricos na vida do sujeito – fazendo-o gozar do lugar que lhe está posto, ainda que seja gozar deitado sobre a merda, como o usuário referido acima.

Aceder a um destino simbólico perfazendo circuitos estabelecidos e repetitivos de gozar não é sem angústia. Há circunstâncias nas quais o humano, na emergência do sofrimento, se interroga, tenta abdicar de um modo específico de gozar, subverter a ordem significante. Não é incomum, portanto, depararmos-nos com a solicitação: *“Eu quero sair da rua e voltar para casa”*. Não estamos diante de um arranjo simples. Tirar uma pessoa em situação de rua da rua, simplesmente tirando-a, é tirá-la senão momentaneamente. A causa subjetiva que a atravessa e a mantém nesta condição lá permanece.

Uma intervenção comum na abordagem ao público a que nos referimos, por exemplo, é o assistencialismo – conduta passível de questionamentos. O que ampara a prática em questão? Em nome de uma pretensa humanização, trata-se de dar, fornecer subsídios àqueles que compõem a camada referida carente da população – em uma tentativa clara de dirimir os efeitos da diferença entre os humanos. Mas qual o valor do dar, isento de outras amarras, senão prover algo que se dissipará no tempo, para amanhã ter de fornecer novamente? Qual seria o seu valor de transformação? Nesta lógica simplista, se consolidam as bases de uma dimensão de assujeitamento ao outro, aquele que provê.

No enredo em que nos encontramos, cabe-nos, mais uma vez, recorrer à experiência clínica. Uma pessoa em situação de rua, em serviço de atenção a este público, refere sua percepção sobre a instituição e os profissionais: *“Vocês estão aqui para trabalhar pela gente. Vocês devem nos servir”*. Interroguemo-nos: o que significa servir?

Não estamos mediante uma prática destituída de seus símbolos e repercussões subjetivas. O ato de servir, enquanto manejo técnico, para aquele identificado ao lugar de excluído, ratifica o signo de exclusão que o funda. Tal como uma tábua de salvação que anuncia um naufrágio prévio, responder às demandas humanas, unicamente, assentado numa posição de subserviência ou caridade – ainda que em nome da defesa da vida – admite a exclusão; reproduz e sanciona seu lugar de abjeto.

Para o bem ou para o mal, estamos tão somente questionando o alcance de uma prática. Na posição de desfrute do trabalho servil, conforme fala um homem em situação de rua: "*Para que vagabundo vai querer voltar para casa?*". O servir, conforme sugeriu o usuário – prática, inclusive, fomentada por instituições que trabalham com o público que temos abordado –, encerra o fracasso de uma técnica, na medida em que eterniza aquilo a que tenta se contrapor.

O que nos é possível então? "Na sociedade dos indivíduos, a sociabilidade atinge sua forma mais elevada, quiçá, perfeita, no reconhecimento da liberdade existencial com responsabilidade social". (ESPINHEIRA, 2009, p. 11) Concebendo que aquilo que iguala os humanos é o porte de marcas significantes que os diferenciam entre si, como podemos pensar a responsabilidade social sem afrontar as idiossincrasias do ser e estar no mundo?

Referimos que o ser humano é fundado enquanto sujeito na relação com o Outro – a partir dos significantes que este lhe dirige. A situação de rua e o abuso de drogas podem se apresentar como anuência ao significante que lhe empurra a condição de exclusão, ao mesmo tempo em que, em especial, as substâncias psicoativas, um recurso de enfrentamento ao mal-estar na civilização. Na vida humana, tudo se passa na dimensão da linguagem. Deste modo, a lei significante, que funda e determina, pode, pela mesma via significante, ser barrada. (DOLTO, 1999)

Voltemos-nos para nossa prática institucional no Ponto de Encontro Cetad/UFBA – um Centro de Convivência cujo público de eleição são pessoas em situação de rua, em sua imensa maioria, salvo raríssimas exceções, usuárias de substâncias psicoativas. Qual a proposta possível? Mais especificamente: o que pode um analista nesta instituição?

Do útil ao fútil, entre o necessário e o supérfluo, as pessoas em situação de rua têm suas vidas marcadas por faltas monstruosas. Entre espaços, atividades e serviços, há, no centro de convivência, um rol de ofertas: cozinha, dormitório diurno, sala de estar, salão de jogos, sala de artes e auditório; atividades voltadas para culinária, música, pintura, jogos, práticas esportivas, cursos profissionalizantes, rodas de conversa; encaminhamentos médicos, jurídicos e a nível da assistência social. Na extremidade da carência do público com que lidamos, essas demandas não cessam de surgir. Independente da prática em exercício, em um centro de convivência trata-se sempre de conviver.

"Conviver é compartilhar em um espaço coletivo" (COSTA, 2005, p. 13) – compartilhamento que convoca ao laço social. Nesse contexto nos importa menos, por ora, referir às peculiaridades das inúmeras

atividades que se seguem na instituição do que concebermos a lógica que deve atravessá-las. Estamos, importante destacar, em um campo árido. Seja na realização de uma oficina, em um encaminhamento para retirada de documento oficial, em atividade de profissionalização ou em uma oferta outra, trata-se, sempre, de executar uma escuta clínica. Na ruptura com o *setting standard* – seu enquadramento padrão – não se faz impossível, preservando a ética do bem dizer, trabalhar (n)os limites da psicanálise: a psicanálise em extensão.

Independente da atividade a que nos propomos, trata-se, afinal, de operar uma escuta. Cabe-nos sempre – sem nos colocarmos no lugar de mestre, portador da verdade e ditador de modos de operar – questionar, inquirir a lei significante que gere o sujeito. Por esse viés, nas entrelinhas das demandas e dos encaminhamentos, talvez seja possível viabilizar algum deslizamento nas cadeias impregnadas das marcas simbólicas da exclusão bem como a emergência de novos significantes fornecedores de um novo tom às significações da vida.

Não é tarefa fácil. A resistência, por vezes, é implacável. E, por resistência, referimos a verdadeira oposição ao trabalho, a saber, a do analista. Mas como o analista resiste? Sob vários efeitos, por certo.

Conforme Rosa (2004), há quatro modos fundamentais, nesta clínica, de verificarmos a resistência do analista. Resiste, pois, quando escuta, exclusivamente, a dimensão social – privilegiando a fala em seu enunciado explícito. Escuta positivista, típica da era da ciência, em que a estória se sobressai ao discurso – verdadeiro indicador da posição subjetiva – operando a morte do sujeito. Resiste, ao imputar a resistência ao outro: aprisionado ao seu gozo de competência, não cabe, enquanto analista, questionar-se enquanto técnico. Negligencia, pois, que não é o paciente a se adequar ao tratamento, mas este àquele. Resiste, ainda, no desconhecimento das implacáveis imposições da miséria extrema, na responsabilização do sujeito em que há, de maneira exclusiva, uma operação de mercado. Resiste, por fim, e na contramão da proposição anterior, quando encerra uma vitimização do sujeito, negligenciando as determinações significantes.

Um frequentador do serviço em questão, após sair da delegacia por prática de furto – que, conforme narra, utilizaria para alimentação e consumo de drogas – refere, aos prantos: “*Um dia quero ser alguém*”. O que significa ser alguém? Já não era ele, alguém? Alguém, afirma o mesmo, para além deste imperativo categórico de dejeção a que se encontrava amarrado. Ser alguém, então, era um fazer-se novo, diferente

– condição possível, na sua radicalidade, somente no questionamento da raiz significativa que lhe fora imputada.

Trata-se, no trabalho, de fazer barra aos ditames da exclusão, na medida em que se propõe a interrogar subjetividades identificadas ao lugar de resto. Em outras palavras, trata-se de fazer afrouxar a dimensão que sustenta a rua e o uso abusivo de drogas no lugar da obrigatoriedade simbólica. Estas condições devem ser ressignificadas, tornando possível, deste modo, uma vida para além do imperativo da rua e do consumo problemático de substâncias psicoativas.

Afora os aspectos legais, o sujeito tem o direito de consumir a droga – álcool, crack, cocaína, maconha, seja ela qual for – e isto ele sabe. O que lhe resta saber, entretanto, é que ele também tem o direito de não usá-la – direito de não se submeter a um imperativo implacável e destituído de sentido. Onde se faria presente um uso intenso deve operar uma ressignificação. Esse é o caminho que permite ao sujeito abdicar, não necessária ou imediatamente, da situação de rua ou da droga, mas da subserviência ao significativo que o funda.

Um usuário, inserido em um curso de profissionalização para pintura, durante um momento de escuta individual, refere ao profissional: "*Eu também penso em ser doutor. Você acha que não? Penso sim*". Ser doutor, afinal, era inserir-se no mercado de trabalho através da profissão de pintor. Mais do que isto, tratava-se de romper com o imperativo significativo que lhe impunha um lugar de abjeção que se atualizava em sua permanência na rua.

O trabalho do psicanalista, não se fazendo menos analista por executar uma intencional psicanálise em extensão, é, na escuta ao sujeito, em engajá-lo, por meio da fala, em sua verdade singular, efeito do primarismo da linguagem. Uma escuta, pois, que permita operar uma ressignificação subjetiva interrogando o autoritarismo significativo. Uma escuta, afinal, que possibilite – não garanta, mas possibilite – uma passagem: dos ditos putas e ladrões a possíveis futuros doutores.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2007.

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. *Revista Virtual Textos & Contextos*, Porto Alegre, n. 4, dez.

2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/993/773>>. Acesso em: 1 out. 2013.

COSTA-MOURA, F. Manifestos de quem não tem o que dizer: adolescentes contemporâneos e os graffiti de rua. *Estilos da clínica*, São Paulo, v. 10, n. 18, p. 116- 131, 2005.

DOLTO, F. *Tudo é linguagem*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

ESPINHEIRA, G. Os tempos e os espaços das drogas. In: ALMEIDA, A. R. B. de et al (Org.). *Drogas: tempos lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 11-26. (Drogas: clínica e cultura).

ESPINHEIRA, G. Geometrias do movimento. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 9-20. (Drogas: clínica e cultura).

FREUD, S. Alguns tipos de caráter encontrados no trabalho psicanalítico (1916). In: FREUD, S. *A história do movimento psicanalítico, artigos sobre metapsicologia e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 325- 348. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 14).

FREUD, S. O Futuro de uma ilusão (1927). In: FREUD, S. *O futuro de uma ilusão; O mal- estar na civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 11-64. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 21).

FREUD, S. O mal estar na civilização (1930). In: FREUD, S. *O futuro de uma ilusão; O mal- estar na civilização e outros trabalhos*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-148. (Edição standard brasileira das obras completas de Sigmund Freud, 21).

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

LACAN, J. Função e campo da fala e da linguagem. In: LACAN, J. *Escritos*. Rio de Janeiro, Zahar, 1998. p. 238- 324.

LACAN, J. O sonho da bela açougueira. In: LACAN, J.; MILLER, J.-A. *O seminário, livro 5: as formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999. p. 367-382. (Campo Freudiano no Brasil).

LONGO, L. *Linguagem e psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2006.

MARTINS, J. S.; MACRAE, E. Por um olhar sociocultural sobre a questão das drogas. In: NERY FILHO, A.; RIBEIRO, A. L. (Org.). *Módulo para capacitação dos profissionais do projeto do consultório de rua*. Salvador: CETAD; Brasília, DF: SENAD, 2010.

MIRANDA, M. L. M. O uso de drogas no século XXI. *CETAD OBSERVA*, p. 1-3, 2005. Disponível em: <http://twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/Psicanalise/TEXTO1_MARIA_LUIZA.pdf>. Acesso em: 1 out. 2013.

- MIRANDA, M. L. M. O que é a psicanálise, afinal. *CETAD OBSERVA*, 2003. Disponível em: <http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/Observa/Psicanalise/TEXT08_MARIA_LUIZA.pdf>. Acesso em: 1 out. 2013.
- MOREIRA, E. C. O uso de crack nas metrópoles modernas: observações preliminares sobre o fenômeno em Salvador, Bahia. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 113-122. (Drogas: clínica e cultura).
- NERY FILHO, A.; MESSEDER, M. L. Exclusão ou desvio? Sofrimento ou prazer? In: ALMEIDA, A. R. B. de et al. (Org.). *Drogas: tempos lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 59-70. (Drogas: clínica e cultura).
- NERY FILHO, A. Introdução: por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 11-20.
- QUINET, A. *A descoberta do inconsciente: do desejo ao sintoma*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- QUINET, A. *Psicose e laço social*. 2. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2009.
- RAMOS, G. *Vidas secas*. 36. ed. Rio de Janeiro: Record, 1977.
- ROSA, M. D. Uma escuta psicanalítica das vidas secas. In: ASSOCIAÇÃO PSICANALÍTICA DE PORTO ALEGRE. (Org.). *Adolescência: um problema de fronteiras*. Porto Alegre, 2004. p. 148-161.
- SANTANA, J. P. et al. É fácil tirar a criança da rua, o difícil é tirar a rua da criança. *Psicologia em Estudo*, Maringá, PR, v. 10, n. 2, p. 165- 174, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n2/v10n2a02.pdf>>. Acesso em: 1 out. 2013.
- SOUZA, A. O que a psicanálise pode contribuir nas toxicomanias. In: ALMEIDA, A. R. B. de et al. (Org.). *Drogas: tempos lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 201-212. (Drogas: clínica e cultura).
- TAVARES, L. A. Toxicomania: um imperativo de gozo. In: NERY FILHO, A. et al. (Org.). *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 151-164.
- VERAS, M. F. A. dos S. *A loucura entre nós: uma experiência lacaniana no país da saúde mental*. Salvador: Fazcultura, 2010.
- VIANNA, A. Para além dos paraísos artificiais... Há tratamento possível nas toxicomanias? *Revista Polemica*, Rio de Janeiro, n. 23, 2008. Disponível em: <http://www.polemica.uerj.br/pol23/oficinas/artigos/lipis_4.pdf>. Acesso em: 31 out. 2011.

DROGAS E VELHICE: UMA "NOVA" QUESTÃO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS?

Ciro Frederico Arão da Silva Oliveira

Alba Riva Brito de Almeida

INTRODUÇÃO

Na contemporaneidade, a velhice é uma escara inconveniente, posto que, naquela, o tempo é regido pela hipervalorização e imperativo do novo. A velhice enquanto fenômeno é estruturada mais como um processo do que como um estado, processo sempre inacabado de subjetivação, evidenciando um momento tão diverso em sua vivência quanto diversa pode ser a experiência humana em seus variados contextos biopsicossociais.

O passar dos anos consiste num empuxo ao trabalho psíquico, assim suportado pelo corpo envelhecido diante das novas contingências a que se confronta, seja na família seja na sociedade.

Desse modo, o tempo, pela fuga dos anos no calendário, teria um caráter coercitivo e de enigma, pesando sobre o processo de envelhecimento. (ELIAS, 1998) O tempo, então, é vivenciado como determinante na experiência humana em toda a sua complexidade. A cronologização da vida, para Bernardo (2010), é o que marca os parâmetros de expectativas quanto àquele específico intervalo etário, em cada cultura. Os papéis sociais e as subjetividades, portanto, são determinados para além da constituição e idade do aparato fisiológico que suporta cada existência.

O consumo de substâncias psicoativas (SPA) se faz presente no enredo da humanidade. As formas e modos de uso, todavia, são bastante variados, desde usos ritualísticos e recreativos, usos marcados por sua ocasionalidade e voltados ao lazer e sociabilidade, recobertos por marcas simbólicas pertinentes a cada cultura, sobretudo percebidos pelos consumidores como positivo (MACRAE, 2001), aos modos mais

compulsivos e prejudiciais, estes últimos identificados majoritariamente com a contemporaneidade. Nery Filho (2012) se engaja em responder à questão “porque os humanos usam drogas?” se valendo das dimensões da humanidade na percepção do tempo e da finitude e, por fim, localiza que os consumos são variados como variadas são as necessidades subjetivas e sociais, dependentes, portanto, das histórias de vida de cada humano.

É comum relacionar as atividades de “drogar-se” a um estado juvenil de busca de novas experiências, apetrecho de modulação subjetiva e da temporalidade; todavia, principalmente no que tange ao uso de SPA por pessoas velhas, é ignorado o que se espera, ou melhor, o que não se espera do idoso acerca do “interesse” por modalidades experimentais de uso, uso recreativo/ritualístico, uso abusivo ou situações de dependência às drogas.

Os atuais idosos participaram, quando jovens, de um momento cultural no Ocidente com influências também no Brasil, em que as drogas permeavam o imaginário social em tons diversos do discurso vigente contemporaneamente. Na década de 1960, pontualmente, nos movimentos de contracultura, as drogas, principalmente as psicodélicas, perfilavam com destaque nas experiências subjetivas e coletivas daquela geração. (CARDOSO, 2005)

Chamo a atenção para o fato de que neste momento histórico, a geração dos anos 1960 chegou à ampla porteira aberta da última etapa da vida e, com certeza, sua presença contestadora, engajada, aberta a novas aventuras ainda vai dar muitas reviravoltas nos nossos antigos modos de pensar e de viver o envelhecimento. (MINAYO, 2011, p. 9)

O uso de SPA por idosos, tema deste estudo, é um campo ainda pouco explorado e que, nos próximos anos, irá se tornar o grande desafio para os profissionais de saúde e gestores de políticas públicas, diante da transição demográfica em curso no Brasil.

A pirâmide etária no Brasil vem apresentando significativas modificações. No último Censo Demográfico (2011), o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) registrou que a população absoluta de idosos no Brasil está um pouco além de vinte e dois milhões de pessoas. A expectativa de vida no país, segundo este mesmo levantamento, é de 73,5 anos, com projeção da população idosa no ano de 2050 em mais de sessenta e quatro milhões de pessoas. A população entre zero e quatro anos, naquele mesmo momento, será de menos de nove milhões de

novos brasileiros, refletindo em alterações importantes no campo social, nas dinâmicas familiares e em políticas públicas como o Sistema Único de Saúde (SUS).

Mas de que velho estamos falando? Da “Vovó do tráfico”?¹ ou das senhoras que deambulam por grandes lojas de grife? Do idoso que pega empréstimo consignado à sua aposentadoria para custear despesas dos filhos e netos? ou da viúva que passa o ano em excursões turísticas? Da doméstica que precisa continuar trabalhando? ou dos velhos internados em “abrigos”?

Para fins desta pesquisa, escolhemos a faixa etária para o adulto idoso de acordo como os marcos legais, da Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, considerando idoso qualquer pessoa com mais de 60 anos, sendo possível a utilização de outros intervalos cronológicos para melhor compreensão do fenômeno.

Concorrendo com o significativo crescimento populacional do contingente de pessoas idosas, observa-se o incremento das preocupações e estudos acerca da saúde do idoso. (IBGE, 2009) A saúde mental do idoso, no entanto, é abordada em menor escala, tanto no quantitativo de produções científicas quanto na diversidade das psicopatologias abordadas, priorizando-se as demências e a depressão. Portanto, faz-se pertinente a contribuição na construção deste campo de assistência à saúde mental do idoso. A descrição acerca das peculiaridades, na assistência integral à saúde de idosos, com questões envolvendo álcool e outras drogas, consiste em uma relevante lacuna no meio acadêmico. Quando atuamos em serviços especializados na atenção ao usuário de SPA, deparamo-nos, como em outros serviços de saúde, com a parca disponibilidade de literatura e a conseqüente dificuldade de implementar dispositivos que atendem para as demandas específicas deste grupo.

Como se relaciona esta categoria social, Os Velhos, com as drogas? uma questão que buscaremos percorrer tendo como linha mestra as considerações psicanalíticas tecidas junto aos argumentos da sociologia, dados sociodemográficos e referências epidemiológicas da literatura científica nacional e internacional, observando, assim, a complexidade e a multidimensionalidade que esta temática apresenta no contexto da atenção integral à saúde do idoso usuário de drogas.

1 Alusão ao registro de uma idosa em um ambiente escolar de estudantes do ensino médio, com o objetivo de sustentar o mercado paralelo de drogas (extraído de pesquisa em andamento – UNEB, 2013 – sobre drogadição nas escolas, coordenada pela professora Alba Riva Brito de Almeida).

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DO USO DE SPA POR PESSOAS IDOSAS

Os indicadores sociodemográficos de saúde apresentados pelo IBGE, em 2009, caracterizam o idoso como um grupo de peculiar atenção por apresentar mais doenças crônicas e tratamentos mais caros. Contudo, revelam que aspectos sociodemográficos afetam diretamente na saúde durante o envelhecimento, afirmando que “a população idosa se constitui como um grupo bastante diferenciado, entre si e em relação aos demais grupos etários, tanto do ponto de vista das condições sociais quanto dos aspectos demográficos”. (IBGE, 2009) Por conseguinte, verifica-se que o uso ou abuso de drogas por idosos, na literatura nacional e internacional, é uma lacuna, o que foi também já constatado pela quase totalidade dos autores visitados, configurando uma dimensão da saúde mental do idoso descrita de forma bastante incipiente através de questões como a subdiagnose e dos levantamentos em população de centros de saúde com pouco acesso de idosos de onde se sobressaem estudos sobre álcool ou benzodiazepínicos. (ALVARENGA et al., 2007; MENDONÇA; CARVALHO, 2005; ELBREDEDER et al., 2008)

No I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira foi descrito que, no universo da população idosa, 7% consomem diariamente, enquanto 68% estariam abstinentes do álcool. (LARANJEIRA et al., 2007)

Estudos de incidência, na população idosa dos Estados Unidos em relação ao uso do álcool, apresentados por Miller, Belkin e Gold (1991) sugerem que as taxas de remissão da dependência ao álcool diminuem com o avançar da idade e que a dependência atingiria mais os homens, na população com mais de 65 anos; a estimativa seria de 14% para os homens enquanto que 1,5% para mulheres, representando um indicador muito diferente do levantamento brasileiro supracitado, corroborando, ainda, a influência dos aspectos sociodemográficos, como as questões de gênero, aspectos culturais, etc., também referidos em diversos estudos.

Alguns pesquisadores situam que, aproximadamente, um terço dos usuários crônicos diários de benzodiazepínicos tem mais de 55 anos e que 26% das prescrições de benzodiazepínicos para ansiedade e 40% das prescrições de sedativos são destinadas a pessoas com mais de 65 anos. (MILLER; BELKIN; GOLD, 1991)

Pillon e colaboradores (2010) descreveram o perfil sociodemográfico de idosos atendidos em um CAPS-AD, encontrando o percentual

de 3,2% de idosos no universo dos usuários do serviço estudado, dado próximo ao encontrado por Almeida (2011) em outro CAPS-AD (2,2%). A caracterização predominante do perfil deste público foi de baixo nível de escolaridade e prevalência de questões com o álcool, apontando, ainda, para a pouca procura de idosos dos serviços especializados e situando a dificuldade de se estimar a incidência do uso de SPA neste grupo etário como um todo.

Os autores acrescentam dados pertinentes ao uso de SPA ilícitas no contexto da velhice, citando que o uso de drogas ilegais atingiria menos de 1% dos idosos, índice que poderia aumentar, futuramente, pelo fato de que os adultos que usam tais substâncias estariam envelhecendo. Estes dados estariam mais associados a homens que já usam drogas há muito tempo e que estão envolvidos com a criminalidade e a mulheres com altas taxas de abuso de sedativos e hipnóticos. Acentuam, também, a alta incidência do abuso de SPA ilícitas em idosos a uma situação de comorbidade psiquiátrica, em consonância com Miller, Belkin e Gold (1991).

Crítérios de dependência ao álcool na vida seriam preditores da síndrome de dependência a outras drogas, de acordo com levantamento de Miller, Belkin e Gold (1991). Neste estudo, observa-se a incidência menor que 1% de dependência a drogas ilícitas na população maior de 60 anos de idade, um dado próximo aos constatados no estudo supracitado.

Outras pesquisas refletem sobre aspectos quantitativos de idosos e adultos velhos com problemas com drogas. Han e colaboradores (2009) traçaram estimativa de que se duplicará em 2020 o número de idosos nos Estados Unidos com transtornos relativos ao uso de SPA, referindo propensão a um número superior a 5,7 milhões de adultos com mais de 50 anos de idade nesta situação, justificando, deste modo, a implantação de políticas públicas específicas para esta população.

O cenário da escassez de caracterização epidemiológica sobre a relação da velhice com o uso de drogas, especialmente as ilegais, é referido em grande parte dos artigos que se dedicam a este campo, como em Simoni-Wastila (2006), que problematiza as questões sociodemográficas em fatores de risco e proteção como gênero e histórico de outros transtornos psiquiátricos.

Na Inglaterra, Fahmy e colaboradores (2012) investigaram a prevalência do uso de drogas ilícitas em pessoas com mais de 50 anos, tendo encontrado que o uso na vida dessas substâncias em pessoas com mais de 65 anos alcançou 2%, sinalizando também crescimento do uso de SPA ilícitas, principalmente na população urbana, mais especifica-

mente da *cannabis*. Williams (2005), nos Estados Unidos, constatou que 0,6% das pessoas com mais de 45 anos já usaram *ecstasy* pelo menos uma vez na vida.

A garantia do acesso aos serviços especializados na atenção às pessoas com transtornos relativos ao uso de SPA é referida por muitos dos autores já citados, como um ponto pacífico na abordagem desta problemática. Arndt, Clayton e Scultz (2011) discorrem sobre a caracterização da entrada desta população nestes serviços, informando que, proporcionalmente, a admissão de adultos maiores de 55 anos nos Estados Unidos é maior que a dos jovens adultos e que o padrão de uso também vem mudando com o crescimento de admissões relacionadas ao uso de substâncias ilícitas, salientando a cocaína e heroína como queixas iniciais principais.

Em outro estudo descritivo dos perfis de pessoas que apresentaram problemas com o álcool, em Iowa, Estados Unidos, Mulford e Fitzgerald (1992) levantaram uma questão: o problema com o álcool dos mais velhos, maiores de 55 anos, difere dos problemas com o álcool dos mais novos? Em caso afirmativo, necessitariam esses de programas especiais de tratamento? Ao analisar as entrevistas e compará-las, identificou muita heterogeneidade no grupo dos mais velhos, com mais diferenças internas do que em relação ao grupo dos mais novos.

O uso de drogas ilegais por idosos é um dado ainda pouco observado, mas com tendência a aumentar, nas populações urbanas e entre pessoas com comorbidades psiquiátricas, principalmente quanto ao uso de *cannabis*. O álcool aparece como a droga mais preocupante na atenção à saúde do idoso, com indicadores epidemiológicos significativos, majoritariamente entre os homens. A população idosa, no entanto, é a mais vulnerável à dependência de medicamentos prescritos. A realidade brasileira ainda é uma incógnita quanto à relação dos idosos com as drogas, o que limita a possibilidade de comparação entre os dados devido à carência de estudos publicados.

Esses levantamentos e pesquisas apresentados situam como é compreendida a relação dos idosos com as drogas, influenciados pela geriatria e sua concepção de senilidade, marcada pela abordagem do adoecimento do velho sob a perspectiva de perdas, do envelhecer como uma patologia e do idoso como um objeto de cuidados especializados.

Anuncia-se o desenvolvimento de um campo de saber especializado na assistência à saúde dos idosos, contudo, os autores não localizam precisamente as especificidades do campo do idoso com transtorno relacionado ao uso de drogas. Denunciam um “não-saber” ou reiteram o

saber insuficiente sobre a relação dos velhos com as drogas de abuso. Igualmente, alertam para a necessidade de mais pesquisas, criação de políticas públicas, formas de tratamento e diagnósticos mais precisos na problemática do idoso com transtorno relacionado ao álcool e outras drogas, todavia, não discutem o lugar da subjetividade das pessoas que envelhecem em relação às SPA e os contextos de uso.

VELHICE E DROGAS: ENTRE A GERONTOLOGIA E A GERIATRIA

Bernardo (2010) aponta alguns traços que atravessam a produção científica sobre a velhice, como o pouco engajamento da psicologia do desenvolvimento até a década de 1950, que atribuía à velhice o caráter de degenerescência e perdas. A partir desse período, houve o avanço das concepções da velhice como período involutivo, baseadas no modelo médico e na psicologia do desenvolvimento dos estágios evolutivos da personalidade, como nos postulados de Erick Erickson² sobre as oito fases do desenvolvimento humano e os ciclos de vida.

Esse cenário acadêmico persistiu até meados da década de 1980, quando se desenvolveram tendências nas Ciências Sociais que ponderavam sobre a multidimensionalidade dos fenômenos e heterogeneidade dos sujeitos e processos.

O campo da Gerontologia, segundo Soares (2005), se reafirmou há cerca de 60 anos, abordando a velhice sob a concepção de um desgaste biológico natural, geral e gradual com desdobramentos psicossociais. Esta autora pontua a distinção de dois campos: a senescência e a senilidade, diferenciando respectivamente o contexto geral do envelhecimento e a visão do envelhecimento como patologia. A Gerontologia abrange o discurso acerca do comportamento e das condições sociais do gero (velho), enquanto a Geriatria se caracteriza pelo estudo clínico da velhice.

Bernardo (2010) sintetiza a utilização dos termos senescência como o envelhecimento normal com seus indicadores fisiológicos e cognitivos e a senilidade, que seria o envelhecimento secundário ou patológico, muito atrelado às patologias que sobredeterminam o envelhecer.

Hulse (2002) faz um percurso no campo da atenção ao idoso em uso de drogas, afirmando que os idosos procuram menos o tratamento,

2 A partir dos 60 anos de idade, a pessoa entraria, para Erickson e Erickson (1998) no oitavo e último estágio do desenvolvimento psicossocial, entrando na dialética da integridade/desejo, sendo uma época marcada pela avaliação do percurso da vida.

alcançando, todavia, o mesmo ou superior índice de sucesso; ressalta a dificuldade do diagnóstico diferencial com outras patologias e os cuidados no manejo clínico com esta população. Aponta, também, alguns dados sobre a vida social dos idosos mais propensos ao abuso de substâncias tais como morar só, estar viúvo, ter tido depressão, queda ou fragilidade de suporte social.

Nessa direção, Miller, Belkin e Gold (1991) afirmam que as consequências de problemas com drogas entre os idosos são diferentes com relação aos mais jovens, visto que aqueles já estariam fora do mercado de trabalho, morando sozinhos ou apartados das famílias e teriam menor propensão a questões com a justiça em relação ao uso de drogas. Os comprometimentos clínicos e transtornos psiquiátricos são as consequências mais apresentadas por idosos com dependência ao álcool e outras drogas. Acrescentam, ainda, que os sinais de dependência e tolerância tendem a diminuir com o avançar da idade, dificultando o diagnóstico diferencial.

Dados clínicos sobre demência e *delirium* induzidos por álcool apresentados por Miller, Belkin e Gold (1991) apontam que o alcoolismo em idosos, principalmente homens, influencia na atrofia cerebral e no quadro de dependência ao álcool e outras drogas aumenta o risco de suicídio. Estes autores formulam uma hipótese de que o início do uso de SPA na velhice derivaria da diminuição das pressões sociais sobre esta população, como a menor preocupação com a carreira e família, o que flexibilizaria os limites autoimpostos por essas pessoas durante a vida quanto ao uso de drogas.

O organismo do humano envelhecido sofre alterações significativas que interferem na farmacocinética das substâncias ingeridas. Há diminuição da quantidade de água e de massa corporal magra e certo aumento da gordura corporal, constituindo mudanças nos padrões de efeitos das SPA hidrossolúveis, como o álcool, e lipossolúveis, como a *cannabis*, por exemplo.

As mudanças no metabolismo, enfatizadas por Miller, Belkin e Gold (1991) e Hulse (2002), aumentam a sensibilidade e prolongam os efeitos das SPA, mesmo que administradas em doses menores que na juventude. Os receptores neuronais também estariam mais sensíveis a essas substâncias e, desta forma, a tolerância diminui e as síndromes de abstinência se apresentam mais graves e de cessação mais lenta, tendo que ser manejada com mais cautela. Portanto, a quantidade de droga ingerida não pode ser parâmetro de dependência e, sim, outros critérios e prejuízos como quedas e empobrecimento cognitivo.

A Geriatria como discurso norteador das práticas sociais se estabelece mais intensamente, na contemporaneidade, afinada aos ideais de juventude desta época. Castilho (2012) problematiza a situação do velho no capitalismo, abordado como um objeto de cuidado ou mercado consumidor, alvo principalmente de produtos de “saúde”, seja lazer ou medicamentos. Desta forma, é pertinente pensarmos que os “medicamentos do espírito” (ROUDINESCO, 2000) incidem na medicalização dessa faixa etária podendo vir a dificultar o processo de luto, inerente a este tempo da vida. “O poder dos remédios do espírito, portanto, é o sintoma de uma modernidade que tende a abolir no homem não apenas o desejo de liberdade, mas também a própria ideia de enfrentar a prova dele. O silêncio passa então a ser preferível à linguagem, fonte de angústia e vergonha”. (ROUDINESCO, 2000, p. 30)

Zeppellini Júnior (2005) acrescenta o impacto que a construção da identidade do velho repercute nos outros grupos etários; atualmente empurrando ainda mais o estigma do envelhecimento para a margem do desejável, em esforços incessantes de “prevenção ao envelhecimento”, em que são ofertadas maciçamente “próteses cosméticas” como a toxina botulínica, tônicos de pele com nomes sugestivos a exemplo do Renew, medicina *antiaging*, remédios contra impotência sexual, etc.

A população idosa é grande consumidora de mercadorias no campo da saúde, sejam medicamentos ou procedimentos de saúde; assim, pode ser compreendida como o maior contingente consumidor da indústria farmacêutica, dado econômico de relevância para a apreensão integral do fenômeno.

Nos Estados Unidos, as pesquisas apontam que, em, aproximadamente, 70% das consultas, os pacientes em “idade geriátrica”, ou seja, os maiores de 55 anos recebiam prescrições e destes 25% eram prescritos com drogas psicoativas sedativos/hipnóticos ou tranquilizantes, principalmente. Os idosos apresentam expressiva particularidade no consumo de substâncias sejam elas prescritas ou não; cerca de dois terços das pessoas com mais de 60 anos seriam consumidores diários de medicamentos que prescindem de prescrição médica, segundo Miller, Belkin e Gold (1991). Os idosos apresentam, portanto, significativa susceptibilidade à aquisição e uso de “muletas químicas”.

A medicalização e a maquiagem da velhice estão na direção da amortização do envelhecimento, burlando seus meios de subjetivação como o luto, na tentativa de escamotear a aproximação da morte; contudo, apesar dos esforços, as marcas e sinais do envelhecimento são indisfarçáveis, lançando os indivíduos que chegam à velhice em um tra-

balho de ressignificações. A presença do uso de SPA seria mais uma das contingências que devem ser abordadas pelo velho e por quem o assiste.

A velhice, como outros períodos da vida, está associada a novas maneiras de vivenciar o tempo e o corpo, com acentos de escassez do primeiro e obviedade de finitude do segundo, o que precipita no adulto idoso formas de lidar com esse real da senescência. Simone de Beauvoir sintetizou o modo mais pertinente da apreensão do que seria a velhice, apresentando-a nestes termos:

Como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial; modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com a própria história. Por outro lado, o homem não vive em estado natural. Na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto é imposto pela sociedade à qual pertence. A sociedade destina ao velho seu lugar e papel, levando em conta sua idiosincrasia individual, sua impotência, sua experiência. Reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. Não basta, portanto, descrever, de maneira analítica, os diversos aspectos da velhice. Cada um desses aspectos vai reagir sobre todos os outros. É nesse movimento indefinido dessa circularidade que é preciso apreender a velhice. (BEAUVOIR apud BERNARDO, 2010, p. 99)

O envelhecimento, portanto, não ocorre independentemente do corpo social e cultural no qual se envelhece, não é regido apenas pelo desgaste e transformações do corpo e cognição, é variável de acordo com o lugar destinado ao velho em cada cultura e à história de cada um.

ASPECTOS HISTÓRICOS E CULTURAIS DA VELHICE

O lugar imposto ao velho varia entre as diferentes culturas, mas, também, dentro da mesma cultura, a depender das relações de gênero, classe social, etnia, entre outros aspectos. Existe uma grande variedade de posições sociais atribuídas aos idosos nos diferentes agrupamentos humanos. O avanço constante das intervenções da medicina no homem e no ambiente possibilitou um aumento nos anos vividos, criando a velhice como a vemos atualmente, distanciando-se do que se via no século XIX, quando a expectativa de vida era de 30 anos, enquanto atualmente chega a 73,5 anos. (BERNARDO, 2010)

As formas de posicionamento das sociedades perante o velho apresentam relevante diversidade histórica; todavia, são dirigidas pelo conflito de gerações e as sinalizações das expectativas quanto a cada fai-

xa etária. Bernardo (2010) ressalta que, nas sociedades em que o tempo não é percebido da forma ocidental, o que seria relevante para o indivíduo seria a maturidade e não datações exatas. Naquelas sociedades, a exemplo do Japão,³ os velhos poderiam ser identificados como obstáculos ao progresso por sua debilidade física ou mental, encaminhados, assim, a processos de segregação ou morte.

As restrições materiais são um dado importante, mas não determinante do lugar reservado ao velho (MUCIDA, 2012), posto que, em algumas culturas, este tem o dever de transmitir as experiências práticas, principalmente no que toca a arte, religião, magia e saber. O velho seria um depositário da memória social, próximo aos ancestrais e fonte de sabedoria, função relevante em sociedades não dotadas de escrita e registros precisos de datação. Percebe-se, desse modo, as interferências das particularidades de cada sociedade na dinâmica das relações geracionais. “Assim como variam as definições atribuídas à velhice e ao processo de envelhecimento, também variam o lugar atribuído aos sujeitos idosos no tempo e no espaço. Cada sociedade tem um modo particular de tratar a velhice e de conviver com seus velhos”. (BERNARDO, 2010, p. 68)

O advento do individualismo, carregado pelas repercussões sociais e familiares da revolução industrial, cuja centralidade residia na capacidade de produção de riqueza, penetra na significação de decadência e segregação relacionada aos idosos, incapazes de reproduzir e produzir riquezas.

Na modernidade, evidencia-se o lugar desprestigiado oferecido ao velho, excluído, ou incluído de forma marginal no mercado produtor e consumidor assim como destituído de seu alcance na construção do mundo simbólico nas sociedades ocidentais. Despoja-se o velho do lugar de desejante e a velhice tem de ser camuflada a despeito de ficarem explícitas as marcas da castração⁴ e da finitude em uma sociedade que é dirigida majoritariamente por um discurso que solapa a condição de

3 Situação ricamente ilustrada no longa-metragem *A Balada de Narayama*, de Keisuke Kinoshita, de 1958.

4 Complexo de castração é um conceito formulado por Sigmund Freud acerca do sentimento inconsciente de ameaça diante da constatação da diferença anatômica dos sexos e suas repercussões constitutivas do sujeito, como na formação do supereu, o que, para Roudinesco e Plon (1998), também se refere à ordem cultural nos termos da proibição e da lei constitutivas da ordem humana.

sujeito dividido⁵ e acentua a valorização do corpo, da beleza, da força e da agilidade.

Os velhos, intrusos sem voz no mundo da potência imaginária e de promessas de completude, não podem ser vistos ou mesmo escutados sem que haja incidência naquele “jovem” que, através do velho, se depara com o real da castração. Todavia, o meio da segregação e desvalorização é o fato mais evidente deste encontro dos ainda não envelhecidos com os velhos ao constatar que:

Perde-se a beleza física padronizada pelos modelos atuais, a saúde plena, o trabalho, os colegas de tantos anos, os amigos, a família, o bem-estar econômico, e fundamentalmente, a extensão infinita do futuro, e embora a qualidade de vida seja preservada, não pode ser evitado o sentimento de finitude que inexoravelmente se instala. (GOLDFARB, 1998, p. 14)

O campo da produção de subjetividades inaugurado no momento histórico atual desloca a velhice para o lugar da exclusão, sem os atributos, por exemplo, de transmissora dos valores da tradição, como argumenta Goldfarb (1998), empurrando essas pessoas, por critério etário, a uma categoria inventada, em que é possível depositar tudo aquilo que se refere à dor, à finitude e à morte. Reduz-se, portanto, a velhice à complacência diante da incidência do tempo e a uma certa complacência com a erosão do corpo pelo passar dos anos, declarando que a velhice, assim como a morte, é um fracasso individual e as doenças, rugas e cabelos brancos, sinais da negligência consigo, em uma inflação da ideia liberal de *self made man*.⁶

A atenção integral à saúde do idoso deve ser compreendida e planejada observando os determinantes dessa categoria. Observa-se, desse modo, que a conceituação e objetivação da velhice são historicamente datadas e que, para compreender esse fenômeno, faz-se necessário reconhecê-lo como dependente dos contextos simbólicos, sobre a velhice e a morte, onde está inserido.

5 Aurélio Souza (2008, p. 161) tece comentários sobre a vigência contemporânea do Discurso do Capitalista, construído proposto por Lacan, em 1972, afirmando que “Aqui, no *discurso do capitalista*, Lacan sugere um tipo de rejeição da castração em todos os campos do simbólico, isto é, um tipo de operação de *Verwerfung*”.

6 De acordo com Baquero (2005, p. 73), representa “o homem que se faz por seu próprio esforço pessoal”. Ideal de uma meritocracia pautada nos valores individuais de suposta autodeterminação dos indivíduos dentro das sociedades.

(A)TEMPORALIDADE: ENTRE A VELHICE E A CLÍNICA DAS TOXICOMANIAS

O tempo, para Elias (1998), faz parte dos símbolos que os homens são capazes de aprender, no entanto, não se situa exclusivamente no campo do cultural, muito menos nos domínios do que se convencionou chamar de natural. É um conceito que não se submete às noções epistemológicas clássicas de, ou sujeito ou objeto. Em sua natureza social, o tempo pode ser observado nas demandas do coletivo sobre um indivíduo, no entanto, também repousaria sobre dados naturais como o envelhecimento, imprimindo seu caráter coercitivo. “Muitos não conseguem impedir-se de ter a impressão de que é o próprio tempo que passa, quando na realidade, o sentimento de passagem refere-se ao curso de sua própria vida e também, possivelmente, às transformações da natureza e da sociedade”. (ELIAS, 1998, p. 22)

Culturalmente as noções compartilhadas sobre o tempo e a sua dinâmica sofrem interações com as cosmovisões, os modos de produção material, dentre outros fatos da realidade social. Notadamente, em linhas gerais, é possível apresentar duas distintas concepções temporais: tempo como um ciclo ou como um fluxo, como ilustrou Bastos (2006), “roda do tempo” e “flecha do tempo”, respectivamente.

Na primeira concepção, o tempo estaria vinculado a eternas repetições e, na segunda, a um *continuum* onde os eventos jamais se repetem. Elias (1998) aponta a diferença da apreensão do tempo pela prevalência ou não da agricultura com seus ciclos naturais, fonte da apreensão de um tempo cíclico e, por outro ponto, o domínio da escrita como marcador de eventos, o domínio das navegações, o desenvolvimento do comércio e da indústria como possibilitadores da noção de tempo como um fluxo unidirecional.

Elias (1998) afirma ainda que, nas sociedades mais industrializadas, as pessoas teriam a possibilidade de estabelecer uma distinção de si perante as demais, não apenas por seu caráter único, mas por poder paralelizar com precisão a sucessão dos acontecimentos de sua vida com um *continuum* padronizado e reconhecido como a sucessão dos anos no calendário.

Essa predominância do individual sobre o coletivo é comentada por Goldfarb (1998) que infere acerca da incidência, na atualidade, de um presente perpétuo, onde o passado é descartável e um futuro super investido, um contexto perturbador para quem tem um futuro comprimido e só conta com sua bagagem simbólica, como o velho.

Essa caracterização auxilia na compreensão do status do velho nas sociedades ocidentais industrializadas, como a brasileira. Consonante à concepção de “flecha do tempo” centrada no progresso, o velho não estaria como objetivo, mas como “alvo”. O novo seria aquilo que estaria “um passo mais na frente”, uma ideia de permanente evolução e progresso que não encontra ressonância no corpo modificado do velho, em algumas de suas faculdades cognitivas e, principalmente, no lugar que é reservado a esse indivíduo, supostamente obsoleto. “Ninguém quer ficar ‘parado no tempo’ ou ‘perder o bonde da história’. Aqui no Brasil, apesar de nos reconhecermos como ‘atrasados’, temos o lema ‘ordem e progresso’ inscrito na Bandeira, e queremos desesperadamente ‘ir para frente’ e ser o ‘país do futuro’”. (BASTOS, 2006, p. 2)

O tempo é condição fundamental da existência e a velhice, tomada como o enfraquecimento do tempo presente pela incidência das perdas e enfraquecimento dos laços, imporia ao sujeito novas formas de atualizar o passado e enlaçar-se ao futuro. Mucida (2012) propõe uma leitura do conceito heideggeriano de *presentar*, em *Tempo e Ser*, a partir das proposições lacanianas sobre o nó borromeano. O *presentar* seria a quarta dimensão, singular a cada sujeito, que enoda o presente, passado e futuro, preservando as particularidades de cada um.

A perspectiva do tempo em psicanálise, portanto, é lógica, não cronológica. O tempo “historicizável” do inconsciente não é linear, não havendo temporalidade que não seja a que circule em redor da “repetitividade”, através das marcas impressas no sujeito infantil (SOARES, 2005), noção essa inaugurada por Freud ao desenvolver as concepções do sistema inconsciente. “Os processos do sistema *Ics*. São intemporais; isto é, não são ordenados temporalmente, não se alteram com a passagem do tempo; não têm absolutamente qualquer referência ao tempo. A referência ao tempo vincula-se, mais uma vez, ao trabalho do sistema *Cs*”. (FREUD, 1974, p. 214)

A experiência do tempo para o adolescente, por exemplo, no desenrolar do trabalho psíquico diante da iminência do real da sexualidade e, portanto, dos sinais de inconsistência no Outro, é diversa da experiência temporal do velho. Aquele tenta restituí-la através de apelo a grandes ideologias, investimento nos “avós assexuados” e nos grupos de pares com seus rituais integradores, inclusive pelo uso de SPA. (TAVARES, 2004) O tempo, então, é recoberto pela marca do postergar esse encontro, diante da insuficiência de recursos simbólicos que contornem esse real.

As toxicomanias têm a característica do apagamento, da ruptura com o desejo e com o gozo fálico,⁷ diferente de outras modalidades de uso de SPA. Naquelas, a dimensão do encontro com a castração é escamoteada e a dimensão do tempo é dilatada, tempo que, na velhice, não suporta essa dilatação, entranhado de escassez pelo passar dos anos e de indicadores claros da castração no corpo dilapidado, contingência que dificultaria o engodo do encontro com uma substância que acene de um lugar privilegiado. Promessas de plenitude, frutos da injunção dos discursos do capitalista e da ciência através dos Botox e Viagra, por exemplo, não alcançam sucesso total em contornar as marcas indelévels da velhice.

Ergue-se, então, um conflito do *Eu* com o *Isso* próprio à velhice: “o eu sabe que vai morrer, face ao isso que o ignora, o aparelho psíquico entra em um conflito de finitude, um conflito tópico”. (LE GOUËS apud MUCIDA, 2012, p. 35) Para Mucida (2012), a velhice é um momento que exige novas transcrições e traduções acerca do que a psicanálise chama do real, nas novas contingências, quer dizer, um momento específico, dentro do “envelhecimento”, que começa no primeiro instante de vida, que demanda uma tomada de posição, sempre respondida dentro das possibilidades fisiológicas, psicológicas e sociais de cada um que envelhece do seu próprio modo, deslocando a ideia de envelhecimento natural.

Esta autora, ao localizar a velhice como o encontro maciço com os signos do real, hiperdimensiona a dimensão do desamparo e salienta as marcas do não todo, limites impostos pela castração, quando comenta que se observa, na velhice, “[...] o desamparo em sua face mais nua, enlaça-se ao destino particular do gozo, demandando um tratamento importante e permanente pelo simbólico”. (MUCIDA, 2012, p. 41) A percepção de que se está envelhecendo, portanto, é adiada o máximo possível.

Para Sartre (1992 apud BERNARDO, 2010, p. 53), a velhice não seria sentida e percebida pelo que envelhece e sim pelo efeito que esta velhice causa no outro que a espelha ao velho. Faria parte da categoria do “irrealizável sartreano”, também para Soares (2005), citando Beauvoir, e em Goldfarb (1998), quando é tratado o estranhamento de reconhecer a velhice no outro e como o outro. Berlinck (2000 apud SOARES, 2005, p. 92), cria o termo “envelhecência”, conceituando-o como:

7 Roudinesco e Plon (1998) se referem ao gozo fálico em contraponto ao gozo absoluto, este que não se submete à castração. Portanto a referência a um gozo fálico é de satisfação limitada, submetida à ameaça de castração.

[...] um desencontro entre o inconsciente atemporal e o corpo, âmbito da temporalidade [...] A envelhecimento é puro reconhecimento deste estranho encontro que adquire um efeito de significante. A envelhecimento é um significante como o ato falho, o sonho ou o dito espiritual. Talvez seja até mais do que isso, pois supõe, necessariamente, um trabalho do eu, enquanto o sonho, o ato falho, o dito espiritual podem se resumir num sintoma, que se repete interminavelmente sem produzir, jamais, um efeito de subjetivação, a envelhecimento é um ato de subjetivação. (SOARES, 2005, p. 92-93)

Algumas observações de Messy (2002 apud MUCIDA, 2012, p. 31) discutem que a entrada na velhice seria indicada pela ruptura com o desejo, uma aproximação ao que ocorre no engajamento toxicomaniaco, e que a velhice, portanto, não teria caráter cronológico, mas, sim, mantém uma visão pejorativa. Mucida (2012) dialoga com aquelas discorrendo que a velhice não implica por si mesma a morte do desejo, embora as possibilidades de colocá-los em marcha não sejam correlatas aos 20 ou 90 anos, destacada a indestrutibilidade do desejo, sugerindo que a velhice implicaria em um saber vesti-lo de outros modos, principalmente através da elaboração do luto.

A imagem modificada pelo tempo, muitas vezes, odiada, é umas das perdas que devem ser elaboradas pelo trabalho de luto que, quando deficitário, pode remeter o idoso a sintomas os mais variados, em um contexto em que, para Mucida (2012), predominariam os desinvestimentos dos papéis sociais e do corpo, convertendo-se em autodestruição real ou psíquica. Neste cenário, tanto o abuso do álcool quanto a dependência a SPA e o emudecimento por medicações psicotrópicas encontram campo no envelhecimento.

O mal-estar exposto por Freud (1930) no consentir ao processo civilizatório estaria vinculado a três condições principais,⁸ porém tomaremos apenas a compreensão da finitude do corpo, ou seja, a dor vinculada à apreensão da realidade contingencial dos efeitos do envelhecimento e da mortalidade, sintetizado pela ideia artificial do passar do tempo que entra em conflito com a atemporalidade do inconsciente e a falta de algum significante que possa dizer sobre a morte.

Contudo, uma das saídas possíveis apontadas por Freud (1930), frente a esse mal-estar, a “intoxicação” por uso de drogas, também denominadas por ele “amortecedores de preocupação”, não é observada

8 As três fontes de sofrimento do homem em cultura seriam a percepção da finitude, vinculada ao adoecimento do corpo; a vulnerabilidade aos acontecimentos da natureza; e as relações humanas, para Freud, a mais contundente.

com incidência relevante, na população idosa, como apontam os dados epidemiológicos, conduzindo-nos a repensar a impertinência aparente deste princípio à realidade subjetiva do idoso.

A baixa incidência do engajamento toxicomaniaco ou ao uso de drogas iniciado a partir de uma idade mais avançada poderia ser atribuída, seguindo as formulações do mesmo Freud (1937), a uma certa falta de plasticidade psíquica, por uma rigidez das repetições que acabam por desenrolar uma exaustão da receptividade. Mas são hipóteses ainda insuficientes, visto que se observam idosos engajados em novas empreitadas profissionais e afetivas, por exemplo.

Todo horror que recobre a velhice é corolário da maior proximidade com a morte, no entanto, nos adverte Mucida (2012, p. 144): “Amedronta na velhice a morte do desejo e não outra coisa, amedronta o sentido da repetição e do gozo, e é aí que a morte reina soberana”. Nesse sentido, a modalidade toxicomaniaca do uso de drogas apontaria, necessariamente, para um curto-circuito no desejo, na depreciação do gozo fálico. A velhice, no entanto, é o momento privilegiado do encontro com o real da castração, localizando inúmeros impedimentos ao gozo Outro.

A precipitação do desejo, nesse cenário, não seria indiferente ao tempo que passa; para Mucida (2012), muitos sujeitos, ao tomarem consciência de que a finitude do tempo é real, sustentariam com mais propriedade sua relação com o desejo, posicionamento próximo ao constatado por Barros (2006, p. 111), em sua pesquisa, ao registrar que “[...] é a própria percepção da velhice como o último momento de vida que torna possível a formulação e execução de um projeto de vida”.

Para Freud ([1916], 1974), em seu texto sobre a transitoriedade, alude a que “o valor da transitoriedade é o valor da escassez no tempo. A limitação da possibilidade de uma fruição eleva o valor dessa fruição”. A temporalidade e a corporeidade, portanto, são fundamentais na apreensão da velhice e suas relações com o próprio corpo, com os objetos, inclusive os “objetos droga”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As velhices variam de acordo com a história de vida de cada um que envelhece e em que meio simbólico se está envelhecendo. A saúde mental, durante o processo de envelhecimento, é dependente, portanto, das manifestações do encontro de cada subjetividade com os aparatos fisiológicos e sociais a que tem acesso. Para a formulação de políticas

de assistência integral à saúde dos idosos usuários de SPA é indispensável observar essa população que, demograficamente, avança em sua relevância, de modo multidimensional e integral, abdicando da ideia de uma homogeneidade neste grupo etário e afastando-se do restrito construto da senilidade.

Podemos entender, acompanhando Mucida (2012), que a raiz da dificuldade de falar sobre o velho usuário de drogas assim como da sua sexualidade é que se toca nas reminiscências do Édipo, pois a velhice traria a representação dos pais. Falar do velho requer também tangenciar a morte, a finitude, portanto, há que oferecer tratamento simbólico a esse real. No entanto, não há um significante possível de fazê-lo de modo definitivo, assim, como sabemos, encontra na cultura atual um lugar depreciado, frente ao imperativo do novo no discurso do capitalista. Essa dificuldade se manifesta nas produções científicas que denunciam, reiteradamente, uma incompletude do conhecimento sobre a relação entre velhice e uso de SPA.

A vivência de escassez de tempo, no idoso, pode gerar efeito de força motriz do desejo, um momento de apressar-se a concluir, no tempo lógico do inconsciente regido pela atemporalidade. A empreitada toxico-maniaca cala o desejo e dilata o tempo, mesmo que encurtando a vida em alguns casos.

O trabalho psíquico do envelhecer e, principalmente, a elaboração do luto das sucessivas perdas é reticente e resistente ao engodo da completude; porém, algumas vezes, é atravessado pelo uso, problemático ou não, de SPA lícitas, ilícitas, ou mesmo das prescritas. Os dispositivos de assistência ao idoso usuário de SPA não devem, portanto, consentir com o corte da possibilidade de fala e de outras formas de expressão e de construção de laços sociais que dão tratamento à angústia pela via da singularidade e do desejo.

A atenção integral ao idoso usuário de SPA é um desafio cada vez mais significativo a ser enfrentado; a eficiência na assistência, prevenção e promoção da saúde tem como condição que os serviços e os profissionais se apropriem tanto das peculiaridades orgânicas do envelhecimento, com a presença do uso SPA, quanto dos fatores, sociais, culturais e subjetivos de produção do processo saúde/doença na população idosa.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. D. Uso de álcool, tabaco e drogas por jovens e adultos da cidade de Recife. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 29, n. 66, p. 295-302, set. 2011.
- ALMEIDA, A. R. B. de et al. (Org.). *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004.
- ALVARENGA, J. M. et al. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: the Bambuí health and aging study (BHAS). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, n. 1, p. 7-11, 2007.
- ARNDT, S.; CLAYTON, R.; SCULTZ, S. Trends in substance abuse treatment 1998-2008: increasing older adults first-time admissions for illicit drugs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, v. 8, n. 19, p. 704-711, ago. 2011.
- BAQUERO, R. V. A. Empoderamento: questões conceituais e metodológicas. *Revista Debates*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, dez. 2005.
- BASTOS, C. L. Tempo, idade e cultura: uma contribuição à psicopatologia da depressão no idoso: parte II: Uma investigação sobre a temporalidade e a medicina. *Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental*, São Paulo, v. 1, n. 9, p. 89-113, mar. 2006.
- BARROS, M. M. L. de. Trajetória dos estudos de velhice no Brasil. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n. 52, p. 109-132, 2006.
- BEAUVOIR, S. de. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.
- BERNARDO, K. J. C. *Envelhecer em Salvador: uma página da história*. 2010. 332 f. Tese (Doutorado em História) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.
- CARDOSO, I. A geração dos anos 60: o peso de uma herança. *Tempo Social-Revista de Sociologia da USP*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 93-107, 2005.
- CASTILHO, G. Psicanálise e velhice: o “idoso” é obsoleto? *Trivium*, Rio de Janeiro, p. 48-58, 2012. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/trivium/v4n1/v4n1a06.pdf>>. Acesso em: 7 maio 2013.
- ELBREDER, M. et al. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 57, n. 1, p. 9-15, 2008.
- ELIAS, N. *Sobre o tempo*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- ERIKSON, E. H. *O ciclo da vida completo*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.
- FAHMY, V. et al. Prevalences of illicit drug use in people aged 50 years and over from two surveys. *Age and Ageing*, Londres, v. 41, n. 4, p. 553-556, jul. 2012.

- FREUD, S. Análise terminável e interminável. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 1974. v. 14.
- FREUD, S. O inconsciente. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 1974. v. 14.
- FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 1974. v. 14.
- FREUD, S. Sobre a Transitoriedade. In: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, 1974. v. 14.
- GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. 1998. 96 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Departamento de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1997.
- HAN, B. et al. Substance use disorder among older adults in the United States in 2020. *Addiction*, n. 104, p. 88-96, jan. 2009.
- HULSE, G. K. Alcohol, drugs and much more in later life. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 34-41, apr. 2002.
- IBGE. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro, 2011.
- IBGE. *Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009. p. 165.
- LARANJEIRA, R. et al. (Org.). *I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira*. Brasília, DF: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.
- MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO JÚNIOR, A. (Ed.). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.
- MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas - SMAD*, v. 1, n. 1, p. 1-13, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38628/41475>>. Acesso em: 7 maio 2013.
- MILLER, N. S.; BELKIN, B. M.; GOLD, M. S. Alcohol an drug dependence among the elderly: epidemiology, diagnosis and treatment. *Comprehensive Psychiatry*, New York, v. 32, n. 2, p. 153-165, mar./apr. 1991.
- MINAYO, M. C. de S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. In: BELKIS, T.; ROSA, T. E. da C. (Org.). *Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa*. 13. ed. São Paulo: Instituto de Saúde, 2011. p. 7-16.
- MUCIDA, Â. *O sujeito não envelhece: psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

- MULFORD, H.; FITZGERALD, J. L. Elderly versus younger problem drinker profiles: do they indicate a need for special programs for the elderly? *J Stud Alcohol*, v. 6, n. 53, p. 601-610, nov. 1992.
- NERY FILHO, A. Por que os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, A. et al. *As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais*. Salvador: EDUFBA, 2012. p. 11-22.
- PILLON, S. C. et al. Perfil dos idosos atendidos em um centro de atenção psicossocial - álcool e outras drogas. *Esc. Anna Nery*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 742-748, out./ dez. 2010.
- ROUDINESCO, E. A sociedade depressiva: os medicamentos do espírito. In: ROUDINESCO, E. *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000. p. 21-32.
- ROUDINESCO, E.; PLON, M. *Dicionário de psicanálise*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.
- SIMONI-WASTILA, L.; YANG, H. K. Psychoactive drug abuse in older adults. *American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, v. 4, n. 4, p. 380-394, dec. 2006.
- SOARES, F. M. de P. O conceito de velhice: da gerontologia à psicopatologia fundamental. *Rev. Latinoam. Psicopat. Fund.*, São Paulo, v. III, n. 1, p. 86-95, 2005.
- SOUZA, A. *Os discursos na psicanálise*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- TAVARES, L. A. Adolescência e toxicomania: paradigmas da modernidade. In: ALMEIDA, A. R. B. de et al. (Org.) et al. *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: EDUFBA, 2004. p. 133-143.
- WILLIAMS, P. Correlates of ecstasy use in middle age and beyond. *Drug Alcohol*, v. 24, n. 1, p. 33-38, jan. 2005.
- ZEPPELLINI JUNIOR, J. C. O mal-estar no envelhecimento: sujeitos, pathos e as quatro estações. *Latinamerican Journal of Fundamental Psychopathology*, São Paulo, n. 1, p. 34-46, 2005.

TOXICOMANIA E PSICOSE: UMA ARTICULAÇÃO POSSÍVEL?

Renata da Silva Raiol

INTRODUÇÃO

Através deste trabalho, pretendo construir uma linha de argumentações teórico-práticas em relação ao uso de substâncias psicoativas em indivíduos que apresentam uma estrutura psicótica. Utilizando a minha atual prática clínica em serviços de saúde mental, tenho me deparado com um número considerável de sujeitos psicóticos que fazem uso problemático de drogas lícitas e/ou ilícitas, o que me remete a pensar a respeito desta parceria entre o psicótico e a droga.

Considerando o contexto social, político e econômico em que estamos inseridos, se faz imprescindível refletir sobre a sociedade atual regida pelo discurso capitalista, pela ótica do consumo e do lucro na qual prevalece a demanda insaciável de objetos que são consumidos e, rapidamente, substituídos. Essa lógica sustentada por um discurso sem limites, sem barreira ao gozo, coloca o sujeito em uma relação direta com os objetos mais de gozar que não implica laço com o Outro.

Como pensar, então, a toxicomania nesse contexto? O toxicômano se coloca como um dos resultados dos efeitos devastadores do discurso capitalista sobre a subjetividade. A droga se oferece enquanto objeto privilegiado, produzido pela ciência, que possibilita ao sujeito o acesso a um gozo que não passa pela via da palavra. Freud, em seu artigo “O mal-estar na civilização” publicado em 1930, considera a droga como uma solução que aliviaria o sujeito das exigências civilizacionais. Este trabalho parte, portanto, do pressuposto de que o ato toxicômano é um modo de gozo contemporâneo, efeito do discurso capitalista e, assim sendo, não podemos desconsiderar que o psicótico se insere neste contexto, apesar de sua maneira singular de se colocar fora dos discursos.

Parte-se, também, da hipótese de que o uso da droga na psicose não pode ser pensado da mesma forma que na neurose. A toxicomania

na neurose é relacionada à ruptura com o gozo fálico, que leva a um uso desregulado, sem limites e sem significação da droga; na psicose, essa ruptura é dada de antemão, uma condição estrutural decorrente da forclusão do significante Nome-do-Pai. Desse modo, a droga na psicose parece ter um caráter bem delimitado, estando relacionada a uma função bem específica: o tratamento do gozo sem significação que invade o sujeito. Porém, o uso maníaco da droga pode ser encontrado em qualquer estrutura e, sendo assim, através da prática clínica, é possível encontrar sujeitos psicóticos que se drogam de forma descontrolada, compulsiva. Desta maneira, é válido utilizarmos o termo toxicomania na psicose tal como utilizado no campo das neuroses?

O uso da droga não poderia ser pensado como tentativa de sair do campo do Outro, mas, ao contrário, como uma tentativa de restituir certo lugar ao Outro, a realidade. Esse é um ponto que diferencia, significativamente, o uso da droga na psicose, com uma função bem determinada, do uso compulsivo da droga na toxicomania verdadeira. (ZAFFORE, 2005)

A adicção à droga pode obscurecer por algum tempo a questão diagnóstica? Este é um aspecto delicado no tratamento com psicóticos que fazem um uso problemático de drogas e aponta a extrema importância da localização da função da droga para o sujeito na determinação do diagnóstico diferencial.

- O uso de drogas na estrutura psicótica funciona como suplência química, minimizando, assim, os sintomas da doença ou, até mesmo, impedindo o desencadeamento de um surto?
- É possível pensar o ato toxicômano no sujeito psicótico?
- Poderíamos, então, pensar em uma quarta estrutura clínica já que a toxicomania não se coloca como um sintoma?
- O lugar ocupado pelo objeto droga é o mesmo nas estruturas neuróticas e psicóticas?
- Qual o possível manejo clínico do uso de drogas na psicose? Qual a direção do tratamento?

O artigo se apresenta como uma revisão narrativa da literatura. As fundamentações das hipóteses abordadas neste trabalho serão investigadas a partir dos conceitos psicanalíticos propostos por Freud e Lacan bem como autores contemporâneos vinculados ao tema das toxicomanias e psicose. Também será utilizada a experiência clínica quanto aos diferentes usos que o psicótico faz da droga e suas relações com as

práticas de consumo da sociedade atual. E, finalmente, as implicações no possível manejo clínico dos casos de psicose em que a toxicomania se faz presente. Assim, busca, através de conceitos psicanalíticos sobre a clínica, especificamente a clínica com psicóticos e toxicômanos, traçar os principais desafios e possibilidades de atuação.

O RECURSO À DROGA NA PSICOSE

É inevitável que, ao longo deste trabalho, façamos pequenos recortes sobre o uso de drogas nas neuroses, tendo em vista as diferenças entre as duas estruturas, ao se posicionarem frente aos modos de gozo contemporâneos.

Vimos, em Freud, a droga como uma das soluções para o mal-estar na civilização, independentemente da posição do sujeito com relação à falta no campo do Outro. Secondo (2009) se utiliza da afirmação de Lacan “a droga é o que permite romper o matrimônio do corpo com o falo” para dizer que a droga introduz uma formação de ruptura com o gozo fálico. Uma busca incessante de um gozo que não passe pelo Outro, que não passe pela significação fálica; um gozo ex-sexo, por fora do sexual. Lembrando que, na psicose, também temos uma ruptura com o gozo fálico via forclusão do significante do Nome-do Pai.

Assim sendo, a droga em Lacan também é tida como “uma solução”, em consonância com Bittencourt (1993) que nos aponta o apelo à droga como uma forma de saída possível em face da angústia que o desejo do Outro suscita no sujeito, considerando aí o peso das incidências do Outro, que retorna sobre cada um, de forma diferente.

Fica aqui uma questão posta: O recurso às drogas traduz uma falta de meios de simbolização ou uma modalidade de defesa diante do intolerável?

Segundo Beneti (1998), a toxicomania ou o consumo regular de drogas poderia estar hoje se constituindo em uma solução psicótica contemporânea, uma “suplência química”, uma verdadeira estabilização pela droga para o mal-estar decorrente, neste tipo de sujeito, do gozo do Outro. Ou seja, o uso de drogas pelo psicótico estaria colocado, em muitos casos, como uma “autopreservação” com relação ao delírio, impedindo seu desencadeamento. Mais além de uma simples moderação do gozo, estaríamos aqui ao nível de suplência estabilizadora, mesmo que mortífera para o indivíduo: a passagem ao ato de drogar-se.

A droga se coloca não como um sintoma, mas como ruptura. Por isso, o uso de drogas não faz sintoma para o sujeito. A toxicomania como surgimento de um novo modo de gozo, de um gozo uno como tal, não sexual. No gozo sexual, há uma insuficiência de gozo. Na toxicomania verdadeira, esse gozo se representa como uno, todo, único. (BENETI, 1998, p. 219-227)

O uso de drogas de forma descontrolada na neurose acarreta em uma possível formação de ruptura com o gozo fálico sem a forclusão do Nome-do-Pai, um gozo que vai na via de um sem limite maníaco. Se compararmos com as psicoses, em que a ruptura com o Nome-do-Pai é um dado estrutural, essa ruptura parece encontrar limites.

Esse uso de substâncias psicoativas na psicose pode ser entendido como forma de buscar moderação, localização do gozo mortífero do Outro que invade o sujeito e que não pode ser regulado pelo discurso. Nesse sentido, a droga é usada, muitas vezes, para amenizar as vozes e pensamentos que invadem o sujeito ou para justificar a presença de fenômenos psicóticos. O recurso à droga é, portanto, uma tentativa de fazer da significação enigmática uma significação consistente.

Para Naparstek (2009), é possível pensarmos em duas vertentes em relação ao uso de drogas na psicose: a identificação do gozo no lugar do Outro (paranoia) e o retorno do gozo no próprio corpo (esquizofrenia). O uso de droga na psicose não produz, necessariamente, um excesso de gozo, ao contrário, em alguns casos, serve como forma de limitar o gozo que invade o corpo do sujeito produzindo um enlace com o Outro.

Além dessas duas vertentes, se faz imprescindível pensar em outro viés da toxicomania na psicose: a suplência química, funcionando como uma autopreservação do delírio, impedindo o desencadeamento de um surto psicótico. E, também, na direção contrária, é possível associar o momento de ruptura do desencadeamento psicótico à experiência com a droga.

Galante e Naparstek (2008) citam que Jacques-Alain Miller nos recorda que o psicótico se encontra dentro da linguagem, porém, fora do discurso em forma de defesa contra o real. A forclusão impede a representação do sujeito em seu caráter fixo e privilegiado: na esquizofrenia, veremos aparecer o que Lacan chama de enxame de significantes, mas de forma irremediavelmente dispersa.

Considerando a referência do corpo fragmentado que Lacan propõe no estágio do espelho, podemos levantar uma hipótese de que alguns psicóticos recorrem ao uso de drogas como tentativa de frear a fragmentação do próprio corpo. O que ocorre é que, ao experimentar um

mal-estar insuportável em seu corpo, decorrente das alucinações ou dos delírios, o psicótico recorre às drogas.

É através da experiência clínica que podemos observar toxicômanos que mantêm uma alternância entre abstinência e recaída, mas que não apresentam identificação sintomática e, também, ao que nos evidencia, não desencadearam as manifestações clínicas da psicose.

Porém, quando a psicose se encontra desencadeada, o consumo toxicômano aparece como recurso secundário, na tentativa de evitar, através dos efeitos da droga no corpo, a percepção das alucinações visuais e auditivas, os delírios. Quando se encontra em função de suplência, impedindo, assim, o desencadeamento e com o intuito de amarrar-se ao Outro aparece, portanto, como um ato que estaria a serviço de regular um excesso de gozo que é estrutural.

Ainda, utilizando experiências clínicas, é possível notar que há casos em que são os efeitos da droga que promovem ou facilitam a manifestação dos sintomas psicóticos. Comprovando, portanto, que pode haver sujeitos psicóticos que fazem um uso da droga sem a função de suplência. Em outros casos, a abstinência das drogas acarreta no aparecimento de sintomas que haviam estado velados pela toxicomania. As adições podem mascarar psicoses discretas. Aí sim, a droga se apresenta como função de suplência.

Para Beneti (1998), há psicóticos não desencadeados que se apresentam como toxicômanos verdadeiros. Bittencourt (1993) nos aponta que o psicótico não constitui um toxicômano típico. Considerando o corpo como um enigma feito de palavras é, antes de tudo, um objeto de desejo e da demanda do Outro. O que acontece na psicose é que, diante da forclusão do Nome-do-Pai, a função fálica falha e o corpo fica invadido, cheio de gozo. Consequentemente, nenhuma zona erógena pode se fechar sobre uma “borda” e seu corpo fica aberto ao gozo do Outro. O fechamento do corpo se dá pelas palavras e pelo desejo da mãe, pela voz, pelo olhar. “Fechar o corpo” é territorializá-lo em zonas erógenas, é constituir bordas que limitem o gozo para criar zonas de prazer.

Presenciamos, através da clínica, o recurso à droga ocorrer exatamente nos momentos em que há uma ameaça do universo simbólico que pode vir representado por numa forma de ruptura com traços de um apelo ao pai, uma busca incessante em suprir essa falta simbólica.

A droga como *sinthome* desempenha, nestes casos, a função de obstaculizar o gozo do filho junto ao Outro materno, na condição de suplência do Nome-do-Pai. Entretanto, para os psicóticos e toxicômanos, a criação de algo novo que toma consciência como ponto de ancoramen-

to seria uma nomeação – ser toxicômano – que suporta identificações numa condição especular, imaginária. Ser toxicômano para o psicótico funcionaria, então, no nível de uma identificação compensadora e adaptativa. (BITTENCOURT, 1993, p. 80-90)

Considerando o significante da falta do Outro. *Che vuoi?* Que quer de mim? Pergunta sobre o desejo do Outro que não tem resposta e é um enigma. O recurso à droga comparceria então, como uma forma do sujeito não se confrontar com esse enigma do desejo do Outro, mas de criar uma estratégia de tamponá-lo.

Segundo Carbone e Israilevich (2009), há duas modalidades do retorno do gozo na psicose: a que focaliza o retorno do gozo em um Outro perseguidor e a que situa esse retorno no próprio corpo. A toxicomania, na paranoia, estaria a serviço de uma limitação que permitiria ao sujeito se colocar resguardado de um gozo mortífero e assim tomar o Outro como objeto. Já na esquizofrenia, as drogas enquanto recurso seriam para se defender do gozo que invade o corpo.

Localizar o gozo permite apaziguá-lo. Há uma função identificatória como modo de enfrentar o gozo que vem do Outro. Há uma invasão de gozo por fenômenos do corpo, a solução da substância esta posta a serviço de aplacar o gozo em um tratamento do real pela via do real, que pode levar rapidamente o sujeito a um verdadeiro desengate, o incluso a ruptura do laço com o Outro. (GALANTE; NAPARSTEK, 2008, p. 43-48)

Miller, segundo Galante e Naparstek (2008), irá propor o termo gozo cínico ao gozo do toxicômano e nos dizer que existe uma insubordinação ao serviço sexual com um gozo que não passa pelo corpo do Outro e sim pelo próprio corpo, autoeroticamente. Na contemporaneidade, a dimensão cínica diz ao sujeito que é possível o gozo pleno a partir do encontro com os objetos. Há um cinismo que podemos localizar no discurso capitalista. Nesse sentido, vejamos: “Um gozo que rompe o interdito de gozar com o próprio corpo. Um gozo cínico que não se constitui como um sintoma”. (MILLER apud GALANTE; NAPARSTEK, 2008, p. 30-40)

Beneti (2005), em *Psicosis cínicas*, desenvolve essa questão de que, se há uma modalidade toxicomaniaca de gozo, o cinismo deve estar presente. Diz, ainda, que, na psicose, há um gozo característico; localizado no campo do Outro, na paranoia, e localizado no nível do corpo, um gozo autoerótico, na esquizofrenia. Essa outra modalidade de gozo vem somar-se com o gozo autoerótico que é a toxicomania. Ele desenvolve ainda sobre o *kakon*, solução psicótica via passagem ao ato (drogar-se), como um impulso a golpear e ser golpeado, é algo que produz um alívio, um

menos de um gozo localizado no nível do corpo. Para Jacques Alain Miller, o *kakon* é o único nome de objeto *a* que tem êxito. O *kakon* é o ser do sujeito com estatuto de objeto *a*.

Possíveis manejos clínicos

De quais ferramentas podemos nos utilizar para detectar um diagnóstico de psicose nos casos de adições?

É imprescindível investigarmos de maneira criteriosa o modo pelo qual o sujeito inicia seu consumo de drogas e em que contexto está inserido, questões essas fundamentais para nos orientar a respeito da função de determinada substância na economia psíquica de um paciente e que, conseqüentemente, nos apontará para a direção do tratamento. É justamente a função que tem o consumo de drogas para o sujeito que nos orienta no diagnóstico diferencial.

Podemos verificar que grande número de pacientes, tratados como adictos, são, em primeiro lugar, sujeitos psicóticos que recorrem à droga. Precisamos estar advertidos sobre as conseqüências que pode haver ao agrupar sujeitos psicóticos que consomem substâncias psicoativas ignorando as implicâncias do diagnóstico de estrutura.

Não há o recurso simbólico sobre a invasão de gozo; o que há é o tratamento do real pelo real pela ingestão da droga, ou do imaginário pela via de uma sobreidentificação. Na psicose, há um oferecimento à falta do Outro que é real e, portanto, põe em questão a integridade do indivíduo, em que seu próprio corpo é ofertado. Assim, também é preciso pensar sobre os perigos da imposição da abstinência, evidenciando que o uso em determinadas situações pode impedir o desencadeamento de uma psicose, o que possibilita que o sujeito fique na borda da passagem ao ato.

Quanto à direção do tratamento, Beneti diz que vai pela via dos efeitos da invasão de gozo que respondem aos modos de retorno do gozo: a identificação do gozo no lugar do Outro e o retorno do gozo no próprio corpo.

Um caminho possível para pensar o tratamento que um sujeito pode dar ao gozo, seria oferecer a um psicótico um ponto de engate. Contudo, neste caminho, a droga se apresenta em muitos casos como suplência, como uma via de estabilização. A droga aparece aí para dar conta do gozo do Outro, um tratamento do real pelo real, que pode ser problemático e limitado. Há uma possibilidade de suplência, o objeto droga, que vai organizar seu mundo e dar uma inscrição no Outro, introduzindo-o no laço social. E, por isso, a dificuldade de organizar, de

estabilizar esse sujeito sob outra lógica, uma lógica que não lhe traga tantos danos, tantos riscos.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Através das questões apresentadas neste artigo, podemos pensar, então, na toxicomania como uma nova forma de funcionamento frente aos modos de gozo em relação ao Outro?

Para Zaffore (2005), não se trata de uma nova estrutura; o que é preciso é buscar em cada caso qual é a função específica de determinada substância para aquele sujeito em questão e como se articula na estruturação da sua economia libidinal. Ligia Bittencourt (1993), através da experiência clínica, revela que a toxicomania não está, em particular, associada a nenhuma das três estruturas clínicas: neurose, psicose e perversão. Ao contrário, é possível que se inscreva em qualquer uma destas, visto que um sujeito neurótico, psicótico ou perverso pode apresentar adicção a uma ou mais drogas.

Esta autora complementa, ainda, que a adicção às drogas parece ser um modo de resposta a impasses que renovam e relançam o laço do sujeito à castração e lhe exigiria um trabalho de simbolização, como, por exemplo, um luto, uma separação, bem como o confronto com outro sexo. O indivíduo não responde a isto que lhe retorna como um impossível através de significantes, sintomas, sonhos, mas, sim, por uma ação.

Na contemporaneidade, os psicóticos descobriram algo que se constitui como uma verdadeira suplência: a foraclusão estrutural. Trata-se de uma suplência imaginária que vem com uma frase identificatória. Eu sou toxicômano para alguém travestido de toxicômano. Há, portanto, a modalidade cínica de gozo que se presta, em última instância, para construir uma frase: eu sou toxicômano. Mas qual seria a função da suplência senão a moderação, o apagamento do gozo que existe na psicose, mesmo que haja uma dimensão de gozo cínico? “A função é de um *pharmakon*, de um medicamento para tratar o gozo”. (BENETI, 2005, p. 91-104)

A fim de concluir, Beneti (1998) propõe que, na psicose, há algo como uma autoprevenção ao delírio que impede que o psicótico se defronte com a castração no campo do Outro. Na neurose com toxicomania, há algo que, diante da castração no campo do Outro, do desejo do Outro, inventa um novo modo que rompe com o gozo fálico e, assim, teríamos:

1. Ruptura com (toxicomania) e exclusão (psicose) do gozo fálico;
2. Um gozo que não passa pelo Outro, sem foraclusão (toxicomania) e exclusão do Outro da lei (psicose);
3. A droga como mediadora em ambos os casos como uma defesa. Paranoia – com relação à angústia diante do desejo do Outro, defesa com relação ao gozo localizado no campo do Outro (Outro gozador); e, na esquizofrenia, quanto ao gozo ao nível do corpo, o mal, a desgraça e seus efeitos: as passagens ao ato de golpear a si e aos outros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste trabalho, concluímos que o uso de drogas, o recurso às drogas como solução para o sofrimento devido ao gozo do Outro na psicose – sobretudo antes do desencadeamento ou nas não desencadeadas (muitas vezes chamados e/ou confundidos com toxicômanos verdadeiros) – parece dever-se, tal qual na toxicomania, a características comuns quanto à posição do sujeito com relação ao gozo na sua vertente de objeto de gozo desse Outro.

Quanto às diferentes parcerias entre o sujeito psicótico e a droga, teríamos, então, a possibilidade da toxicomania na estrutura psicótica como suplência, nos quadros não desencadeados e, como moderadora de gozo, nas formas desencadeadas.

Talvez por isso seja tão minucioso o percurso para se pensar um diagnóstico que nos aponte a direção do tratamento. Um tratamento limitado quanto aos possíveis manejos clínicos, pois se dá pela via do real e, portanto, o analista participa dessa relação na posição de objeto.

Ainda que muitas perguntas fiquem em alguns pontos obscuras ou, até mesmo, sem respostas, devido à complexidade em lidar com o funcionamento desses sujeitos, é preciso lidar com o um a um, nos debruçarmos sobre cada caso e, portanto, não recuar diante dessa clínica, como diz Lacan no Seminário 3: as psicoses.

Proponho aqui um desafio, na clínica com psicóticos e toxicômanos, que seria o analista se colocar a princípio como um ponto de engate, lhe oferecendo uma inscrição no Outro. Posteriormente, segundo Ligia Bittencourt (1993), seria conduzir a análise possibilitando ao sujeito encontrar um modo de resposta diferente, tentando desvelar em que a resposta toxicomaniaca mereceria converter-se em questão sobre o desejo.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. R. B. *Toxicomanias: uma abordagem psicanalítica*. Salvador: EDUFBA, 2010.
- BENETI, A. Toxicomania e suplência. In: BENTES, L.; GOMES, R. (Org.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998. p. 219-227.
- BENETI, A. *Psicosis cónicas: efectos de tratamientos de toxicómanos en instituciones*. Belo Horizonte: TYA, 2005. p. 91-104.
- BENETI, A. Toxicomania e suplência. In: BENTES L.; GOMES, R. F. (Org.). *O brilho da infelicidade*. Rio de Janeiro: Kalimeros, 1998. p. 219-226.
- BITTENCOURT, L. Algumas considerações sobre a neurose e a psicose nas toxicomanias. In: INEM, C. L.; ACSELRAD, G. (Org.). *Drogas: uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 80-90.
- CARBORE, R.; ISRAILEVICH, C. La función del tóxico en un caso de psicosis: um punto de “basta”. *Pharmakon*, Argentina, v.11, 2009.
- FERREIRA, O. S. A droga: uma nostalgia insustentável. In: ALMEIDA, A. (Org.). *Objeto a: invenção lacaniana*. Salvador: Campo Psicanalítico, 2009.
- FREUD, S. *O mal estar na civilização*. Rio de Janeiro: Imago, 1974.
- GALANTE, D.; NAPARSTEK, F. Monotoxicomanias y politoxicomanias: la función del tóxico en las psicosis. In: SALAMONE, L. D. et al. *Lo inclasificable de las toxicomanias: respuestas del psicoanálisis*. Buenos Aires: Grama, 2008. p. 43-48.
- LACAN, J. *O seminário livro 3: as psicoses*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- LAURENT, E. O modelo e a exceção. *Revista Escola Brasileira Psicanálise*, n. 58, 2007.
- MOTTA, V. Toxicomania e psicose: um eco no mito. In: JORNADA DO CENTRO DE ESTUDOS E TERAPIA DO ABUSO DE DROGAS, 10., Salvador, 1997. *Anais...* Salvador, 1997.
- NAPARSTEK F. La alucinación em La intoxicación y em La psicosis. *Pharmakon*, Argentina, v. 11, 2009.
- PACHECO, L. Las toxicomanias y los usos de la psicoanálisis. *Pharmakon*, Argentina, v. 10, 2005.
- SECONDO, A. Toxicomanias y psicosis: dos casos clínicos em tensión. *Pharmakon*, Argentina, v. 12, 2009.
- ZAFFORE, C. Diagnóstico de psicosis y consumo de drogas. *Pharmakon*, Argentina, v. 10, 2005.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A AUTONOMIA DO USUÁRIO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS E AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL

Selma Viana Lessa

INTRODUÇÃO

No processo da Reforma Psiquiátrica brasileira, houve uma mudança significativa no campo da atenção ao usuário de transtorno mental e de substâncias psicoativas (SPA). O cuidado, que era centralizado no hospital psiquiátrico, se voltou para uma assistência no território, mais próxima da rede familiar, social e cultural dos sujeitos, visando estimular as potencialidades e a inserção social. Nesta nova formatação, a atenção hospitalar deixa de ser o centro do tratamento, adquirindo, assim, papel secundário no cuidado, servindo como um ponto de apoio à crise dos usuários.

A partir do momento em que esse novo modelo assistencial deixa de focar no cuidado hospitalar para se voltar ao cuidado no território, o seu sucesso dependerá de uma rede de atenção com serviços interligados – Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Creas), atenção básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), ambulatórios e CAPS Álcool e Outras Drogas (AD), leitos integrais no hospital geral, entre outros. Entretanto, apenas a presença de serviços específicos que ofertam cuidado na comunidade se torna insuficiente para o contexto do uso e abuso de substâncias psicoativas. Este é um fenômeno complexo que envolve o desconhecimento da maioria da população, dos governantes, carregando certo tom alarmista dos meios de comunicação de massa, cheio de preconceitos, e deixando de lado aspectos antropológicos, políticos e sociais, bem como do exercício dos papéis ocupacionais do usuário e a sua autonomia.

O usuário de SPA é descrito por MacRae (2009) como alguém que pode utilizar a droga como uma forma de se conectar ao divino, como uma possibilidade de prazer ou de afastamento dos problemas da vida cotidiana, de acordo com os aspectos antropológicos, sociais e da cultura. Valença (2013) complementa que as condições de vida, de educação, de acesso à saúde e de trabalho influenciam no envolvimento desses sujeitos com os contextos que cercam a questão do uso de drogas, como a transgressão, o contexto da violência e da marginalidade.

Há ainda o senso comum que, às vezes, denomina o usuário de drogas – independentemente do contexto do uso, da quantidade, da frequência e da relação com a droga – como meliante, doente, envolvido com o submundo, entre outros. Também existe o desconhecimento dos governantes que nem sempre oferecem propostas incisivas e resolutivas, pois são pressionados pela população a oferecer respostas imediatas ao “problema das drogas”. Há, ainda, os meios de comunicação de massa que, geralmente, veiculam informações distorcidas sobre as drogas. Portanto, nesse contexto, o sujeito e o modo como este gerencia a sua vida são desconsiderados.

A qualidade da atenção também deve ser diferenciada, pois, pela complexidade que envolve, não pode ficar restrita aos espaços físicos dos serviços oficiais, devendo ocorrer no território de vida dos sujeitos/ usuários de álcool ou outras drogas. Uma questão que se coloca para este sujeito é a do gerenciamento da sua própria vida, pois comumente, a droga adquire um papel central na vida do indivíduo e as suas atividades cotidianas giram em torno do uso ou abuso das SPA.

Neste sentido, como proposta deste estudo pretende-se refletir sobre a questão da autonomia no modo como o sujeito gerencia a sua vida e as contribuições da Terapia Ocupacional, que tem como um dos seus objetivos principais o estímulo à autonomia do sujeito em qualquer contexto. Cabe a ponderação sobre o cuidado oferecido ao usuário, o fazer do profissional, especificamente do terapeuta ocupacional e como este fazer pode contribuir para essa autonomia.

Para este estudo, realizou-se uma revisão de literatura nas bases de pesquisa Scielo e Lilacs, com os seguintes descritores: autonomia, substâncias psicoativas e Terapia Ocupacional.

Com a leitura dos artigos, conjectura-se sobre a forma como os objetivos da Terapia Ocupacional contribuem para a melhoria da autonomia dos sujeitos. Tedesco (1997) e Caniglia (2005) relacionam os objetivos principais da profissão na atenção aos usuários de SPA e os modelos, conceituação e aspectos do trabalho deste profissional. Priorizou-se os

estudos que abordassem o conceito de autonomia, não a do profissional no cotidiano dos serviços de saúde, mas a do usuário de SPA, e os que considerassem a autonomia como um dos objetivos da intervenção.

Foi realizado levantamento de conceitos e outras informações sobre autonomia, buscando identificar a relação com a Terapia Ocupacional. Percebeu-se que, na maioria dos artigos sobre a autonomia e sobre a referida profissão, o conceito foi citado em contextos variados, porém, em apenas um dos artigos foi colocada a conceituação do termo autonomia. Buscou-se, então, trazer os conceitos da pedagogia da autonomia de Paulo Freire (1996); o referido por Meneses e colaboradores (2012) e também por Kinoshita (1996), os quais foram utilizados para a análise do conteúdo.

Em outro tópico, é discutida a questão do cuidado ao usuário de SPA, a intervenção do terapeuta ocupacional, focando na questão da autonomia e nas contribuições da profissão.

Posteriormente, são propostas reflexões sobre a prática nesse contexto e possíveis direcionamentos para um cuidado com foco no empoderamento do sujeito, uma atuação crítica, sugestões de reflexões sobre o exercício da autonomia pelos usuários de SPA dentro e fora dos muros dos dispositivos de cuidado e as conclusões obtidas após a revisão.

CAMINHO METODOLÓGICO

Para este estudo, realizou-se uma revisão de literatura das produções sobre autonomia, substâncias psicoativas e terapia ocupacional. Esses três termos foram utilizados como index na ferramenta de busca nas plataformas de pesquisa Scielo e Lilacs. Durante a coleta, mais de 3 mil artigos apareceram, mas a especificidade deste estudo é avaliar apenas artigos, livros e materiais que tragam contribuições em, pelo menos, dois dos três eixos de forma interligada (autonomia e terapia ocupacional, autonomia e SPA, terapia ocupacional e SPA). Desses, 20 artigos foram selecionados e utilizados no trabalho e 7 serviram como bibliografia de consulta. O enfoque da pesquisa é qualitativo com a análise dos textos, inter-relacionando os temas, buscando a descrição e análise dos autores que contribuam para a reflexão sobre essa temática.

Os artigos selecionados foram catalogados por assuntos: cidadania e protagonismo social (3); conceituação de álcool e formulação de práticas para usuários de SPA e intervenção do terapeuta ocupacional

com farmacodependentes (2); exclusão, singularização e formas diferentes de viver (1); residências terapêuticas e desafios futuros da reforma psiquiátrica (1); ética na formação do terapeuta ocupacional (1); importância da rede de sociabilidade (1); grupos de convivência (1); relação terapeuta-paciente e interdisciplinaridade (1); CAPS-AD, rede de atenção integral com ações e serviços de diversos níveis assistenciais (1); projeto terapêutico nos serviços de Saúde Mental (1); especificidade do trabalho do terapeuta ocupacional no CAPS (1); práticas no CAPS-AD e a construção dos programas de troca de seringa (PTS) (2); intervenções de terapeutas ocupacionais com pessoas com acidente vascular encefálico (AVE) – conceito de autonomia analisado (1); Promoção à Saúde e Terapia Ocupacional (1); recursos tecnológicos e Terapia Ocupacional (1); Políticas de Saúde Pública, envolvimento dos terapeutas ocupacionais, Sistema Único de Saúde (SUS) e criação de novos serviços de saúde (1); e ação política da Terapia Ocupacional (1).

Após essa catalogação, os textos foram agrupados por dois eixos temáticos, terapia ocupacional e autonomia, autonomia e usuários de substâncias psicoativas e terapia ocupacional e usuários de substâncias psicoativas. Com a análise dos textos, observou-se que apenas um deles, que citava a atuação do terapeuta ocupacional com pessoas com AVE, apresentou o conceito de autonomia; os outros citavam a autonomia como objetivo do acompanhamento do terapeuta ocupacional. A maioria descrevia os objetivos da intervenção na saúde mental, a importância da cidadania, protagonismo, singularização e respeito às diferenças, o acompanhamento de usuários de SPA, práticas do terapeuta ocupacional em diferentes contextos (transtorno mental e SPA) e conceituação da profissão.

REFLEXÕES SOBRE OS CONCEITOS DE AUTONOMIA, INDEPENDÊNCIA E CUIDADO AOS USUÁRIOS DE SPA

O que é autonomia? Segundo os textos que se referiram ao termo, a autonomia é a capacidade de gerir a própria vida. A definição encontrada para este verbete, de acordo com o Dicionário de Terapia Ocupacional (JACOBS; JACOBS, 2006, p. 11) é: “estado de independência e autocontrole”. Qual seria a diferença de autonomia para independência? No citado dicionário, a independência aparece como condição na qual se “possui recursos adequados para executar as tarefas diárias;

[...] a capacidade para autodeterminar o desempenho da atividade [...]” (JACOBS; JACOBS, 2006, p. 54)

No Novo Dicionário Aurélio Eletrônico (2004), a autonomia é definida como “faculdade de se governar por si mesmo”. Meneses (2012, p. 108) contribui com o conceito apresentando a seguinte definição “capacidade de exercer escolhas e de tomar decisões, por si próprio”. Vai além da possibilidade de se governar, escolhendo e decidindo por si mesmo.

De que forma, então, o indivíduo decide por conta própria? E de que maneira gerencia a própria vida? Priorizando quais aspectos? Deixando de fazer o quê? Fazendo o quê? Freire (1996) auxilia na reflexão sobre a questão abordando questões relacionadas ao agir do sujeito, ao que ele não faz, ao que deixa de pensar, opções que podem definir a sua forma de estar no mundo. Portanto:

É nesse sentido que, para mulheres e homens, estar no mundo necessariamente significa estar com o mundo e com os outros. Estar no mundo sem fazer história, sem por ela ser feito, sem fazer nenhuma cultura, sem ‘tratar’ sua própria presença no mundo, sem sonhar, sem cantar, sem musicar, sem pintar, sem cuidar da terra, das águas, sem usar as mãos, sem esculpir, sem filosofar, sem pontos de vista sobre o mundo, sem fazer ciência, ou teologia, sem assombro em face do mistério, sem aprender, sem ensinar, sem idéias de formação, sem politizar não é possível. (FREIRE, 1996, p. 64)

Retomando a questão da autonomia, as ações podem ou não contribuir para o gerenciamento ou a ingerência da própria vida. São as ações, o fazer do indivíduo, as várias tentativas que nem sempre trazem resultados positivos; é tudo que permite adquirir autonomia. Ou melhor, a experiência e o experimento são as ferramentas que ensinam ao sujeito a adquirir autonomia e isto é um processo de aprendizado. Freire (1996) ressalta a importância do fazer e da experimentação, pois são elementos que auxiliarão no processo de decisão, ou seja, somente vivenciando é possível decidir e perceber se existe ou não o exercício da autonomia. “Ninguém é autônomo primeiro, para depois decidir. A autonomia vai se constituindo na experiência de várias, de inúmeras decisões que vão sendo tomadas”. (FREIRE, 1996, p. 120)

Outro autor que contribui para essa discussão sobre a autonomia, já no campo da reabilitação psicossocial, é Kinoshita (1996), acerca da restituição do poder de contratualização do usuário e da retomada da sua autonomia. Ele aborda que a autonomia é “a capacidade do indivíduo de gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. (KINOSHITA, 1996, p. 57) Ele ainda complementa a

discussão sobre a importância da quantidade de relações estabelecidas pelo usuário, afirmando que o quantitativo das relações sociais, das quais o sujeito é dependente, é que determina a sua autonomia.

A autonomia foi citada nos vários textos sobre Terapia Ocupacional levantados pelo estudo, no campo da reabilitação física, dos contextos hospitalares, da educação, saúde mental e na área social. No entanto, poucos autores, a exemplo de Tedesco (1995) e Karaguilla (2013), citam a autonomia no contexto da Terapia Ocupacional como um dos objetivos da intervenção deste profissional no campo do uso e abuso das SPA, porém, sem se aprofundar sobre a conceituação.

A autonomia é um dos conceitos utilizados continuamente, tanto na literatura e nas práticas de Terapia Ocupacional, como também em portarias e documentos que versam sobre o acompanhamento de usuários de substâncias psicoativas e pessoas com transtorno mental. Cabe, então, o seguinte questionamento: de que forma a autonomia permeia o trabalho do terapeuta ocupacional durante o estabelecimento de objetivos e plano terapêutico de usuários de SPA? Quais são as estratégias para estimular as pessoas acompanhadas no serviço a refletirem sobre esse conceito e exercê-lo no dia a dia? Quais são as ferramentas necessárias para alcançar a autonomia, e não aquela autorizada por outrem? De que forma a reflexão dos profissionais sobre as suas práticas podem auxiliar o usuário na sua busca ou no encontro com a sua autonomia?

O CONTEXTO DO USO E ABUSO DE SPA, O CUIDADO AO USUÁRIO E A TERAPIA OCUPACIONAL

A reflexão sobre os conceitos relacionados ao uso e abuso de SPA, em um contexto que considera questões históricas, hábitos e concepções, aponta que ocorreram algumas mudanças sobre as formas de lidar e as motivações dos indivíduos em relação ao uso e abuso de SPA.

Olievenstein (1980) esclarece sobre aspectos que o sujeito pode estabelecer com as SPA: a euforia, a tolerância e a dependência. A primeira se refere ao bem-estar e prazer que podem ocorrer com tipos de drogas específicas. A segunda é quando o organismo vai se habituando à substância, sendo necessário um aumento gradual da quantidade da mesma para obter resultados semelhantes. A terceira ocorre quando o uso se torna uma necessidade tanto física quanto psíquica e faz com que o usuário procure a SPA compulsivamente. É importante ressaltar

que esses aspectos não ocorrem em todos os usuários de SPA, nem da mesma forma com todas as substâncias.

Segundo MacRae (2009), desde a antiguidade, os indivíduos lidavam de formas diferentes com as substâncias, seja como remédio seja como veneno, de acordo com a sua cultura, para celebrar ou para “fugir” das dificuldades. Além do panorama geral, existe a questão das drogas para as diferentes populações e nos vários espaços que elas ocupam, como, por exemplo, a família, o trabalho, os espaços de convivência, entre outros.

Considerando o contexto e a cultura, cabe direcionar a reflexão para a questão do sujeito para uma melhor abordagem do mesmo. Quais são as condutas, estratégias e dispositivos que podem auxiliar no cuidado ao usuário de SPA? Também é importante que o profissional considere que cada sujeito estabelecerá uma relação com a droga – essa é a questão primordial – e se ele exerce ou não a sua autonomia.

Os profissionais que acompanham os usuários de SPA, algumas vezes visando à resolução rápida das questões do usuário, quando na elaboração do seu plano terapêutico singular, se limitam a incluí-lo nas ofertas terapêuticas prévias que podem não ter significado para ele, nos dispositivos de cuidado. Esse aspecto guarda relação com a direção dada ao tratamento pela equipe, que pode seguir uma sequência de ações bem-sucedidas ou não, o que, segundo Rego (2009), não é algo linear, pois ele pode se tornar um labirinto de múltiplas entradas e várias saídas e de trocas de abordagens constantemente. Ela ressalta a importância do acolhimento, das faltas que podem aparecer na fala do usuário e da relação que o indivíduo estabelece com a droga.

Marques e Mângia (2010) citam a importância da atenção à complexidade e à singularidade dos sujeitos que procuram os serviços e a necessidade de reavaliar as práticas atuais e a condução das situações pelos profissionais.

Para o campo de atenção e cuidado em saúde, torna-se de grande relevância a formulação de práticas que integrem todos os aspectos envolvidos na experiência de uso e dependência, buscando compreender tal questão a partir da complexidade que esta apresenta. É importante considerar as especificidades nas trajetórias de cada sujeito que procura atendimento nos diversos serviços e o singular cuidado de que necessita. (MARQUES, 2010, p. 13)

Além de estar atento à complexidade da situação e à singularidade do sujeito, é importante compreender a relação estabelecida entre o sujeito e a droga. Quando o indivíduo se “cola” à droga, ele se ancora nela

para manter a sua existência. Na verdade, é uma forma de sobreviver ou dar sentido à sua existência. Há a necessidade de o profissional oferecer um espaço de escuta, mas que esta seja qualificada, sem pré-conceitos, podendo auxiliar no processo de reflexão do sujeito sobre o lugar da droga na sua vida. Durante a troca, esta questão deve ser priorizada e não necessariamente o monitoramento constante de como está o seu consumo, por exemplo.

Karaguilla (2013) complementa a discussão sobre o lugar da droga na vida do indivíduo ao citar o atrelamento ou entrelaçamento tão forte com a substância que impossibilita a experimentação de outras atividades, de outros lugares e a dificuldade de visualizar ou vivenciar outras experiências que não tenham estreita relação com a substância. A autora diz que “o vazio pela falta da substância, a relação de dependência com o objeto e a impossibilidade de estar no mundo sem estar atrelado ao objeto de dependência, aproximam a realidade do dependente com a necessidade da busca pela constituição do ser”. (KARAGUILLA, 2013, p. 64)

Além de tentar compreender o lugar da droga e a realidade do usuário de SPA, faz-se necessário que o profissional atente para a sua conduta e as ações que fará durante a intervenção com o sujeito. Miranda (2008) expõe um aspecto fundamental da prática clínica, que é o papel assumido pelo terapeuta e a possibilidade do outro escolher. Cabe ao profissional não tentar resolver todos os problemas do usuário, não responder a todas as questões e, principalmente, não demandar e decidir pelo outro. O usuário precisa de um espaço, de uma escuta em que ele possa trazer sua demanda. O terapeuta precisa permitir a escolha do outro. O que é um exercício de autonomia.

Essa autora ilustra claramente esse aspecto quando diz que “[...] o terapeuta na posição de demandante só atrapalha, compromete o tratamento. Cabe ele, sim, manejar para que surja a solicitação”. (MIRANDA, 2008, p. 4) Explorando esse aspecto levantado por ela, pode-se pensar sobre formas e ferramentas que podem ser utilizadas pelo terapeuta ocupacional para estimular a reflexão sobre o exercício ou não da autonomia do sujeito que é usuário de SPA. Como está, ou se existe autonomia daquele que depende de uma substância ou objeto para preencher o vazio da sua existência? E, como ele irá exercer a sua autonomia e independência?

Olievenstein (1980) suscita a reflexão quando afirma que os usuários de SPA vivenciam a alienação na vida prática e utilizam-nas como forma de expressão das questões mais íntimas. A droga funciona como

catalizador para a expressão. Compreende-se que, a partir da relação que o usuário estabeleça com a droga, esta relação definirá como ele gerencia a sua vida e como exerce a sua autonomia.

Ele colabora com a reflexão sobre a questão da autonomia quando, em outro momento, coloca “a falta de iniciativa para ação que [...] existe em função da oposição feita ao mundo, a ‘vontade’ está doente, ela só trabalha para que haja a autonomia para a droga”. (OLIEVENS-TEIN, 1980, p. 69)

Na verdade, depreende-se do texto que o usuário começa a organizar as suas atividades cotidianas em torno da obtenção da droga, de quando a usará e de como poderá obter mais. A vida sendo organizada em função da droga e a autonomia de si jogando com a autonomia para a droga.

Partindo do pressuposto de que autonomia é a capacidade de gerenciar a própria vida, qual é, portanto, o papel do terapeuta ocupacional e dos outros profissionais, no estímulo à busca da autonomia? A autonomia que pode estar perdida ou exercida pela sua própria escolha ou exercida de acordo com as demandas de outro sujeito, que não é o usuário de SPA? Como é gerenciada ou como se configura uma vida preenchida por um objeto ou substância? É pertinente a reflexão sobre a autonomia sob a ótica de escolher ser preenchido por um objeto e de essa ser a forma encontrada pelo sujeito de gerir a própria vida cotidiana.

Em relação à abordagem, especificamente do terapeuta ocupacional na intervenção com o usuário de SPA, é importante avaliar o desempenho ocupacional desse sujeito e buscar dados sobre o seu projeto de vida atual. Caso não exista, o terapeuta pode estimulá-lo a estabelecer um projeto, visando reagrupar ou rever as atividades que compõem o seu desempenho, a fim de que estes estruturam o cotidiano e ressignifiquem o seu dia a dia. Para isso, é importante que o profissional esteja despojado de ideias preconcebidas, realize uma “boa” escuta e proponha, em conjunto com o usuário, estratégias que estimulem a autonomia.

Algumas atividades podem ser ofertadas na abordagem ao usuário durante a intervenção do terapeuta ocupacional, como as atividades expressivas, construtivas, lúdicas e projetivas. Elas funcionam como uma expressão do subjetivo, através do exercício do fazer, de maneira a resgatar as experiências vivenciadas que poderão ser de grande relevância na vida do sujeito e que até então estavam esquecidas. Nesta direção Feriotti (2013, p. 44) cita que aspectos são importantes para a sustentação da profissão “[...] a Terapia Ocupacional sustentou-se, ao longo da sua história, em alguns princípios básicos: preocupação com

o campo ocupacional e ou atividade humana; busca de autonomia, desenvolvimento de potencialidades e habilidades”.

Durante os atendimentos aos usuários de substâncias psicoativas, as atividades citadas podem ser utilizadas em intervenções grupais ou individuais. Esse profissional tem a função de estimular o indivíduo a repensar e/ou reorganizar suas atividades cotidianas, levando em conta os desejos e necessidades do sujeito, utilizando uma cartela de atividades, com objetivos definidos em conjunto com o cliente, visando alcançar autonomia e independência nas atividades da vida diária (AVD), atividades da vida prática (AVP), atividades de lazer, atividades laborais, entre outras.

Segundo documento elaborado pelo Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (Crefito 3) (CAZEIRO; BAS-TOS; SANTOS, 2011), as AVD referem-se a atividades relacionadas ao próprio cuidado, sem auxílio e comunicação. Dentre essas atividades, podem-se elencar as atividades de alimentação, higienização, cuidado pessoal, formas variadas de interagir com os outros indivíduos de forma escrita, verbal, gestual e também locomoção.

As AVP, ou Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD), relacionam-se a preparo dos alimentos, gerenciamento das atividades na habitação, resolução de dificuldades, ida ao supermercado, ao banco, a consulta com especialista, entre outras.

A intervenção é composta pela observação, facilitação e análise das atividades mais simples do cotidiano, responsáveis pelo autocuidado, até as mais complexas, como estudo, atividades laborais, lazer e interações sociais. A execução dessas atividades permite que o sujeito desempenhe seus papéis ocupacionais de forma mais coerente com sua vida.

A intervenção da Terapia Ocupacional está baseada em um dos seus pressupostos básicos do que é a ocupação humana, no sentido do fazer contextualizado – “fazer algo”, “fazer uma atividade” – para estabelecer seus diversos graus de especificidade. É um fazer estruturado, voltado para as demandas singulares dos sujeitos, respeitando seu contexto social, seus limites, suas capacidades, seus interesses e suas preferências. Ribeiro e Machado (2008, p. 72) abordam a atividade quando afirmam que:

Dessa forma, ela não deve ser apenas um instrumento de intervenção para controle e eliminação do mal-estar psíquico, ela deve contribuir para que a vida coletiva e as existências individuais sejam mais interessantes, abertas e criativa e nós, terapeutas ocupacionais, facilitadores desse processo de transformação, devemos ser

incansáveis criadores de possibilidades, inaugurando um cuidado que prioriza a liberdade de criação de todos os sujeitos envolvidos.

A experimentação desse fazer pode permitir ao sujeito ver a representação de si mesmo, de forma concreta, de parte ou todo das suas questões, pedaços do seu cotidiano, experiências vividas que, até então, permaneciam no campo do subjetivo e que podem ou não ser concretizadas durante o ato de construir um objeto ou um conceito. Ou seja, durante a realização de uma atividade que tenha significado para ele, resgata-se algo retomado do passado ou que ele desejava fazer.

No processo terapêutico, a atividade passou a ser entendida não como um simples fazer, mas como um construir, vivenciar, aprender, transformar e transformar-se, interagir e participar da construção pessoal, integrando a vida psíquica, física e social do indivíduo, promovendo e sustentando o seu reconhecimento social e sua realização pessoal. (SILVA, 2013, p. 186)

Quando o indivíduo participa do momento triádico (relação terapeuta-atividade-paciente), pode se estabelecer o vínculo e pode ser experimentado, durante o fazer de uma atividade, um princípio de organização do “caos” de ideias, pensamentos e comportamentos.

Como estabelecer essa relação, essa vinculação e estimular a autonomia de um sujeito que coloca a droga como eixo central da sua vida cotidiana, desempenhando atividades diretamente relacionadas ao objeto “droga”? Que autonomia será possível? Que conduta ou manejo deve ter o terapeuta para deslocar ou estimular a reflexão sobre esse cotidiano, oferecendo outras possibilidades de “fazer”, de experimentação de atividades para esse sujeito?

Tachy (1998) auxilia no esclarecimento sobre as condutas com o usuário de SPA, discutindo sobre processo terapêutico, a arte e as atividades expressivas, a importância da contextualização do fazer e este fazer como forma de transformação de si e exposição da subjetividade. Ela esclarece que a atividade não é uma forma de combater o ócio, passar o tempo ou apenas para ocupar os sujeitos simplesmente por ocupar. A autora reforça a importância do caráter transformador da atividade como práxis, e contribui com a reflexão sobre o papel do terapeuta, do processo terapêutico, do ambiente e do fazer transformador.

O papel do terapeuta ocupacional neste processo não é o de um mero reabilitador ou adaptador, tampouco de um profundo conhecedor das relações humanas. A intervenção do profissional se dará de forma a possibilitar ao outro a reflexão acerca do seu processo, no sentido de

facilitar a transformação conquistada. Proporcionando um ambiente propício, dando-lhe oportunidade de escolher diversas formas de expressão e, possibilitando a autocrítica e a criação de novas formas de circulação entre as instâncias sociais e a cultura, o terapeuta ocupacional estará exercendo seu papel. Então, ampliando a relação do processo terapêutico para a relação com o mundo, o indivíduo se transformará por ele mesmo, fazendo-se alguém diferente do que já foi através do seu próprio fazer. (TACHY, 1998, p. 22)

Em relação à reavaliação do fazer, de realização de outras atividades, há também a análise de atividades, que pode possibilitar a ressignificação do cotidiano para as pessoas que estão em tratamento psicossocial. O profissional pode estimular o sujeito a repensar sobre a sua saúde e a autonomia na tomada de decisões sobre a sua vida.

Medeiros (2003, p. 27) colabora para a reflexão sobre a profissão quando esclarece sobre o objetivo e a definição da mesma, definindo-a como “[...] área de conhecimento e prática de saúde, interessa-se pelos problemas do homem em sua vida de atividades”. Portanto, a intenção é de facilitar, orientar e intervir na vida de atividades do sujeito. Mas, no caso do sujeito que abusa das SPA, deve ser considerada a vida de atividades que ele tem e como reorganizá-las, considerando que o foco principal do indivíduo naquele momento é a droga.

Cabe propor a reflexão sobre os objetivos da vida do sujeito, seus projetos, como realizá-los e como está o seu fazer, ressignificando o seu cotidiano. Tedesco (1997) complementa que não é apenas intervir na vida cotidiana do usuário. Essa intervenção deve culminar numa concretização de algo do projeto de vida do indivíduo, durante a intervenção do terapeuta, para que tenha um sentido e não perca o significado.

Outra questão importante trazida à discussão por terapeutas ocupacionais é a importância da reflexão sobre o projeto terapêutico entre profissionais e usuários, visto que o projeto serve, de acordo com Mângia, Castilho e Duarte (2006), para ampliar o conhecimento sobre as suas dificuldades e sua autonomia na vida cotidiana.

Caniglia (2005) contribui para a reflexão sobre a vida cotidiana quando apresenta alguns pressupostos importantes sobre a profissão. Ela questiona o conceito de terapia ocupacional mais utilizado, que é o da atividade como recurso terapêutico e também a relação triádica, citando o primeiro como instrumentalista e focado em propor atividades. No segundo, falta explicitação a respeito do objeto de trabalho do terapeuta ocupacional e a mesma está focalizada no uso de técnica, fatos que impedem a evolução da profissão. Refere que se pode inferir

que essa concepção abre precedentes para a cogitação de que, se não há atividade, não está ocorrendo terapia ocupacional.

Essa autora propõe a reflexão sobre o objeto da terapia ocupacional, que seria um “[...] aspecto da saúde do indivíduo”. (CANIGLIA, 2005, p. 47) Além disso, traz as diversas denominações para esse objeto central do terapeuta ocupacional:

[...] fazer humano, ação humana, desempenho ocupacional, função ocupacional, saúde práxica, fenômeno ocupacional, afazeres diários, atividades rotineiras, atividades do cotidiano, cotidiano ocupacional, performance funcional, rotina qualificada, cotidiano saudável, atividade significativa etc.

Ela discute ainda sobre o modo de fazer do terapeuta ocupacional, como quem pode intervir, promovendo a saúde práxica e a finalidade da intervenção terapêutica. O conceito é baseado nessa saúde que estimula o fazer humano qualificado nas atividades cotidianas.

Portanto,

[...] a partir do contexto de vida do cliente, do seu mundo particular, o terapeuta ocupacional procura investigar seu universo prático, seu perfil prático, seus projetos, gostos, preferências, aptidões, habilidades e também suas limitações. Ou seja, ao mesmo tempo em que reduz suas limitações, dificuldades e barreiras, amplia as habilidades, capacidades e possibilidades. Procura promover as condições de habilitar e reabilitar e ser mediador entre o universo particular do indivíduo e o mundo de possibilidades, promovendo “encontros” entre o indivíduo e as atividades significativas para a sua vida. O terapeuta ocupacional observa a capacidade e a qualidade do fazer do indivíduo, avalia os fatores que dificultam a realização de seus afazeres e promove condições que facilitem e viabilizam as atividades que o indivíduo necessita ou deseja realizar. (CANIGLIA, 2005. p. 75)

Esse profissional desenha o plano terapêutico através do diagnóstico situacional, visando criar uma intervenção conjunta com o cliente, respeitando a sua singularidade e necessidades. Ele pode utilizar vários recursos que flertam com a arte, mas tendo em vista sempre a atividade com caráter prático, com um fazer qualificado. Ela esclarece sobre a clientela atendida, que é aquela que demanda questões relacionadas à saúde prática.

Assim, são encaminhadas para a Terapia Ocupacional pessoas com necessidade ou desejo de novos projetos de vida, inabilidades ou dificuldades práticas, limitações físicas, deficiências sensoriais, distúrbios afetivos, doenças debilitantes, doenças terminais, dependências químicas, tédio, estresse, angústia, depressão, doenças psicossomáti-

cas, insatisfação ocupacional, afastamento do trabalho, longo período de hospitalização, insatisfação com a rotina, situações de carências, privações, restrições, insatisfação com a função que desempenha absentismo e demais doenças ocupacionais, dificuldades no processo de produção, desemprego, dúvidas vocacionais, angústia pós-aposentadoria, “síndrome do ninho vazio”, viuvez, solidão etc. (CANIGLIA, 2005. p. 76)

O foco do profissional é o sujeito na sua vida de atividades, repensando o seu cotidiano e requalificando o seu fazer. Como todos são sujeitos que desempenham papéis ocupacionais, que escolhem e que decidem, em algum momento poderão necessitar desse profissional para reavaliar a sua saúde práxica.

E o trabalho com o usuário de SPA? Como estimulá-lo a repensar o seu fazer para que este se torne qualificado? Antes de refletir sobre essas questões, é pertinente apreender o que Tedesco (1995) aponta como conduta do usuário de SPA, que é um desafio na clínica, na medida em que o indivíduo adquire outro direcionamento do eu com percepções, características, postura e modo de viver diferenciados. Ela traz maiores esclarecimentos sobre essa relação entre o sujeito e a droga e as alterações que ocorrem, auxiliando na compreensão dessa questão e diz que:

A toxicomania passa a ser uma conduta assumida frente a um projeto de vida insustentável, em que a comunicação entre o mundo interno e o mundo externo só se viabiliza frente a uma distorção das realidades vividas, ou frente a uma nova imagem de si mesmo, não mais ‘eu’, mas ‘eu-droga’. Esta distorção se dá pela alteração das percepções, alterações dos vínculos consequentes de uma postura aditiva. (TEDESCO, 1995, p. 50)

A reflexão sobre esse assunto trouxe algumas considerações. Como o contexto do uso e abuso de SPA é extremamente complexo, o terapeuta ocupacional pode proporcionar possibilidades de experimentação, dentro da equipe interdisciplinar, com o olhar voltado para a saúde práxica e a retomada de experiências significativas do passado e a adição de novos fazeres. Fazeres estes que estavam guardados em caixas empoeiradas, sem possibilidade de uso, pelo descrédito em si mesmo, na impossibilidade de vivenciar o novo e na dificuldade de exercer a sua autonomia. O exercício da autonomia só se aprende com a experiência, mas esta pode estar ligada a fatores sociais, culturais, de saúde, trabalho e lazer, que dificultam ou impossibilitam o exercício do estar no mundo e o gerenciar a própria vida. Ainda mais quando a droga assume um papel central na vida do sujeito e quando esta gira em torno da droga.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No cuidado aos usuários de SPA, é importante a reavaliação e reestruturação das práticas, bem como a observação e avaliação cuidadosa dos aspectos que permeiam o cotidiano desses sujeitos, como, por exemplo, a análise dos âmbitos social, cultural, de saúde, lazer, trabalho, entre outros, além da abordagem do profissional em relação ao sujeito e sua relação com as SPA.

Os artigos e livros abordam os aspectos farmacológicos, antropológicos e sociais que envolvem o uso de substâncias, o papel das drogas na vida dos indivíduos, o acolhimento e o direcionamento dado pelos profissionais aos atendimentos nos serviços que esses usuários procuram. No entanto, a questão da autonomia é abordada, mas não aprofundada nesses estudos. Cabe refletir sobre os hábitos, estimulando a reflexão sobre o cotidiano, sobre seu projeto de vida, suas escolhas e possíveis consequências.

Olievenstein (1980) e Valença (2013) trazem à discussão a questão da internação dos usuários de SPA. É interessante citar que mais de 40 anos depois, a solução utilizada há anos retorna como se fosse a resposta para essas questões do uso. Como se a resposta aos clamores sociais se resumisse ao encarceramento e afastamento do problema. O segundo cita e descreve os riscos das internações compulsórias para a autonomia e exercício da cidadania dos usuários.

Cabe ressaltar que a internação compulsória é uma maneira simplista e bloqueadora de autonomia, pois, mais uma vez, repetem-se padrões excludentes para o que não se enquadra no sistema, sendo marginalizado e retirado de circulação temporariamente. Saraceno (2011) apresenta uma valiosa contribuição, pois ressalta a falta de possibilidades de exposição das questões do usuário, não apenas nos serviços, mas na sociedade em geral e que este é um dos desafios para os próprios usuários. “Entre as muitas Nações oficiais deste mundo, há esta nação com ‘n’ minúsculo, transversal, sem poder nem voz. Dar voz e poder a esta nação tão grande quanto destituída, é uma utopia para o século futuro”. (SARACENO, 2011, p. 94)

Além da solução com um direcionamento único para uma questão tão complexa, existe a falta de ponderação sobre as diferenças entre o uso e abuso das drogas, as motivações do sujeito e as questões que permeiam o uso, como, por exemplo, as lacunas no acesso a educação, cultura, lazer, saúde, trabalho. Falta a compreensão de que o problema

não está centrado e colado na substância. Segundo estudos de Valença (2013), a maioria das pessoas refere-se à droga de uma forma, fazendo com que ela adquira uma característica de entidade, com desejos, e que esta “acaba” com famílias e vidas, *slogan* que tem sido repetido exaustivamente na mídia, pelos governantes e pela população em geral.

A ausência de perspectivas de se inserir no mercado de trabalho, ter acesso a saúde, a educação, a cultura e ao lazer, entre outros, dificulta o exercício da autonomia, dos papéis ocupacionais, sociais e a possibilidade de ter a sua voz escutada. Trata-se de uma responsabilidade de todos, principalmente, daqueles que desejam a mudança. Tanto usuários quanto profissionais.

Em relação à autonomia e a atuação do terapeuta ocupacional, este possui um papel importante nessa questão, pois tem como um dos objetivos principais da sua ação o estímulo à autonomia e à independência dos sujeitos, auxiliando através de um fazer com significado, da qualificação do fazer e do respeito à singularidade.

Foi percebido, com a análise dos textos e materiais, que a autonomia é citada em vários textos relacionados à profissão e também pelos autores que discutiram sobre o contexto das SPA. No entanto, ainda faltam estudos sobre a visão de autonomia ou do exercício desta pelos usuários dessas substâncias, com ou sem transtornos associados, para que seja realizado um estudo mais aprofundado, tendo os usuários como sujeitos da pesquisa, o que pode adicionar mais detalhes e conhecimento sobre a vivência da autonomia.

Este artigo identificou conceitos de autonomia, relacionou-os ao contexto das SPA e da terapia ocupacional, mas percebe-se que o exercício da autonomia é influenciado, indiretamente, por fatores externos, como acesso a bens, serviços, saúde, trabalho, cultura, educação, lazer, transporte e exposição a situações de vulnerabilidade social e violência.

A questão do exercício da autonomia torna-se ainda mais complicada quando o espaço reservado para a fala dos usuários, em serviços substitutivos, está restrito às oficinas e grupos dos equipamentos; e os mesmos não conseguem transpor os limites da instituição e fazer a sua fala ecoar em contextos de participação popular, em espaços mais amplos da sociedade.

Como exercer a autonomia dentro e fora dos muros das instituições? O processo poderá iniciar-se nos serviços de saúde, com a participação da equipe nesse processo de potencializar a autonomia dos usuários, estímulo à reflexão, mudança e exercício de cidadania. Isso pode ser estimulado nos grupos, atividades e projetos terapêuticos sin-

gulares que devem atentar para a fala dos usuários e abrir espaços para que esta se propague, além de estar atento para as suas necessidades, saberes e potencialidades.

O exercício da autonomia se constitui quando os usuários conseguem transpor o muro real e imaginário da instituição, quando retomam o seu fazer com significado e buscam o exercício dos seus papéis ocupacionais, nas escolas, associações de bairro; quando exercem uma atividade laborativa (ou fazem seus bicos) e exploram o espaço urbano em atividades de lazer.

Outra maneira de exercer a autonomia é quando eles são convidados ou decidem participar de Fóruns de Saúde Mental, Pré-Conferências Municipais e Conferências Municipais e todos os eventos que definem as diretrizes de saúde, trabalho, lazer, educação, assistência social, em que podem expor suas necessidades e cobrar seus direitos.

No entanto, ainda é um percurso longo e não é possível para todos, pois um grande contingente ainda não tem condições mínimas de saúde, educação e trabalho para viver com dignidade. Existem ainda muitas vozes que não são escutadas, portanto, existe a dependência de diversos fatores e atores para a sua concretização. Mas é possível iniciar o processo no espaço dos serviços substitutivos de saúde, transpor os muros, tomar as ruas e iniciar o processo de autonomia efetivamente no individual e no coletivo.

REFERÊNCIAS

FERREIRA, A. B. de H. Autonomia. In: FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa*. 3. ed. rev. e atual. Curitiba: Ed. Positivo, 2004.

CANIGLIA, M. *Terapia ocupacional: um enfoque disciplinar*. Belo Horizonte: Ophicina de Arte & Prosa, 2005.

CAZEIRO, A. P. M.; BASTOS, M. de SANTOS, E. A. dos. *Terapia ocupacional ocupacional e as atividades da vida diária, atividades instrumentais da vida diária e tecnologia assistiva*. Fortaleza: ABRATO, 2011.

FERIOTTI, M. de L. Construção de identidade(s) em terapia ocupacional no contexto das transformações paradigmáticas da saúde e da ciência. In: PÁDUA, E. M. M. de; FERIOTTI, M. de L. (Org.). *Terapia ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais*. Curitiba: CRV, 2013, p. 43-70.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

- JACOBS, K.; JACOBS, L. *Dicionário de terapia ocupacional*. São Paulo: Roca, 2006.
- KARAGUILLA, M. *Tratamento do dependente químico na terapia ocupacional: o acesso à experiência criativa*. São Paulo: Zagadoni, 2013.
- KINOSHITA, R. T. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec. 1996, p. 55-59.
- MACRAE, E. O uso ritual de substâncias psicoativas na religião do Santo Daime como um exemplo de redução de danos. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 23-60.
- MALFITANO, A. P. S. Campos e núcleos de intervenção. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 1-8, jan./abr. 2005.
- MÂNGIA, E. F.; CASTILHO, J. P. L.V; DUARTE, V. R. E. A construção de projetos terapêuticos: visão de profissionais em dois centros de atenção psicossocial. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 87-98, maio/ago. 2006.
- MARQUES, A. L. M.; MÂNGIA, E. F. A construção dos conceitos de uso nocivo ou prejudicial e dependência de álcool: considerações para o campo de atenção e cuidado à saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 10-14, jan./abr. 2010.
- MEDEIROS, M. H. da R. *Terapia ocupacional: um enfoque epistemológico e social*. São Carlos: EdUFSCar, 2003.
- MENESES, K. V. P. de et al. Perfil sociodemográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-ave atendidos por um serviço de terapia ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 107-112, maio/ago. 2012.
- MIRANDA, M. L. M. Os limites de uma clínica. In: SEMINÁRIO ESTADUAL SOBRE DROGAS, 5., 2008, Salvador. *Anais...*Salvador: CONEN, 2008. p.16-29.
- OLIEVENSTEIN, C. *A droga: drogas e toxocomanos*. São Paulo: Brasiliense, 1980.
- RÊGO, M. Toxicomania: movimentos de uma clínica. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009. p. 207-220.
- RIBEIRO, M. C.; MACHADO, A. L. A Terapia Ocupacional e as novas formas do cuidar em saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 19, n. 2, p. 72-75, maio/ago. 2008.
- SARACENO, B. A cidadania como forma de tolerância. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade*, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 93-101, maio/ago. 2011.

SILVA, T. M. M. da. No abrigo do lar. In: PÁDUA, E. M. M. de; FERIOTTI, M. de L. (Org.). *Terapia ocupacional e complexidade: práticas multidimensionais*. Curitiba: CRV, 2013. p. 163-192.

TACHY, G. E. *Atividades expressivas e toxicomania: relato de experiência*. Salvador: EBMS, 1998.

TEDESCO, S. A. A prática da terapia ocupacional em farmacodependência: brincando na roda de fogo. *Revista Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 50-52, 1995.

TEDESCO, S. Terapia ocupacional: produzindo uma clínica de atenção às dependências. *Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional*, São Paulo, v. 2, n. 2, 1997.

VALENÇA, T. Possíveis aproximações entre a cultura do uso de crack e uma política pública. In: MACRAE, E.; TAVARES, L. A.; NUÑEZ, M. E. (Org.). *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso*. Salvador: EDUFBA, 2013. p. 105-134.

REFAZENDA NAS TOXICOMANIAS: DO FAZER ALIENADO AO FAZER SIGNIFICANTE

Thais Cerqueira Costa

INTRODUÇÃO

Refazer suscita uma reconstrução, algo que, feito, se faça em uma ação subsequente, diferenciando-se, portanto, em resultante. Na clínica esta ação proporciona uma relação dialética entre a prática e a teoria, mantendo uma interdependência entre o fazer e o refletir, em que a reflexão leva a uma conscientização da própria atuação que resulta em uma nova reestruturação desta ação e, assim, sucessivamente.

Nas toxicomanias, considerando o inconstante e sucessivo ato toxicômano, que reitera seu ato sem se dar conta do diferencial dos seus resultantes, cabe às ações de intervenção espaços que o permitam refazer, que possibilitem, ao sujeito “[...] expressar o seu saber, em um fazer, pondo-se à escuta de suas produções”. (MOTTA, 1997, p. 13)

Propomo-nos a refazer, na clínica das toxicomanias, práticas que possibilitem espaços e tempos diversos para que o ato em que o toxicômano se faz seja refeito, possibilitando-lhe significar outros atos possíveis. Buscamos, assim, uma leitura do fenômeno das toxicomanias que incorpore em seu escopo a perspectiva do lugar do toxicômano na relação sujeito-objeto droga, que possibilite eliciar práticas de intervenção que não tenham solução no objeto, mas que encontrem nele o propulsor ao questionamento “[...] numa fala que lhe permita deslizar, sob o efeito do significativo”. (TAVARES, 1997, p. 8)

Sobre o toxicômano, corroboramos com a proposição de Freda (1988, p. 4), para quem, ao definir-se por sua “articulação significativa” estabelecida com o objeto droga, o toxicômano sabe de si. Esta premissa ancora o desafio da clínica das toxicomanias de fazer e refazer-se, permitindo a construção de novos lugares e de outros significantes aos sujeitos que a ela se apresentam, “[...] romper esta certeza, incluindo

novos elementos que possibilitarão um deslocamento da droga”. (RÊGO, 2009, p. 207)

Nesta perspectiva, as toxicomanias apontam para os resultantes do encontro do estar sujeito singular em determinado contexto social que, na experiência mediada por uma substância psicoativa, se (re)faz enquanto toxicômano. É importante destacarmos, segundo Miranda e colaboradores (2003, p. 1), a “[...] variedade fenomenológica das solicitações de tratamento e orientação clínica”, em que é proposto:

[...] um conjunto universo \hat{A} , que denominaremos aqui o conjunto das toxicomanias, destacando alguns subconjuntos dentro deste, tais como o ‘subconjunto dos usuários’, ‘dos familiares’, o ‘subconjunto dos toxicômanos’ que inclui dois modos de apresentação, ‘indivíduos nos quais a droga aparece numa função de sintoma social e indivíduos que denominam-se toxicômanos propriamente ditos’.

Enquanto sintoma social, “[...] a queixa e a demanda de tratamento vêm em nome de um terceiro [...] e nesses casos os toxicômanos se isentam de qualquer responsabilidade sobre seu ato”. (MIRANDA et al., 2003, p. 1) Este posicionamento repercute nas terapêuticas a serem empregadas, pois estes indivíduos se apresentam em nome do Outro, não havendo, inicialmente, a possibilidade de recolher em uma entrevista primeira nem a queixa, tampouco seu questionamento, condições imprescindíveis para a instauração do processo.

Para os toxicômanos propriamente ditos, por outro lado, a fala se reduz ao enunciado “[...] *eu sou toxicômano* e esta afirmação se sustenta enquanto modo de dar sentido à existência pela via do ser”. (MIRANDA, et al., 2003, p. 1-2) O verbo ser tem função de cópula, ou seja, pelo “sou”, o toxicômano busca uma identidade maciça com o ato de se drogar e nele se sustenta.

É nas repercussões deste enunciado nas relações do sujeito que se oportunizam questionamentos sobre o que antecede o ser toxicômano, “[...] a resposta precipitada do paciente diz de sua posição alienada, impedindo qualquer tipo de deslocamento” (RÊGO, 2009, p. 208), entretanto,

[...] não se trata da busca de uma resposta, mas de questionar sobre algo que determina um fazer, sobre a razão que pode tê-lo feito responder, usando. [...] a droga em si é efeito [...] é preciso contorná-la. Parte-se do consequente – da droga e seus efeitos – para o antecedente-porque, para que, quais as razões-, em um movimento de idas e vindas que possibilite novos sentidos. O desafio é incluir

novos elementos, interrogações que abram espaço para outros fazeres. (RÊGO, 2009, p. 207-208)

Se, por um lado, inscrevem-se as singularidades dos sujeitos, inserida em plural, encontra-se a clínica das toxicomanias, que não se faz só com este dois que vira um – sujeito-substância – precisa de três, de quatro, de mais, de somas e multiplicações que amplifiquem a relação deste com o mundo. Nas toxicomanias, sujeito e droga se fazem um e não há deslocamento possível, a não ser que novos objetos possam se inserir.

Para que novos objetos se insiram, é necessário um tempo e um espaço de possibilidades outras em que o sujeito possa experimentar e (re)construir novas relações com o espaço vivido que, de acordo com Motta (2003), incluem formas, relações, símbolos onde os sujeitos vivem e atuam, identificando-se com o seu lugar, “[...] sendo o espaço um conjunto contínuo e dinâmico onde o experimentador vive, se desloca, percebe e valoriza as coisas, buscando atribuir-lhes significados”. (ROCHA, 2007, p. 23)

Neste contexto, a clínica das toxicomanias, ao possibilitar a experiência em espaços transicionais vividos, aproximaria o sujeito da fronteira entre seu modo de vida atual e escolhas de identificações outras que não somente com o objeto droga. A clínica que se faça do encontro com o outro, do acolhimento, do contrato terapêutico, da construção do plano terapêutico singular, que considere as redes pessoais e sociais de suporte, que suporte e aposte no processo, a clínica do sujeito, do movimento e das repercussões, da responsabilização, ou seja, a clínica do caso a caso em que é possível se interrogar sobre as próprias razões.

Neste trabalho, propomos tecer considerações sobre este sujeito toxicômano, que se faz e refaz em movimento contínuo, e refletir sobre as repercussões, na sua vida, do enunciado que o nomeia, problematizando possibilidades de intervenção que fomentem o deslocamento do fazer dimensionado enquanto autonomia, participação e inserção social.

Não desconsideramos as questões legais referentes ao uso e abuso de drogas, muito menos as repercussões clínicas, consequentes ou antecedentes ao uso destas substâncias, entretanto, a questão que se põe é a de ultrapassar a leitura linear do fenômeno, contribuindo para o delinear das possibilidades do campo teórico, para as práticas cotidianas em que este desafio se apresente.

Nesse sentido, o espaço é topológico, marcado por idas e vindas. De dentro e de fora. De buracos e de passagens. Caminho com des-

vios, circunvoluções, muito mais longo do que a reta e que, inclusive, pode incorporar labirintos. Algo se apresenta como corte, ponto de não passagem. Não se trata de uma geometria, mas de uma cinética, uma geometria do movimento. O movimento representa, de alguma forma, as bordas do espaço e do tempo. Podemos dizer que o tempo que passa se traduz em deslocamentos, ou seja, ele se exterioriza em posições variáveis do móvel no espaço. (RÊGO, 2009, p. 209)

Para nossa construção, será realizada pesquisa bibliográfica, constituída, principalmente, de artigos produzidos a partir da experiência clínica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) e livros com foco na temática das toxicomanias, tendo como fio condutor a ressonância das estrofes da letra de Gilberto Gil, “Refazenda”,¹ que nos aponta tanto para a consideração do sujeito que se faz em ato quanto para o espaço e tempo da terapêutica e para a possibilidade de novos fazeres – refazenda.

Diante dos arranjos possíveis na clínica das toxicomanias, apostamos nas oficinas de arte e expressão enquanto alternativa potencial de um “[...] espaço terceiro na relação dual que se estabelece entre um sujeito e uma droga” (TAVARES, 1997, p. 8) necessário para que o sujeito possa se descolar e se deslocar deste objeto. Espaço onde se possa “[...] dar forma a algo novo, em qualquer que seja o campo de atividade [...] o ato criador, abrange, portanto, a capacidade de compreender; e esta, por sua vez, a de relacionar, ordenar, configurar, significar”. (OSTROWER, 1983, p. 9)

Assim, a clínica das toxicomanias, ao se oferecer enquanto espaço transicional vivido, em que a experiência transcende aquilo que em ato não se nomeia, possibilita o criar e recriar simbólico. Ao fazer, o homem se refaz.

[...] ao fazer, isto é, ao seguir certos rumos a fim de configurar uma matéria, o próprio homem com isso se configura [...]. Em todas as linguagens, ao articular uma matéria, o homem deixa a sua marca, simboliza e indaga, movido por sua pergunta ulterior, que é pelo sentido do viver. Rearticulada, a matéria retorna ao homem. Na forma configurada, cada pergunta encerra uma resposta [...] na matéria formada, se vislumbra a figura de um homem que responde – ela fala sobre si, sobre sua vida, sobre seus valores de viver. (OSTROWER, 1983, p. 51-53)

1 Do álbum homônimo de Gilberto Gil, lançado em 1975. (MOREIRA, 2012)

Esperamos, assim, contribuir na ampliação das discussões, na formulação de problemas ou hipóteses que possam ser pesquisados em estudos posteriores e na reflexão sobre as práticas de intervenção que levem em conta a singularidade do sujeito, os contextos em que está inserido, além do fortalecimento das redes pessoais, sociais e de suporte enquanto meio de formação de vínculos, aproximação e intermediação que estimulem uma maior autonomia, participação e inserção social.

O ATO TOXICÔMANO - FAZENDO UM

*Abacateiro, acataremos teu ato
Nós também somos do mato como o pato e o leão.*

Na clínica das toxicomanias, deparamo-nos com o desafio posto por aquele que se apresenta “ser toxicômano”. Ao buscarmos compreensão para a leitura deste fenômeno, traçaremos nossa linha de expressão tendo como perspectiva a consideração de que não são apenas pressupostos teóricos a base dos processos terapêuticos, mas a concepção que se faz desta relação sujeito-substância é que sustenta o direcionamento nesta clínica “[...] é preciso considerar que há uma clínica do toxicômano preexistente a toda experiência clínica particular, uma maneira de agir junto a esses pacientes”. (COGUS; FREDÁ; REPELLIN, 1989, p. 57)

Apontamos, assim, para a substância enquanto alternativa encontrada à resolutiva dos conflitos psíquicos em que os sujeitos, não tendo recursos lógicos previamente inscritos, encontram na relação com este objeto um lugar possível a felicitar-se, posto que, “a droga é a felicidade, [...] apesar da camada de sofrimento que pode acompanhar a demanda do toxicômano [...]. O toxicômano consegue essa façanha inédita de colocar a satisfação sobre um objeto inanimado, tornando-o vivo tratando-o como se ele fosse uma pessoa”. (FREDÁ, 1996)

Romper com este lugar de fazer-se um com o objeto é o que se aposta nesta clínica; poder ultrapassar a fala que se reduz ao predicado “sou toxicômano”, o ato imediatista, configurando-se em outros possíveis, passível de ser gregário, qualificando a dinâmica de sua existência. Aposta-se na alternância dos recursos terapêuticos que ampliem o repertório lógico de resolutiva dos conflitos existenciais e oportunizem a saída deste lugar de um, multiplicando as possibilidades de fazer-se com outros mais.

Segundo Freda (1996), esta passagem é fundamental e leva em parte um nome: sublimação.² A sublimação se reporta a uma mudança de direção na relação estabelecida com o objeto droga, podendo, então, o sujeito satisfazer-se com outros objetos, conectando-se a outras metas menos imediatistas, inserindo-se em um contexto compartilhável.

Ainda, segundo Freda (1996), esta passagem à sublimação se acompanha dessa pequena gota que é a intencionalidade do sujeito e da possibilidade de escolha que só se processa nos seres falantes, pois estes podem se dar razão, saber de si.

Saber de si implica um processo a partir de um lugar que propicie condições suficientes de acolhimento do sujeito, de suas razões e de não razões. É pela experiência de autorização que ele pode se questionar sobre este lugar de ser um e se dar novos atributos, a partir de um ponto de vista crítico, refazendo seu lugar com outros mais.

O PROCESSO

*Aguardaremos brincaremos no regato
Até que nos tragam frutos teu amor, teu coração.*

Tudo o que nos escapa à razão e repercute em angústia demanda uma forma de posicionamento diante do que, então inexplicável e insuportável, continua a ser na experiência. Os movimentos nem sempre são lineares, seja para aplacar, superar ou lidar com o que ainda não pôde ser dito; busca-se por registros em experiências anteriores, pelo novo, pela droga ou, inevitavelmente, por um Outro que, supostamente, possa responder por nossos anseios. E, quando se faz necessário dizer sobre aquilo que ainda não se nomeia, se faz em demanda, por se acolher, por se responder, por poder de outro lugar se nomear.

Na clínica das toxicomanias é este Outro na figura do saber institucional o depositário das expectativas daquele que demanda e o toxicômano o faz bem, neste sentido, apresenta-nos a resposta de uma questão ainda não formulada, sendo necessária, portanto, “[...] a passagem

2 “Sublimação: processo postulado por Freud para explicar atividades humanas sem qualquer relação aparente com a sexualidade, mas que encontrariam o seu elemento propulsor na força da pulsão sexual. Freud descreveu como atividade de sublimação principalmente a atividade artística e a investigação intelectual. Diz-se que a pulsão é sublimada na medida em que é derivada para um novo objetivo não sexual e em que visa objetos socialmente valorizados”. (LAPLANCHE; PONTALIS, 2001, p. 495)

da demanda do tratamento ao tratamento da demanda” possibilitando dar um lugar a singularidade do sujeito. (COGUS; FREDÁ; REPELLIN, 1989, p. 58-59)

Nas toxicomanias, “[...] os toxicômanos procuram a instituição, isto é, um local especializado. A instituição produz um sistema de sinais para os quais o toxicômano se endereça, enquanto signo da definição do Outro” (COGUS; FREDÁ; REPELLIN, 1989, p. 57); a este movimento nos interessa captar o significante de transferência do usuário com a instituição “por que aqui?”, e as motivações deste tempo de escolha, do “por que agora?”.

Esta possibilidade se fará a partir do primeiro encontro, do acolhimento que se faça do sujeito, de suas expectativas, que lhe possibilite um lugar para estar fora da leitura do universal do fenômeno das drogas, que o considere enquanto singular e que neste se possa, “[...] identificar os elementos, e a falta deles, os pontos de ancoragem entre o indivíduo e a droga, buscando assim um diagnóstico situacional que possibilite traçar uma primeira direção do que virá, em seguida, a se estabelecer como plano terapêutico”. (RÊGO, 2009, p. 209)

Põe-se assim, a primeira possibilidade de deslocamento: ao acolher-se a questão da droga, faz-se uma aposta na possibilidade de o sujeito (re)formulá-la, “[...] da droga ao fazer de cada um” (RÊGO, 2009, p. 210) e, ao apoiarmo-nos no tripé meio sociocultural–produto–indivíduo enquanto referencial possibilita-se, ainda, segundo Rêgo (2009), um segundo deslocamento: ao trazer sua história pessoal, as funções da droga e as diferentes posições assumidas frente ao seu consumo, desloca-se da posição do ser apenas toxicômano, mas de um que se faz em histórias, “[...] com seus avatares, que passa por necessidades e contingências”. (RÊGO, 2009, p. 210) A partir destas (re)construções, de lugares, histórias e posicionamentos que se darão não mais ao imperativo da droga, mas irá se processar a partir de escolhas.

A CLÍNICA DO SUJEITO

*Abacateiro teu recolhimento é justamente
O significado da palavra temporão
Enquanto o tempo não trouxer teu abacate
Amanhecerá tomate e anoitecerá mamão.*

O curto circuito que revela a forma de ser de um sujeito e, ao ser questionado, o desvela, possibilitando-o fazer outros circuitos um tanto mais amplos, um pouco menos curtos, representa assim o que nomeamos deslocamento: “[...] a separação entre o ser e o fazer”, a possibilidade do “[...] questionamento sobre seus modos de resposta e de estar no mundo”. (RÊGO, 2009, p. 216)

Mas, como criar espaços nesta clínica que se façam favoráveis ao questionamento se estes sujeitos se apresentam em completude com a droga? Se, ao falarem de si, entram no automático e falam da droga? Estas interrogações nos remetem à clínica do sujeito, ao que lhe é particular desta relação. Nesta clínica, em alguns casos, a separação entre um e outro (a droga) se dá na inserção de elementos que possibilitam uma abertura para a busca do singular. Será no contato com Outros, no se deixar tocar pelo olhar do outro, na possibilidade de falar desta relação de um, que ressoarão outros possíveis discursos – os de si, os dos outros e daquilo que se repercute deste encontro.

Entretanto, não é sem razão que se faz um com a droga e, às vezes, muitas vezes, se separar disto é extremamente ameaçador. Assim, algo deve ser tecido, não como uma tessitura qualquer, pois, como a renda, isso se rasga com facilidade, é frágil, necessita, pois, de expedientes imaginários que o sustente.

Se, nas palavras, sentidos são dados apenas à relação com o produto droga, é preciso disponibilizar recursos outros que lhes permitam explorar e experimentar novos modos de conexão com o cotidiano e seus componentes, resgatando o potencial latente às formas de expressão, comunicação e vínculo com o social. A palavra é, sim, fundamental, mas faz apelo ao simbólico e é justamente isto que lhes faz mancar. O toxicômano, verdadeiro toxicômano, tem um simbólico que manca. Pertinente à metáfora da bengala imaginária.

As oficinas de arte e expressão enquanto recurso terapêutico, caracterizadas como espaço para trocas, para o fazer conjunto, para a ressonância de estar em grupo, de repercutir no discurso de outros, de se enlaçar nas relações possíveis, através de atividades grupais, lú-

dicas, teatrais, plásticas, produtivas, laborais, dentre outras, “[...] facilitam uma descarga catártica, estimulam a expressão de conteúdos não simbolizados e, também, a construção de ‘vazios’ que possibilitam o deslocamento entre o indivíduo e a droga”. (RÊGO, 2009, p. 215)

É importante destacar que, mesmo com a gama de possibilidades instrumentais a comporem estas oficinas, é imprescindível que a escolha da atividade a ser ofertada seja condizente com a história de vida do sujeito, que, desde o encaminhamento, algo possa se processar seja para apontar para o desejo seja como modo do terapeuta o autorizar, lhe dizer do que pensa lhe ser possível.

O processo de realização das oficinas deve dar conta de oportunizar experiências aos sentidos; que a atividade possa incitar a aproximação do corpo, nas suas mais variadas formas, sejam visuais, olfativas, gustativas, auditivas, táteis, e os faça pulsar; que o sujeito, ao produzir, se torne autor e que, ao se separar do seu produto, em uma ação que evoque o contentamento da experiência da criação, se reconheça fora. Assim, ao decodificar sua obra em palavras, lhe será possível atribuir sentido, pois fez parte de uma construção que lhe é significativa; o produto não é apenas signo, passível a significar, é signo na medida em que o agente da ação lhe atribui sentido e, ao mesmo tempo, ao lhe atribuir sentido, se reconhece autor, autorização...

Temos, então, a “[...] constituição de um espaço terceiro, na relação dual que se estabelece o sujeito e a droga, favorecendo o deslocamento desse sujeito em relação ao produto de consumo” (TAVARES, 1997 p. 5), espaços de criação e expressão que possibilitam a mudança da posição subjetiva, a partir da elaboração objetiva de outros significantes. O sujeito se vê a (re)criar possibilidades outras, inclusive nos laços do social.

Este processo, entretanto, não pode ser simplista, dado apenas à oferta de um espaço para estar e ocupar tempo sem droga. Precisa ser mediado pela ação profissional, tanto institucional quanto dos atores que intervêm nesta clínica e dão a direção. “Espaço é um lugar de movimento com direção” (informação verbal).³ Caso contrário, bastaria ao toxicômano sua capacidade criativa inata de poder experimentar diferentes formas da utilização de uma mesma substância psicoativa, na busca das mais variadas formas de sensação, a sua inventiva capacidade de fazê-la em diversos locais e situações, além da variedade dos conteúdos

3 RÊGO, Salvador, em setembro de 2013.

discursivos a justificar este ato, para lhe caber a noção de ser criador e engenhoso com seu tempo.

Além disto, não cabe às oficinas descobrir “novos talentos”, mesmo que, eventualmente, isto ocorra, mas investir no potencial criador de cada sujeito, permitindo que se apropriem de elementos que, muitas vezes, usam inconscientemente, que poderão ser usados de forma mais produtiva na sua vida cotidiana, na construção de projetos pessoais e de relações sociais.

Nesta perspectiva, o espaço terceiro institucional, vivido e transicional “[...] ao tempo em que instaura uma lei, uma borda, vislumbra o deslizamento simbólico [...], visa promover, pelo viés da criação, os laços sociais rompidos pela identificação brutal com o produto”. (TAVARES, 1997, p. 6)

Será, então, pelo fazer com outros que se promoverá esta possibilidade da inscrição simbólica. A construção dos recursos lógicos, até então embrutecidos em ação, agora parece passível de ser decodificado pela ação do sujeito com outro produto. Pela produção pode vir a saber de si pelo olhar do outro e questionar-se deste lugar, (re)fazendo-se a partir daquilo que fez de si.

UMA CLÍNICA QUE SE (RE)FAZ - ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

*Abacateiro, sabes ao que estou me referindo
Porque todo tamarindo tem o seu agosto azedo
Cedo, antes que o janeiro doce manga venha ser
também
Abacateiro serás meu parceiro solitário
Nesse itinerário da leveza pelo ar.*

Ao utilizarmos referenciais que se relacionam com o que é próprio ao sujeito, em que o produto elaborado em uma oficina possa contar de sua história, reconhecemos neste processo o potencial a se criar futuro. Por outro lado, a clínica se faz e se refaz no presente e os elementos deste dispositivo devem propiciar o vislumbre do devir. É este o tempo do verbo tanto para as terapêuticas ofertadas quanto para os beneficiários destas. Trata-se de uma clínica em mutação, que se permita experimentar o propósito de suas terapêuticas, que questione seu lugar e refaça seus significantes, tal qual se propõe aos sujeitos que a ela se apresentam.

Quando um sujeito busca o olhar institucional, aposta no encontro de se possibilitar; quando é o olhar do outro quem direciona o caminho a ser seguido, as escolhas não se processam, não significam para aquele que a desenvolve, podendo, assim, o institucional transfigurar-se no objeto da adesividade do toxicômano. Ele descola da droga e se cola à instituição, a uma estratégia ou, mesmo, a uma intervenção.

Quando o sujeito se encontra no olhar do outro e este lhe dá um lugar, é possível, então, fazer escolhas, olhar que projeta no sujeito algo que vai além do que ainda se apresenta e lhe permite que o resultante da elaboração nos espaços de criação se projete nas ações concretas do cotidiano, possibilitando que o deslocamento de um com a droga se faça multiplicar nas relações com o social, em tempo de ser, no espaço de estar.

Quando falamos de autonomia, participação e inserção social, dizemos sobre a apropriação dos resultantes de escolhas, em que o sujeito possa escolher os lugares aonde ir, dormir, gozar ou, ainda, viajar e filosofar sobre a vida que se foi ou a que virá, mas, sobretudo, sabendo do hoje, do que ainda pode ser mais, mais de um. Saber de suas razões. Onde no contexto se insere, se permite estar, gritar, lembrar-se dos cantores do rádio, da natureza, das origens, dando espaço ao que não se muda, mas sabe adaptar, podendo, então, escolher, esta sim, onde o deslocamento se faz.

POSSIBILITANDO NOVOS FAZERES

*Abacateiro saiba que na refazenda
Tu me ensina a fazer renda que eu te ensino a namorar
Refazendo tudo
Refazenda
Refazenda toda
Guariroba*

Possibilitar novos fazeres, espaços para o vazio, dos enlaces da tessitura das relações, dos orifícios e desenhos que se fazem renda, dos espaços de simbólico, refazenda, a esta então, nos propomos, considerando-a então enquanto “[...] estratégias que ampliam a dimensão do fazer, estendendo-os a outros modos de satisfação, multiplicando-os, através de oficinas ou recursos extra- institucionais, oferecendo a possibilidade de outros atos, além do de se drogar”. (RÊGO et al., 2009, p. 229)

Este pressuposto nos auxilia na clínica das toxicomanias, a compreensão do ato do toxicômano em que o verbo não faz, simplesmente é. Ao nomear-se objeto um com a droga, eu sou toxicômano, o sujeito se furta não só do questionamento de seu fazer, mas das possibilidades de falar de si, de se dar ao sentido, de se prestar à razão e se emprestar à significação de sua história.

Infere-se que a clínica das toxicomanias deva possibilitar a construção de novos verbos, transformar o ser em verbos de ação, promovendo fazeres que favoreçam a interrogação, seja por intervenção individual, seja por estratégias grupais, sobre o lugar em que se posiciona o sujeito, colaborando para a “[...] desconstrução da identificação maciça com o ‘eu sou toxicômano’, ampliando a construção de outras identifi-cações e possibilitando a inclusão de novos fazeres” como também reor-ganizando “[...] os espaços simbólico e discursivo, reordenando os laços do indivíduo com o mundo”. (RÊGO, 2009, p. 218)

Do fazer alienado ao fazer significante, precisamos, no fazer da clínica, dos diversos fazeres profissionais, cada qual na sua função, mas todos na mesma direção, possibilitando ao sujeito usuário refazer aquilo que já se sabe, mas que se refaz ao se saber.

Ao escolhermos o recurso poético da música “Refazenda” para de-linear esta produção, rendemo-nos à sublimação, contornando nosso objeto de satisfação – a produção de conhecimento –, fizemo-lo de modo a nos aproximar das intervenções da clínica das toxicomanias, simboli-zando o que da teoria pudesse ser transposto na prática, reconstruindo espaço e tempo que se permita refazer, possibilitando refazenda com outros mais, seja o pato ou o leão.

Sendo objeto, tanto o toxicômano quanto nós mediadores e inven-tores na clínica, passivos a sermos azedo ou doce, se respeita o tempo de aflorar, nem sempre são os frutos que se colhem, por vezes, apenas se permite brincar no regato. Será com o estabelecimento do vínculo e a leveza a seguir o itinerário que se fará o contorno deste espaço que se inscreve em laços e rendas. O toxicômano se, em momentos, enraíza, por vezes, não se sustenta, essencial é que na refazenda, tu me ensina a fazer renda, que eu te ensino a namorar... e, para ambos, são neces-sários tempo e investimento.

REFERÊNCIAS

- COGUS, J. C.; FREDA, F. H.; REPELLIN, J. *Algumas considerações sobre uma clínica psicanalítica em uma instituição especializada*. Paris: GRETA, 1989.
- FREDA, F. H. Da droga ao inconsciente. In: JORNADA DO CENTRO MINEIRO DE TOXICOMANIA, 9., 1996, Belo Horizonte. *Anais...* Belo Horizonte: Fhemig, 1996. Disponível em: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:7msZLqHO1_QJ:ftp://200.198.51.106/pub/j0914.doc+da+droga+ao+inconsciente&cd=1&hl=ptBR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 27 jun. 2013.
- FREDA, F. H. Da solução ao sintoma. In: CONFERÊNCIA DE HUGO FREDA, 18., 1988, La Plata. *Anais...* La Plata, ARG, 1988. Texto estabelecido por Maria Inês Lodi.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- MIRANDA, M. L. et al. As toxicomanias, a angústia e o campo do outro: estratégias de tratamento. In: ENCONTRO AMERICANO DO CAMPO FREUDIANO, 2., 2003, Buenos Aires. *Anais...* Buenos Aires, 2003. p. 37-43.
- MOREIRA, R. Gilberto Gil. *Assim de recortes*, abr. 2012. Disponível em: <<http://assimderecortes.blogspot.com.br/2012/04/gilberto-gil.html>>. Acesso em: 25 jun. 2013.
- MOTTA, M. F. *Espaço vivido/ espaço pensado: o lugar e o caminho*. 2003. Dissertação (Mestrado em Geografia) – Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.
- MOTTA, V. Um modelo de supervisão. *Cadernos do CETAD - Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas*, Salvador, v. 1, n. 1, out./mar. 1997.
- OSTROWER, F. *Criatividade e processo de criação*. Rio de Janeiro: Vozes, 1983.
- RÊGO, M. Toxicomania: movimentos de uma clínica. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009a. p. 207-220.
- RÊGO, M. et al. As estratégias clínicas numa instituição para toxicômanos. In: NERY FILHO, A. et al. *Toxicomanias: incidências clínicas e socioantropológicas*. Salvador: EDUFBA, 2009b.
- ROCHA, S. A. Geografia humanista: história, conceito e o uso da paisagem percebida como perspectiva de estudo. *RA'EGA- O Espaço Geográfico em Análise*, Curitiba, n. 13, p. 19-27, 2007. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/raega/article/viewArticle/7670>>. Acesso em: 12 jun. 2013.
- TAVARES, L. A. Espaço de Convivência: uma estratégia possível. *Cadernos do CETAD*, Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, Salvador, v. 1, n. 1, out./mar. 1997.

SOBRE OS AUTORES

ALBA RIVA BRITO DE ALMEIDA

Psicanalista. Doutora em Saúde Pública do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Mestre em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

ALINE DE OLIVEIRA COSTA

Psicóloga pela Universidade Estadual Paulista (UNESP). Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Ruy Barbosa e Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Mestre em Saúde Coletiva pelo Instituto Federal Fluminense da Fundação Oswaldo Cruz (IFF/FIOCRUZ). Assessora Técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde.

ANDRÉ BOMFIM DIAS

Psicólogo. Equipe de Saúde Mental – DSPL. Hospital Especializado Lopes Rodrigues (HELRL).

ANTONIO NERY ALVES FILHO

Médico pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Medicina e Saúde pela UFBA. Doutor em Sociologie et Sciences Sociales pela Université Lumière Lyon 2. Professor associado III da UFBA, professor da Faculdade Ruy Barbosa e associado do Grupo Interdisciplinar de Estudos Sobre Substâncias Psicoativas. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Dependências Químicas, Ética e Saúde e Bioética.

CAMILE BATISTA CABRAL

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Saúde Mental pela Faculdade Ruy Barbosa. Especialista em Atenção Integral ao Uso e aos Usuários de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

CIRO FREDERICO ARÃO DA SILVA OLIVEIRA

Psicólogo pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Psicólogo do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (CETAD/UFBA). Especialização em Psicopatologia Clínica pela Universidade Castelo Branco (UCB). Especialização em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo CETAD/UFBA. Mestrado em Antropologia no Programa de Pós-graduação em Antropologia (PPGA/UFBA).

DANIELA DUARTE LIMA

Psicóloga. Especialista em Atenção integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

DANIELE SANTOS GONÇALVES

Psicóloga pela Universidade Salvador (UNIFACS). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

EDWARD MACRAE

Professor associado da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e pesquisador associado do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA).

Doutor em Antropologia Social pela Universidade de São Paulo (USP). Mestre em Sociologia da América Latina pela Essex University (Reino Unido). Bacharel em Psicologia Social pela University of Sussex (Reino Unido).

ELICARLOS COUTINHO DE OLIVEIRA

Psicólogo. Especialista na Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

FABÍOLA MENDES DE ANDRADE

Terapeuta Ocupacional. Especialista em Atenção integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

GABRIEL PAMPONET

Psicólogo. Psicanalista. Especialista em Atenção integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA) e especialista em Teoria da Clínica Psicanalítica pelo Instituto de Psicologia (IPS/UFBA).

GILMARO NOGUEIRA

Psicólogo. Pós-graduado em Estudos Culturais, História e Linguagens pelo Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE). Tem especialização em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Mestre em Cultura e Sociedade (UFBA). Docente da Faculdade Ruy Barbosa - Devry Brasil.

GUSTAVO CARIBÉ

Psicólogo. Especialista em Dependência Química e em Atenção Integral aos Usuários de Substâncias Psicoativas. Professor titular da Faculdade Maurício de Nassau Salvador. Membro do International Center for Science in Drug Policy, pesquisador do Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental (LEV) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal da Bahia (IPS/UFBA) e membro da Associação Brasileira de Estudos Sobre Substâncias Psicoativas (Abesup). Pesquisador da Rede de Pesquisa sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Alcool e Outras Drogas do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJ).

IVAN FARIAS BARRETO

Psicólogo. Mestre em Antropologia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Membro do Grupo Interdisciplinar de Estudo sobre Substâncias Psicoativas (GIESP) e do Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (NEIP).

JOÃO SAMPAIO MARTINS

Psicólogo. Mestre em Psicologia Social pela Universidade Federal de Sergipe (UFS).

JOSÉ CARLOS OLIVEIRA CHAVES

Antropólogo. Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia (UFBA).

LILIA OLIVEIRA DE ARAÚJO

Socióloga. Licenciada em Ciências Sociais pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia (FFCH/UFBA). Especialista em Gestão de Serviços Básicos de Saúde pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA), especialista em Atenção Integral

aos Usos e Usuários de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA), docente e supervisora de Estágio, Pesquisa e Campo no Centro de Convivência Irmã Dulce dos Pobres. Tem atuação em Redução de Danos desde 1995 (CETAD e Aliança de Redução de Danos/UFBA).

LILIANA DA ESCOSSIA

Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal de Sergipe (UFS).

LUANA DOURADO FIGUEIRA

Psicóloga. Tem especialização em Experto Universitário en Intervención Psicosocial (Universidad de Sevilla - Espanha). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Mestre em Máster Proprio en Terapia Familiar y de Sistemas (Universidad de Sevilla - Espanha). Atuação em Psicologia Clínica.

LUOMILA CERQUEIRA CORREIA

Professora adjunta na Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Coordenadora do Grupo de Pesquisa e Extensão Loucura e Cidadania. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde Mental e Direitos Humanos da UFPB. Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Direito da Universidade de Brasília (UnB).

LUIZ ALBERTO TAVARES

Psiquiatra, psicanalista. Residência em Psiquiatria Hospital Universitário Prof. Edgard Santos da Universidade Federal da Bahia (HUPES/UFBA). Tem especialização em Psicopatologia da Infância e Adolescência pela Universidade Paris Nord – França. Coordenador do Conselho

Editorial do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA). Docente e orientador do curso de Pós-graduação *lato sensu* “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas” do Cetad/UFBA. Membro do Espaço Möebius Psicanálise.

LUZIA VILMA DELGADO

Nutricionista pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Mestre em Alimentos, Nutrição e Saúde pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Tem especialização em Pedagogia Social (Faculdade São Luís de França, Aracaju) e em Gestão em Saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ). Professora de Nutrição em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Recôncavo Baiano (UFRB).

MARIA EUGENIA NUÑEZ

Psicóloga. Psicanalista. Mestre em Saúde Mental pela Universidad Nacional Entre Rios (UNER – Argentina). Coordenadora técnica da pós-graduação – especialização *lato sensu* “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas” do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

MARLIZE REGO

Psicóloga. Psicanalista. Mestra em Filosofia pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Professora do curso de pós-graduação *lato sensu* “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas” do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA).

MÔNICA COUTINHO CERQUEIRA LIMA

Socióloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Mestre em Saúde Comunitária pelo Instituto de Saúde Coletiva (ISC/UFBA). Docente e coordenadora pedagógica do curso de pós-graduação *lato sensu* “Atenção integral ao consumo e aos consumidores de substâncias psicoativas” do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA).

MÔNICA DE OLIVEIRA NUNES

Médica psiquiatra. PhD em Antropologia, professora associada III do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA), coordenadora do Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (Nisam) e membro da Comissão de Ciências Sociais e Humanas da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).

MAIRLA MACHADO PROTÁZIO

Mestre em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

MICHELLE DOS SANTOS CAMPOS

Terapeuta Ocupacional pela Fundação Bahiana para o Desenvolvimento das Ciências, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Especialista em Saúde Mental Coletiva pela pós-graduação Faculdade Ruy Barbosa.

PATRÍCIA MAIA VON FLACH

Graduada em Psicologia pela Faculdade Ruy Barbosa e em Serviço Social pela Universidade Católica do Salvador (UCSal). Mestre em Saúde Comunitária e doutoranda em Saúde Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (ISC/UFBA). Trabalha na Clínica do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/

UFBA). Consultora Técnica do Portal Aberta da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas da Universidade Federal de Santa Catarina (SENAD/UFSC).

RENATA DA SILVA RAIOL

Psicóloga. Psicanalista. Sanitarista. Correspondente do Campo Psicanalítico Ilhéus-Itabuna. Especialista em Saúde Mental.

ROSÂNGELA SOARES BOARETTO

Graduada em Educação Artística com habilitação em licenciatura e bacharelado pela Universidade Católica de Salvador (UCSal). Mestranda em Artes Visuais pela Programa de Pós-graduação em Artes Visuais da Universidade Federal da Bahia (PPGAV/UFBA). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA).

SELMA VIANA LESSA

Terapeuta Ocupacional formada pela Fundação Bahiana para Desenvolvimento das Ciências da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública (FBDC/EBMSP) (2003). Atua no Hospital Geral do Estado (HGE/SESAB) e como Apoiadora Institucional de Saúde Mental no Distrito Sanitário de São Caetano-Valéria pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador (BA). Especialista em Saúde Pública e da Família – pela Faculdade de Administração e Negócios de Sergipe (Fanese) (2008). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

SÉRGIO NASCIMENTO S. TRAD

Tem doutorado em Antropologia da Medicina (Universidade Rovira i Virgili - Espanha). Pós-doutorado em Saúde, Ambiente e Trabalho pela

Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia (FAMED/UFBA).

SUELI ARÃO

Psicóloga. Especialista em Atenção aos Usos e Usuários de Substâncias Psicoativas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA). Especialista em Saúde Mental com ênfase na Atenção Básica pela Universidade Católica de Salvador (UCSal). Técnica do Instituto Viva Infância.

TATIANA LACERDA MEDEIROS

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Mental pela Universidade do Estado da Bahia (UNEB). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA).

TERESA PAULA COSTA

Psicóloga pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). Especialista em Atenção Integral ao Consumo e Consumidores de Álcool e outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (Cetad/UFBA). Especialista em Saúde Mental e Atenção Básica pela Faculdade Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Coordenadora Municipal da Atenção Psicossocial Especializada de Salvador.

THAIS CERQUEIRA COSTA

Terapeuta Ocupacional, especialista em Atenção Integral ao Consumo e aos Consumidores de Álcool e Outras Drogas pelo Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas da Universidade Federal da Bahia (Cetad/UFBA).

COLOFÃO

Formato	<i>17 x 25 cm</i>
Tipologia	<i>Bookman Oldstyle / Holstein</i>
Papel	<i>Alcalino 75 g/m² (miolo) Cartão Supremo 300 g/m² (capa)</i>
Impressão	<i>EDUFBA</i>
Capa e Acabamento	<i>Cartograf</i>
Tiragem	<i>400</i>



ISBN 978-85-232-1758-7



9 788523 217587