



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

CALIANDRA MACHADO PINHEIRO

**DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRALIDADE: TRAMAS TECIDAS NA
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS COM EXPERIÊNCIA DE USO
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.**

SALVADOR
2017

CALIANDRA MACHADO PINHEIRO

DESINSTITUCIONALIZAÇÃO E INTEGRALIDADE: TRAMAS TECIDAS NA
CONSTRUÇÃO DO CUIDADO DE PESSOAS COM EXPERIÊNCIA DE USO
PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, área de concentração Ciências Sociais em Saúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté.

SALVADOR
2017

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

P654d

Pinheiro, Caliandra Machado.

Desinstitucionalização e integralidade: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas / Caliandra Machado Pinheiro. -- Salvador: C.M.Pinheiro, 2017.

182 f.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Oliveira Nunes.

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

1. Substancias Psicoativas. 2. Integralidade. 3. Desinstitucionalização. 4. Saúde Mental. I. Título.

CDU 616.89



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

CALIANDRA MACHADO PINHEIRO

Desinstitucionalização e Integralidade: tramas tecidas na construção do cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas.

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 09 de maio de 2017

Banca Examinadora:

Prof. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté – ISC/UFBA

Prof. Yeimi Alexandra Alzaté López – ISC/UFBA

Prof. Vânia Sampaio Alves – UFRB

Prof. Tatiana Engel Gerhardt – UFRGS

Salvador
2017

AGRADECIMENTOS

Escolhi para essa dissertação uma metáfora que me surgiu enquanto escrevia os resultados da pesquisa, percebi no percurso da escrita que eu contava histórias do Cuidado e que, por mais que estas histórias tivessem protagonistas, eram histórias escritas, tecidas (aproveitando aqui também a ideia de “tecer” um enredo ou um tecido), a muitas mãos. Também esse mestrado, que aqui encerra mais uma etapa, foi uma história escrita a muitas mãos. A estas mãos essenciais e preciosas, quero demonstrar minha enorme gratidão:

Em primeiro lugar gostaria de agradecer a Agnaldo, Matias, Alma, e Mara. Nada disso aqui seria construído sem o maior presente que vocês poderiam me dar, a disponibilidade de contar suas histórias.

Agradeço à Grande Força que rege o Universo, dela tudo se gera e tudo a ela retorna. Agradeço imensamente pelo cuidado e pela orientação oferecidos pelos teus espíritos de luz que são a expressão de Tua generosidade e abundância!

Agradeço à minha mãe, matriz e sustentáculo dos meus voos, sem ela não seria possível decolar em busca dos meus sonhos. E ao meu pai, que fez dos estudos um trampolim para os seus sonhos, me ensinando que estudar é também acreditar em si e na nossa capacidade de superação. Meus professores mais queridos!

Agradeço a toda minha família, atual e ancestral, pelos cuidados e pelos ensinamentos. Nascer em Uibaí, interior da Bahia, quer dizer não só ser sertaneja, mas também ser filha de uma terra onde o livro é instrumento de luta por dias melhores.

Agradeço também à minha família de escolha, minha família espiritual, Josele Ávila, André Bonfim e Patrícia Peixinho, sem o cuidado de vocês, sei não como seria...

Agradeço à minha querida orientadora, Mônica Nunes, por ter apostado em mim, pelas preciosas orientações, e pela compreensão nos momentos de aperto. Como também a todo o grupo do NISAM, pelo compartilhamento de conhecimentos, e por todo apoio acadêmico e emocional. Em especial à Clarice Moreira e Jarlan Miranda, valeu pela parceria!

Agradeço a duas pessoas que foram as minhas madrinhas de entrada nesse mestrado, Mirian Gracie Plena e Zuneide Dantas. Vocês abriram os caminhos!

Agradeço a todos os meus amigos, em especial Clotildes Sousa, Wellington Moreira Jr., Carolina Dórea e Caroline Santana, pelo cuidado, suporte e paciência. Ao meu “hermano” Flávio Dantas, fonte de inspiração. Às minhas queridas Luluzinhas, amigas de infância, de hoje e de sempre, em especial à Jussara Alencar e ao seu esposo Nelson

Simões. Aos meus amigos de Santa Teresa e do Fit Studio, que me fizeram descobrir que fazer pilates é cuidado essencial em saúde mental. E à minha mestra do ayurveda Damar Marvid, pelo cuidado integrativo nesta reta final.

Agradeço a toda equipe do CAPS AD Pernambués e da Área Técnica de Saúde Mental da SESAB, meus queridos companheiros de labuta, por todo o apoio, incentivo e compartilhamentos. À Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde da Prefeitura Municipal de Salvador, na pessoa de Tereza Paula Costa, pelos turnos cedidos para a participação na pesquisa. Como também às queridas Liana Figueirêdo e Liliane Mascarenhas, da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, por toda a força para que eu conseguisse minha licença para estes dois anos de aprendizado.

Agradeço ao Instituto de Saúde Coletiva da UFBA pela oportunidade de ingressar e vivenciar este curso, em especial aos professores e colegas por toda a riqueza de conhecimentos adquirida, e pelo compartilhamento de alegrias e aperreios, chegamos juntos até aqui! Como também à Secretaria da Pós na pessoa da querida Anunciação Dias, por toda a disponibilidade em resolver nossos pepinos e tirar nossas dúvidas.

Agradeço às professoras Vânia Sampaio Alves, Yeimi Alexandra Alzate Lòpez e Sérgio Alarcon pelas preciosas contribuições no exame de qualificação. E à professora Tatiana Engel Gerhardt por aceitar nosso convite para a defesa.

Por fim, deixo aqui meus agradecimentos e minha homenagem ao querido professor Marcus Vinícius de Oliveira (in memoriam) pelas sementes plantadas em meu ser desde a graduação em Psicologia. Suas lições sobre o Cuidado estão por toda parte desse trabalho. “Marcus, presente!”

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)
Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD)
Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD)
Comunidade Terapêutica (CT)
Conselho Nacional de Saúde (CNS)
Clínicas Particulares (CP)
Consultório de Rua (CR)
Comunidade Terapêutica (CT)
Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT)
Hospital Psiquiátrico (HP)
Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS (IEPAS)
Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS)
Ministério da Saúde (MS)
Organização Não Governamental (ONG)
Programa “De Braços Abertos” (DBA)
Programa de Orientação e Atendimentos a Dependentes (PROAD)
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)
Redução de Danos (RD).
Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB)
Resolução da Diretoria Colegiada (RDC)
Scientific Electronic Library Online (SCIELO)
Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica (MEDLINE)
Sistema Único de Saúde (SUS)
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Unidade de Acolhimento (UA)
Vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH)

RESUMO

A Reforma Psiquiátrica ancora-se no resgate da cidadania das pessoas com sofrimento psíquico e na proposta de construção de uma rede ampliada de cuidados em saúde mental. Desta forma, as ações de desinstitucionalização devem se concretizar mediante o cuidado integral e a reinserção destes sujeitos no espaço social. No que se refere às pessoas com experiência de uso problemático de substâncias psicoativas, o desafio da desinstitucionalização ganha ainda diferentes matizes, devido à complexidade do fenômeno do uso de substâncias e seus aspectos jurídicos e sociais. Neste sentido, este trabalho tem como objetivo estudar a trajetória de pessoas com histórico de uso problemático de substâncias psicoativas de modo a analisar a integralidade do cuidado em seus itinerários terapêuticos como um operador de desinstitucionalização em saúde mental. Neste trabalho foram reconstruídas as trajetórias de quatro pessoas a partir de um referencial qualitativo de cunho etnográfico, com o uso do método da História de Vida e de elementos da Observação Participante. A análise dos dados se pautou numa perspectiva hermenêutica crítica e reflexiva das narrativas e das práticas cotidianas, tendo como norte teórico a fenomenologia e a construção social da realidade, como também conceitos em torno da cotidianidade, como as “maneiras de fazer” em Certeau, e as “trajetórias sociais” em Bourdieu. Os resultados apontaram para uma construção do cuidado feita a partir da articulação entre o modo como as pessoas “costuraram” as redes formais e informais e a maneira como estas redes interferiram na trajetória destes sujeitos, incluindo a disponibilidade e a qualidade dos recursos dessa rede. Para realizar tal “costura”, os sujeitos utilizaram “táticas” de modo a explorar os recursos das redes de modo diverso e singular. Dessa forma, as redes em si não determinaram a construção dos itinerários terapêuticos. Estas “táticas” podem ser potencializadas por estratégias de cuidado que levem em conta sua existência e seus modos de operar. Em termos da rede de saúde mental, foi possível observar que o funcionamento das unidades de internamento estão mais afinadas aos modelos jurídico-moral e médico e mais distantes dos princípios da integralidade; enquanto os serviços substitutivos (CAPS) estão mais próximos aos modelos psicossocial e sociocultural e das ações que caminham no sentido do olhar integral. Por fim, tais resultados podem ser úteis em termos da melhoria da organização das redes e serviços de saúde e para a formulação e implementação de políticas voltadas para a atenção aos usuários de substâncias psicoativas.

Palavras-chave: substâncias psicoativas, integralidade, desinstitucionalização, saúde mental.

ABSTRACT

The Psychiatric Reform is anchored in the rescue of the citizenship of people with psychic suffering and in the proposal to build an expanded network of mental health care. In this way, the deinstitutionalization actions must materialize through the integral care and the reintegration of these subjects in the social space. As for people with experience of problematic use of psychoactive substances, the challenge of deinstitutionalization gains some other features, due to the complexity of the phenomenon of substance use and its legal and social aspects. In this sense, this study aims to study the trajectory of people with a history of problematic use of psychoactive substances in order to analyze the integrality of care in their therapeutic itineraries as a deinstitutionalization operator in mental health. In this work, the trajectories of four subjects were reconstructed from a qualitative ethnographic reference, using the Life History method and Participant Observation elements. The analysis of the data was based on a critical and reflexive hermeneutic perspective of the narratives and daily practices, taking as theoretical theorem the phenomenology and the social construction of reality, as well as concepts around daily life, such as the "ways of operating" in Certeau, and the "social trajectories" in Bourdieu. The results pointed to a construction of care based on the articulation between the way users have "sewed" the formal and informal networks and how these networks interfered in the trajectory of these subjects, including the availability and quality of the network resources. In order to accomplish such "sewings", these subjects have used "tactics" in order to exploit network resources in a diverse and unique way. Thus, the networks themselves did not determine the construction of the therapeutic itineraries. These "tactics" can be enhanced by strategies of care that take into account their existence and ways of operating. In terms of the mental health network, it was possible to observe that the functioning of the hospitalization units are more attuned to the legal-moral and medical models and more distant from the principles of integrality; while the substitutive services (CAPS) are closer to the psychosocial and sociocultural models and to the actions that move towards the integral gaze. Finally, these results can be useful in terms of improving the organization of health networks and services and in formulating and implementing policies concerned with the attention to users of psychoactive substances.

Key words: psychoactive substances, integrality, deinstitutionalization, mental health.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	10
2. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO	14
3. OBJETIVOS	14
3.1 Objetivo geral	14
3.2 Objetivos específicos	14
4. REVISÃO DE LITERATURA	15
4.1 Para não perdermos a memória: da Instituição Total à Desinstitucionalização	15
4.2 Integralidade e uso de drogas: quais os caminhos do cuidado	24
4.2.1 Integralidade, sentidos e construções rumo ao cuidado	24
4.2.2 Integralidade e saúde mental	28
4.3 Uso de substâncias psicoativas: práticas e contextos.	31
4.4 Modelos de atenção para usuários de álcool e outras drogas: caminhos já trilhados, caminhos em abertura, caminhos idealizados.	41
4.5 Itinerários Terapêuticos	56
5. QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO	61
5.1 “A construção social da realidade” por Berger e Luckmann	62
5.2 O espaço social e as práticas do cotidiano	67
5.3 Hermenêutica: uma proposta de análise para a compreensão da experiência.	72
6. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS	77
6.1 Método da História de Vida	77
6.2 Observação Participante	80
6.3 Itinerário da pesquisa	82
6.4 Integralidade do cuidado, modelos de atenção, e desinstitucionalização: uma proposta de análise dos itinerários terapêuticos.	85
7. QUESTÕES ÉTICAS	88
8. RESULTADOS E DISCUSSÃO	89
8.1 Mara, a moça que cativa com o sorriso	89
8.2 Matias, o ator que encena a tragédia	90
8.3 Agnaldo, o homem da construção	92

8.4 Alma, um ser em busca da transcendência	93
8.5 Explicações para a eclosão do problema com o uso de substâncias psicoativas	94
8.6 Aspectos relacionados à rede social informal e à vida cotidiana	96
8.6.1 A Família.....	96
8.6.1.1 A maternidade	104
8.6.2 O Trabalho	107
8.6.3 A Religião	109
8.6.4 Os Alcoólicos Anônimos	114
8.6.5 Outros aspectos relacionados à vida cotidiana: corporeidade, redes de sociabilidade, e violência	117
8.6.5.1 O Corpo.....	118
8.6.5.2 As Redes de Sociabilidade	121
8.6.5.3 A Violência	123
8.7 Aspectos relacionados à rede formal de serviços de assistência social e de saúde	125
8.7.1 Os Centros de Atenção Psicossocial	126
8.7.2 As Unidades para Internamento	130
8.7.3 O Acesso e a Organização dos Serviços	134
8.7.4 Os Profissionais.....	138
8.7.5 A Intersetorialidade e a Articulação de Rede.....	141
8.8 A construção do Cuidado: uma trama tecida a muitas mãos	143
9. CONSIDERAÇÕES FINAIS	154
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	157
ANEXO 01 – Estratégia metodológica – tópico guia/roteiro	
ANEXO 02 - Termo de consentimento livre e esclarecido.	

A maior riqueza do homem é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como sou – eu não aceito.
Não aguento ser apenas um sujeito que abre portas, que puxa válvulas, que olha o relógio, que compra pão às 6 horas da tarde, que vai lá fora, que aponta lápis, que vê a uva, etc. etc.
Perdoai.
Mas eu preciso ser Outros.
Eu penso renovar o homem usando borboletas.

Manoel de Barros, 2013, p. 61.

[...] o contrário da droga e da miséria não são a abstinência nem a pena, mas a ampliação da vida, a liberdade, o direito, o comum, o perdão e a fuga.

Lancetti, 2015, p. 24

1. APRESENTAÇÃO

Pensar o cuidado integral para os usuários de substâncias psicoativas requer levar em consideração a enorme complexidade deste fenômeno, abrangendo aspectos desde a história de uso de uma população, vulnerabilidades que podem produzir este uso, ou advir deste uso, como também as estratégias formuladas para dar conta das questões suscitadas por um uso que pode se configurar em um problema. Tais questões abrangem desde problemas de saúde, risco de precarização da vida social até discussões em torno de questões jurídicas e políticas. Alarcon (2012) utiliza o termo ‘problema-drogas’ como uma tentativa de abarcar as relações com as drogas desde os danos ao organismo até os danos relacionados às políticas antidrogas.

A humanidade faz uso de substâncias psicoativas desde os seus principais ancestrais que tinham em sua dieta herbívora o consumo de plantas psicoativas. Já neste contexto pré-histórico as substâncias psicoativas apresentavam algumas finalidades importantes para a sobrevivência, tais como os usos para o alívio de processos cerebrais, como a carência de aminoácidos essenciais à síntese de neurotransmissores, como também para o uso ritualístico e religioso. Na Antiguidade, o conhecimento sobre o consumo de substâncias psicoativas e formas de fabricação já eram bastante sofisticados. O *phármakon*, alimento utilizado durante as cerimônias, já era usado para a cura ou a morte. Neste contexto, onde o filósofo Hipócrates aparece como principal pensador sobre os processos de saúde-doença, dava-se início a uma separação entre técnicas médicas e magia no tratamento das doenças. Porém, o uso religioso de substâncias psicoativas se manteve vivo, tanto nas civilizações greco-romanas, como entre outras civilizações (egípcios, hindus, ameríndios). Na Idade Média, a fragmentação do Império Romano transformou a realidade do mundo Ocidental e a Europa passou a se organizar em feudos sob a hegemonia da moral cristã. Neste contexto, o uso de substâncias psicoativas realizado em rituais considerados pagãos foi proibido e a Igreja Católica realizou a “caça às bruxas”, em sua maior parte mulheres que dominavam o uso destas substâncias, tanto para fins medicinais como rituais (ARAÚJO e MOREIRA, 2006; ARAÚJO, 2014).

No mesmo período, alguns médicos e os alquimistas conseguiram fazer pesquisas com diversas substâncias, inclusive as que provocavam a perseguição das mulheres pagãs. Entre o fim da Idade Média e o início do Renascimento, várias

pesquisas sobre substâncias iniciadas neste período ganharam um impulso considerável com os novos produtos trazidos pelas grandes navegações e o retorno ao contato com substâncias utilizadas na Antiguidade. Esta época também é marcada por um fato inédito até o momento: substâncias psicoativas de todos os continentes circulavam pelo mundo. A partir do século XVIII, ocorre um novo impulso no desenvolvimento de experiências científicas com substâncias advindas das plantas. O amadurecimento do movimento Iluminista, somado ao desenvolvimento da anatomia patológica e da clínica médica, culminou em um impressionante montante de novos produtos introduzidos, a partir da química, nas práticas terapêuticas ao longo do século XIX. O isolamento dos compostos químicos responsáveis pelas ações das substâncias (princípios ativos) abriu as portas para o surgimento do que veio a se tornar a indústria farmacêutica. Algumas das substâncias psicoativas mais famosas desta indústria, entre o final do século XIX e o início do século XX, foram a morfina, derivada do ópio, utilizada como anestésico, como também a cocaína, utilizada largamente em xaropes, tônicos, entre outros produtos (ARAÚJO e MOREIRA, 2006; ARAÚJO, 2014; VARGAS, 2008).

O início do século XIX foi marcado por uma tolerância ao uso puramente recreativo, com uma grande disseminação de drogas como a cocaína, o ópio e a maconha. Porém, a passagem de instrumento ritual a produto de consumo deu espaço para novos padrões de uso e o surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais associados ao uso abusivo. Tal mudança deu início ao período seguinte, onde o Estado se colocou no lugar de regulador do uso destas substâncias. Entretanto, é importante destacar que não só os problemas em relação ao uso motivaram esta regulação, mas também questões políticas e sociais envolvendo a produção, o mercado e a população usuária de determinadas substâncias (no Brasil, o público-alvo eram os negros e índios) (ARAÚJO e MOREIRA, 2006). Ao longo do século XX a maior parte dos países do mundo viriam a implementar políticas sobre drogas, em sua maioria caracterizadas pela criminalização da produção, do tráfico e do uso de drogas não terapêutico, como também uma crescente ampliação do número de substâncias consideradas ilícitas (VARGAS, 2008).

Neste novo contexto da passagem do século XIX ao XX, os usos medicinal e recreativo das substâncias psicoativas começaram a revelar algumas “reações adversas”. Os problemas relacionados aos sintomas de dependência e as mortes por overdose desafiavam a medicina que ainda não conhecia modos de lidar com essa problemática.

Os tratamentos disponíveis para alcoólicos no final do século XIX envolviam atividades tais como banhos quentes de cânfora, papoula, éter, clorofórmio ou leite, chás de coca e injeções de cocaína, até mesmo o uso de sanguessugas. Normalmente tais tratamentos se davam em algum espaço de confinamento hospitalar. A medicina tomou para si a responsabilidade desse problema, mais especificamente a psiquiatria. Então, no século XX, os indivíduos passaram a ser encaminhados para os hospitais psiquiátricos de modo a retirá-los do convívio social e para que abandonassem o uso e muitas técnicas utilizadas com as pessoas internadas com transtornos mentais também foram empregadas com os usuários de substâncias psicoativas (contenção mecânica e medicamentosa, eletrochoque, isolamento em cela forte, entre outras) (ARAÚJO, 2014; PRATTA e SANTOS, 2009).

Até o início do século XX, o governo brasileiro não havia desenvolvido nenhum tipo de aparato jurídico-institucional para lidar com o uso de substâncias psicoativas. Neste período, ocorre o surgimento de políticas relacionadas à repressão do uso, enquanto o setor saúde se manteve distante por quase todo o século, com a primeira recomendação para internação em hospitais psiquiátricos a partir da década de 70. Além dos hospitais, algumas sociedades de caráter privado (Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança), e as Comunidades Terapêuticas¹, em sua maior parte de cunho religioso, eram as alternativas de tratamento para os usuários de substâncias psicoativas (BRASIL, 2003; MACHADO e MIRANDA, 2007; MEDEIROS e NUNES, 2016, no prelo). Os usuários nestas instituições têm sido tratados através do afastamento de seu ambiente social, tendo como principais instrumentos terapêuticos a contenção física e medicamentosa, as práticas disciplinares e a realização de atividades com base moral ou religiosa tendo como objetivo o alcance da abstinência. Estes tipos de tratamento têm tido sua eficácia questionada, somando-se às inúmeras violações dos direitos humanos ocorridas dentro destas instituições (ASSIS et. al., 2013).

Até os nossos dias, há no Brasil uma grande oferta de tratamento para usuários de álcool e outras drogas em ambiente fechado, como clínicas particulares e comunidades terapêuticas, ao que se acrescenta um clamor social e interesses político-econômicos de criação de novos espaços de internação para estes usuários devido ao

¹ Estas Comunidades Terapêuticas são também conhecidas como Centros de Recuperação, tendo um funcionamento bastante diferente das Comunidades Terapêuticas pautadas no movimento da Antipsiquiatria. Apesar disto, Perrone (2014) afirma que as Comunidades Terapêuticas para usuários de drogas teriam sido inspiradas nas Comunidades à época do movimento da Antipsiquiatria.

que tem sido divulgado pela mídia como “epidemia do crack”. Para a sociedade em geral, a solução para estas pessoas se conformaria sempre como a internação e o isolamento em locais fechados de tratamento, tanto para protegê-las do uso, como também para proteger a sociedade de seus atos transgressivos e produtores de violência² (ASSIS et. al. 2013).

Porém, de acordo com a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), o fechamento dos hospitais psiquiátricos e a implantação de uma rede territorial substitutiva seriam o caminho mais adequado para o cuidado de pessoas com transtorno mental e usuárias de álcool e outras drogas. A partir da Lei nº 10.216 de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, e das portarias subsequentes, um movimento de mudança do modelo assistencial começa a se consolidar no país. A Portaria nº 336 de 2002 propõe a implantação do Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), que tem como lógica de funcionamento a Redução de Danos (RD). A RD nasceu de algumas experiências exitosas no cuidado com usuários de substâncias injetáveis e de pessoas com o vírus da Imunodeficiência Adquirida (VIH, ou do inglês *Human Immunodeficiency Virus* - HIV) em algumas partes do mundo, inclusive no Brasil. Uma das portarias mais recentes sobre o cuidado para os usuários de drogas foi lançada em 23 de dezembro de 2011, a 3.088, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o objetivo de avançar na conformação de uma rede de serviços integrada e articulada, envolvendo os diversos níveis do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da variedade e mesmo da confrontação entre formas de cuidado às pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas coexistentes em nosso país, é de suma importância a construção e ampliação do conhecimento sobre as mudanças que ocorreram neste cuidado e como elas se materializaram na trajetória concreta destas pessoas. Mais particularmente, meu interesse é de compreender em que medida e de que forma o uso de diferentes formas de cuidado e as sínteses particulares que suas combinações adquirem na vida de uma pessoa contribuem, ou não, para o seu processo de desinstitucionalização. Para tanto eu vou me focalizar no conceito de integralidade do cuidado, entendendo que quanto mais este princípio é alcançado nas práticas

² Podemos mencionar aqui o aprisionamento progressivo de pessoas pobres (entre elas os usuários de substâncias psicoativas) em países como os Estados Unidos (Loïc Wacquant, 2008), e no Brasil em particular, como uma forma de intervenção que tem por base, não necessariamente questões criminais, mas problemas sociais relacionados à pobreza (Oliveira e Gonçalves, 2016).

concretas que produzem um cuidado, maior possibilidade existe de que, por seu intermédio, se enfrentem necessidades do sujeito advindas de múltiplas dimensões da vida: biológicas, psíquicas, sociais, econômicas, entre outras, e suas interconexões. Esses enfrentamentos ampliariam a possibilidade de desinstitucionalização das pessoas em uso problemático de drogas. Integralidade do cuidado aqui é concebido, portanto, como um dos operadores de desinstitucionalização, aquele operador que diz respeito mais particularmente ao campo do cuidado e das terapêuticas.

2. PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO

Como aspectos da integralidade do cuidado, presentes nos itinerários terapêuticos de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas, estão envolvidos na promoção dos seus processos de desinstitucionalização?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar itinerários terapêuticos de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas de modo a conhecer como aspectos relacionados à integralidade do cuidado estão envolvidos na promoção de seus processos de desinstitucionalização.

3.2 Objetivos Específicos

- Reconstruir os itinerários terapêuticos de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas.
- Analisar a integralidade do cuidado nos itinerários terapêuticos e nas práticas de cuidado de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas.
- Analisar dinâmicas desinstitucionalizadoras nos itinerários terapêuticos dos sujeitos associadas a aspectos de integralidade do cuidado.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Para não perdermos a memória: da Instituição Total à Desinstitucionalização

Na antiguidade, para os gregos a loucura era tida como um desequilíbrio entre os quatro humores, os fluidos corporais (bile negra, bile amarela, catarro e sangue) eram os responsáveis pela regulação do temperamento (melancólico, colérico, fleumático, etc.). Os chineses concebiam a loucura como um desequilíbrio entre as forças primordiais *yin* e *yang*, enquanto os judeus acreditavam que a loucura estava relacionada com falhas morais, ou como uma espécie de intervenção divina. Entre essas culturas a loucura poderia estar associada desde a um evento profético e de iluminação, até a um problema de marginalidade e exclusão (GILMAN, 2014). Já nesta época, apesar do cuidado se dar majoritariamente em ambiente familiar, para o segundo tipo de loucura, as intervenções terapêuticas poderiam envolver desde intervenções somáticas na busca da restauração do equilíbrio mental e físico até o confinamento em igrejas, templos, ou outros locais de importância religiosa ou espiritual (GILMAN, 2014; COHEN et. al., 2014).

Na Idade Média, a medicina islâmica, inspirada em ensinamentos médicos gregos, e tendo como foco as causas físicas das doenças mentais, deu início ao tratamento da loucura em hospitais. Não se tem certeza se já seriam hospitais exclusivos para esse tipo de tratamento; o mais provável é que tenham sido inicialmente alas de hospitais gerais, para depois se tornarem serviços independentes. Tais hospitais foram descritos como tendo uma “atmosfera de relaxamento”, com fontes e jardins, e tratamentos que incluíam sangrias, sanguessugas, uma variedade de drogas, dietas e atividades psicossociais (dança, canto, teatro, etc.). Entretanto, também era comum o uso de algemas, contenção física e a exposição dos pacientes para “diversão do público”. Estes hospitais eram destinados especialmente para os pobres, enquanto as classes mais abastadas preferiam manter o cuidado em ambiente familiar (COHEN et. al., 2014).

O tratamento para os transtornos mentais em ambiente hospitalar se expandiu pela Europa com a invasão moura da Espanha, se estabelecendo de forma mais expressiva no século XIV, com a fundação de um hospital em Granada. Há controvérsias se, de fato, dois a três séculos antes, já não haveria outras instituições para tratamento na Europa, antes destes hospitais espanhóis, que poderiam tanto ter

inspiração nos confinamentos em igrejas católicas, quanto nos hospitais islâmicos (COHEN et. al., 2014). Sobre as formas de lidar com loucura na Europa do século XV, Foucault (1972) chama a atenção para o fato de que as pessoas que não recebiam tratamento eram escoraçadas das cidades, sendo deixadas a ermo em campos distantes ou sob a guarda de mercadores, peregrinos e barqueiros. Este autor registra também que, antes da existência dos hospícios, alguns loucos já eram tratados em hospitais gerais, como no Hôtel Dieu de Paris.

De qualquer forma, essa expansão dos hospitais seguiu pela Europa e cruzou o Atlântico, atingindo as Américas em 1567, quando foi construído o primeiro hospital psiquiátrico do Ocidente, no México. Sobre tratamentos anteriores nas Américas, há poucos registros e evidências confiáveis do tipo de tratamento oferecido para as pessoas com transtornos mentais. Os astecas, maias e incas faziam uso de psicofármacos alucinógenos, banhos, sangrias, jejuns, rituais religiosos e até mesmo de trepanações, mas não é possível afirmar que essas práticas estivessem relacionadas, em algum caso, ao tratamento de doenças mentais (COHEN et. al., 2014).

Após 200 anos da instalação do hospital psiquiátrico no México, em 1773 foi construído o primeiro asilo na América do Norte, na colônia de Virgínia. A partir do século XIX, surgiram hospitais psiquiátricos privados e, mais tarde, hospitais estatais em todos os Estados Unidos. No Canadá já havia admissão hospitalar de pessoas com transtornos mentais desde 1714, mas os hospitais psiquiátricos só viriam a surgir após 1840. Em paralelo, no mesmo período, acontecia uma grande expansão dos hospitais psiquiátricos na Europa. Essa expansão também é referida por Foucault (1972) como tendo se intensificado no século XVII. De acordo com este autor nesse período teria ocorrido o que ele chamou de a “Grande Internação”, onde uma massa de pessoas, entre loucos, marginais, desempregados, camponeses em miséria foram capturados e internados. Nestes hospitais o cárcere, a correção e o castigo predominavam sobre a intenção de tratamento ou cura. Castel (1978) chama a atenção para o fato de que essa massa era tratada de forma indiferenciada nestes espaços de internamento, a disciplina interna, o poder discricionário dos administradores, e as leis do universo concentracionário, faziam destas instituições totais verdadeiras casas de correção, estando muito distante da aplicação de qualquer tecnologia hospitalar específica.

Dessa forma, o século XVII foi marcado pela coexistência de dois modos de lidar com a loucura, uma médica e outra correcional. A loucura era compreendida entre

sua forma negativa em oposição à razão, enquanto desatino, e tentativas ainda incipientes de criação de uma nosologia pelo discurso médico. A partir do século XVIII se dá a construção de um saber positivo sobre a loucura a partir da definição das perturbações que foram inicialmente chamadas de “vapores” e que se expandem durante este século sendo denominadas de “doenças dos nervos”. Neste momento a expansão dos locais de tratamento e do número de internos nestas instituições estiveram relacionadas à importância que tais “doenças” adquiriram, e começa a ocorrer uma separação entre a loucura e outras formas de desatino (FOUCAULT, 1972). Neste momento a psiquiatria começa a ganhar contornos mais precisos, e o poder médico ganha novo status sobre as questões relacionadas ao internamento, colocando sob sua subordinação os poderes jurídico, administrativo e familiar (CASTEL, 1978).

A psiquiatria se consolida no século XIX indo na contramão da medicina como um todo, para o tratamento do corpo e da alma propõe uma terapêutica sem uso de medicamentos, o tratamento moral. A loucura é diferenciada dos estados de desatino para ganhar o status de verdade do sujeito, verdade essa dominada pela psiquiatria e conformada pelas exigências de um juízo moral. Desta forma, o controle disciplinar da loucura ganha uma roupagem “científica” através da medicina, mas o objetivo central do internamento continua sendo correcional. A cura estaria na correção, no tratamento da periculosidade. Pinel foi um dos maiores representantes do tratamento moral na medicina da época (FOUCAULT, 1972).

Apesar da contínua expansão dos hospitais psiquiátricos, em meados do século XIX o futuro dos asilos foi questionado e um tratamento alternativo foi considerado. O debate teve início, pelo menos em parte, pela superlotação e o alto custo dos hospitais. A busca por alternativas levou a uma experiência desenvolvida na vila flamenga de Geel, na Bélgica. A partir do século XIV, peregrinos cristãos iam rezar no santuário de Santa Dymphna, padroeira dos loucos, e muitos deles se instalavam em Geel. Com o número crescente de peregrinos através dos séculos, foi criado um sistema de acolhimento nas casas das famílias da aldeia que eram pagas para tomar conta dos doentes mentais. Este sistema ficou marcado como o primeiro programa de assistência a pessoas com transtornos mentais em comunidade. Apesar do crescente interesse, à época, em relação a essa experiência de Geel, após intensos debates na Europa e na América do Norte, o resultado foi o retorno à expansão contínua dos hospitais (COHEN et. al., 2014).

Ao mesmo tempo, esta expansão contínua atingia as regiões da África e da Ásia, colonizadas pelas potências europeias, e a psiquiatria ocidental se espalhou pelo globo, levando as características dominantes dos sistemas de saúde mental da Europa. Até países não colonizados, como o Japão e a Tailândia, aderiram ao modelo no final do século XIX (COHEN et. al., 2014). Em 1852, o Brasil inaugurava seu primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício Pedro II, que nasceu vinculado à Santa Casa, só se separando em 1890, promovendo mais autonomia aos médicos em relação às práticas religiosas (CALDAS e NOBRE, 2012).

Ao longo do século XIX, gradativamente uma visão biologicista e medicalizadora tomou conta dos asilos da Europa e da América do Norte. As teorias psicológicas também começaram a ganhar força no final do século; Freud buscava, para além de causas orgânicas para as doenças mentais, explicar os sintomas através de estruturas psicológicas (GILMAN, 2014). A ideia de que a loucura estava relacionada a déficits neurológicos e causas genéticas continuou em movimento crescente no início do século XX, dando lugar a medidas eugênicas, tais como a esterilização dos doentes. Tais medidas passaram a ser repudiadas após os horrores do Holocausto, pós II Guerra Mundial. A descoberta dos primeiros psicofármacos, em meados do século XX aliada aos horrores cometidos contra os internos durante o período da guerra fizeram com que o uso de psicofármacos passasse a ser visto como a solução mais eficaz para lidar com os transtornos mentais, sendo, inicialmente, fortemente respaldado por profissionais e pacientes. Porém, mais tarde começou a se tornar alvo de críticas devido aos efeitos colaterais enormes e à prescrição excessiva a uma população cada vez maior. Além dos psicofármacos, a institucionalização nos hospitais psiquiátricos começou a ser questionada em sua efetividade e eficácia, chegando a ser comparada com os campos de concentração em termos de desumanidade. Na década de 1960, perspectivas alternativas sobre a loucura começam a surgir nas obras de alguns autores, como Erving Goffman, que viu o asilo como um meio de repressão da vida e de controle social (GILMAN, 2014).

Goffman (1974) descreve estes locais de tratamento como instituições totais, em sua obra *Manicômios, prisões e conventos*:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O

aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. (p. 17)

Segundo esse autor, nas instituições totais, toda a vida do sujeito se concentraria num mesmo local e sob uma mesma égide, com um objetivo específico anunciado pela instituição, que, no caso dos manicômios, seria o tratamento da loucura. Nestas instituições existiriam dois subgrupos de pessoas, os internados e a equipe dirigente. O primeiro estaria sob o controle do segundo, estabelecendo relações atravessadas por estereótipos e por sentimentos de inferioridade e culpa por parte dos primeiros, e de superioridade pelos segundos (GOFFMAN, 1974).

Os internados chegariam às instituições com uma cultura e uma concepção de si mesmos conformadas pelo seu ambiente doméstico e pelo ambiente social de origem. Estas características seriam responsáveis por dar o tom de suas atividades e de suas formas de agir no mundo, de acordo com sua organização pessoal e seu ambiente civil. Ao adentrar a instituição total, o internado perde o apoio destas disposições através da submissão a uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. Isto pode provocar mudanças radicais e influenciar a forma como o internado vê a si mesmo e os outros significativos para ele (GOFFMAN, 1974).

As mutilações do eu, provocadas pelas barreiras que a instituição total coloca entre o internado e o mundo externo, prejudicam o reconhecimento de seus papéis anteriores. Esta ruptura profunda muitas vezes é assegurada pela instituição através de um corte mais radical no início do tratamento com a proibição de visitas e uma maior restrição de saídas. Os momentos iniciais de admissão podem ser marcados também por testes de obediência de modo a prevenir comportamentos rebeldes. Esta postura é seguida pela imposição de castigos caso estes comportamentos apareçam e, caso o internado demonstre qualquer ação ou sentimento de revide, são novamente castigados com a justificativa da necessidade disciplinar (GOFFMAN, 1974).

Muitas destas ações disciplinares são marcadas por mutilações diretas do corpo, como espancamentos, terapia de choque, cirurgias. Outras ações de violência presentes nestas instituições envolvem o uso de medicamentos e a ingestão forçada de alimentos. A exposição de suas histórias de vida e o contato forçado com outros desconhecidos também podem ser considerados ações violentas. Goffman (1974) se refere a estas ações também como uma “exposição contaminadora”.

Goffman (1974) chama atenção para o fato de que estes atos de mutilação do eu põem em cheque a autonomia e a liberdade dos sujeitos, deslocando-os para uma condição infantilizada. Porém, sinaliza também que muitos destes sujeitos escolhem fazer parte de uma instituição total e, nestes casos, podem lamentar posteriormente a perda de seu poder decisório, ou apresentar um desejo de perder este mesmo poder, demonstrando um movimento de rompimento com seu eu civil. Para aqueles que tiveram uma internação involuntária, mesmo que em algum momento reconheçam que deveriam ter sido hospitalizados, sempre sobra o ressentimento pelos seus entes mais próximos, que, de algum modo, estiveram coniventes com esta situação.

Diante destas perdas, muitas vezes a saída da instituição total pode significar um momento de angústia para o internado. Ele pode se questionar se está pronto para retornar ao mundo externo, ou se realmente quer retornar a ele. Sobre esse momento, Goffman (1974) assinala:

Um fator que tende a ser mais importante é a desculturacão, a perda ou impossibilidade de adquirir os hábitos atualmente exigidos na sociedade mais ampla. Outro fator é o estigma. Quando o indivíduo adquiriu um baixo status proativo ao tornar-se um internado, tem uma recepção fria no mundo mais amplo - e tende a sentir isso no momento, difícil até para aqueles que não têm um estigma em que precisa candidatar-se a um emprego ou a um lugar para viver. (p. 68-69)

As instituições totais dizem ter como objetivo a reabilitação dos sujeitos e um retorno de forma adequada à sociedade. Porém, raramente se consegue este intento, mas sim mudanças que podem ser consideradas não favoráveis a este retorno. O próprio internado coloca em questão o tratamento oferecido pela instituição, tendo dificuldade de enxergá-lo como um tratamento médico. Para viver da melhor forma possível no ambiente da instituição, o internado tende a se permitir ser colocado no lugar que os profissionais lhe impõem. Essa “servidão moral auto-alienadora” tem como objetivo a manutenção de um tipo de relação que está presente na tradição médica. “Os doentes mentais podem ser esmagados pelo peso de um ideal de serviço que torna a vida mais fácil para todos nós” (GOFFMAN, 1974, p. 312).

Somada às denúncias sobre a lógica asilar, apareceram ideias de relativização da loucura em trabalho sociológicos como na obra de Georges Canguilhem, em 1940, e depois com seu aluno já aqui citado, Michel Foucault, nos anos 1960 (GILMAN, 2014). Foucault (1979) relata que a crise que abalou a psiquiatria no fim do século XIX estava

exatamente relacionada a um questionamento do poder médico e de como ele atuava sobre o doente, que tipo de verdade produzia no exercício de seu poder. Movimentos de reformas surgem com o intento de modificar as relações atravessadas pelo poder médico de modo a recolocar seu papel no que diz respeito à produção de verdade sobre a loucura.

Estes movimentos reformistas se organizaram em formatos diferentes de acordo com o lugar, a época e a proposta para a reforma da psiquiatria. Entre eles podemos destacar, num primeiro período, a Psicoterapia Institucional na França, as Comunidades Terapêuticas na Inglaterra e nos Estados Unidos, que propunham um resgate do caráter positivo dos hospitais psiquiátricos. Em um segundo período, os movimentos propuseram uma extensão da psiquiatria ao espaço público. Como exemplo podemos citar as experiências da Psiquiatria de Setor na França e da Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos. Neste último país há o surgimento da noção de desinstitucionalização, mas seus princípios e medidas adotadas apontavam na verdade para a desospitalização, visto que não havia um questionamento do saber psiquiátrico, mas apenas críticas à centralização da atenção na assistência hospitalar e medidas administrativas voltadas para a redução de custos (AMARANTE, 1998).

Para além destes dois momentos, que se limitaram a reformas do modelo psiquiátrico, surge a antipsiquiatria e a psiquiatria inspirada em experiências surgidas a partir de Franco Basaglia, na Itália (AMARANTE, 1998). A antipsiquiatria surge como uma forma de oposição através da desconstrução sistemática do espaço asilar por meio de um trabalho interno. Neste trabalho o objetivo central não é o questionamento da verdade psiquiátrica, mas o de transferência do poder ao próprio doente de produzir a sua loucura e a verdade sobre ela (FOUCAULT, 1979). Basaglia (1985), por sua vez, problematiza a necessidade de retirar o sujeito do lugar de objeto, enquanto objeto doente, corpo doente sobre o qual se aplica uma ortopedia e uma tutela. Questiona a capacidade não só da psiquiatria, mas também das teorias psicodinâmicas e do pensamento fenomenológico, de retirar o sujeito desta posição objetual, o fazendo não mais enquanto *corpo*, mas enquanto *pessoa*.

Basaglia (1985) afirma que a impenetrabilidade da instituição asilar coloca como única possibilidade uma relação terapêutica que se dê com o sujeito livre, abrindo margem para uma reciprocidade e poder contratual. Ressalta também que o nível social do sujeito caracteriza os tipos de relação que este sujeito pode ter com o poder técnico e

que, para aqueles cuja única opção é a institucionalização, há uma perda de valor contratual significativa. Então o internamento estaria também a serviço de eximir a sociedade do contato com estas pessoas “sócio-economicamente insignificantes”, seria uma forma de se livrar de um refúgio que provoca desordem e traz para a cena as contradições desta própria sociedade.

Assim, se o primeiro momento desta ação de transformação pode ser emocional (no sentido em que se recusa a considerar o doente um não-homem), o segundo só pode ser a tomada de consciência de seu caráter político, no sentido em que qualquer ação que se desenvolva no contato com o doente continua oscilando entre a aceitação passiva e o rechaço da violência sobre a qual se funda nosso sistema sócio-político. O ato terapêutico revela-se um ato político de integração, na medida em que tende a reabsorver, num nível regressivo, uma crise em pleno curso; ou seja, a reabsorver a crise retrocedendo à aceitação daquilo que a provocara. (Ibid, p. 113)

Desta forma, só é possível pensar uma efetiva transformação nas formas de lidar com a loucura se elas forem pensadas inseridas na estrutura social mais ampla. É preciso haver um movimento estrutural de base que se preocupe com o que acontece após a saída do usuário do hospital, principalmente em suas possibilidades de reinserção social. Sem este tipo de esforço, a necessidade de retorno ao hospital ou da criação de novas instituições para tutelar o sujeito serão de novo colocadas (BASAGLIA, 1985).

Diante desta complexidade que envolve um novo olhar sobre a loucura, Rotelli (1990) ressalta que as novas instituições precisam dar conta de um objeto que não está mais em equilíbrio (a loucura enquanto objeto simplificado pelas antigas instituições) e por isso é preciso criar uma “instituição inventada”, nunca dada, sempre em movimento, para se debruçar sobre “a existência-sofrimento de um corpo em relação com o corpo social”. Desta forma, a desinstitucionalização deve ser um processo “prático-crítico” que mobilizará em torno de si novas instituições e conhecimentos em torno desse novo objeto.

Nesta nova conjuntura, a emancipação do sujeito, e não a sua cura, será o centro das ações destas novas instituições. Uma desinstitucionalização das cenas de repetição, pautadas na invenção de outros modos de se apresentar no mundo, modos singulares, a partir da criação de novas oportunidades de se colocar no espaço social. Para tal, é preciso evitar a redução do olhar puramente clínico e ir além para que se possa construir novos sentidos, valores, produções, trocas. Uma reconstrução do papel destes sujeitos

enquanto atores sociais, quebra de identidades estereotipadas e transformação da sua situação concreta de existência (ROTELLI, 1990).

A partir dessa necessidade surgem os centros territoriais e então o poder institucional pode ser usado para a transformação de práticas que façam surgir ações que produzam neste território do cotidiano novas trocas e deslocamentos, desinstitucionalizando os sentidos e significados do sujeito. A ideia é partir de uma visão reduzida de sujeito para uma complexificação do mesmo, questionando o seu lugar e almejando a sua reinscrição no corpo social (ROTELLI, 1990).

Com inspiração no movimento de reforma psiquiátrica italiana, como também impulsionado por um momento social de redemocratização do país e reformas no campo da saúde no Brasil, surgiu o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB). Em meados da década de 1970, no contexto do combate ao Estado autoritário, críticas à gestão e ineficiência da assistência pública em saúde ganhavam força entre os profissionais e a população em geral. Dentre estas críticas estavam as denúncias de abandono, violência e maus-tratos relacionadas aos pacientes internados nos hospitais psiquiátricos. Surgiu então, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que liderou a luta antimanicomial. As décadas seguintes foram marcadas por avanços no que diz respeito à ampliação dos atores sociais envolvidos na luta, à iniciativa de reformulação legislativa, e ao surgimento de novas experiências institucionais alternativas ao manicômio (os Núcleos e Centros de Atenção Psicossocial) (TENÓRIO, 2002). Em abril de 2001 foi aprovada a Lei 10.216, a Lei da Saúde Mental e, que deu espaço para uma série de normativas que mais tarde culminaram na portaria 3.088 de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). É importante destacar que os avanços da RPB não se deram de forma dependente da tramitação da revisão legislativa, resultados significativos das experiências inovadoras e das mudanças no modelo assistencial é que consolidam a atenção psicossocial comunitária, a legislação fortalece esse impulso à mudança.

Porém, ainda há muitos desafios para a consolidação destas ações de transformação das formas de cuidado nas práticas dos serviços como também na implantação e funcionamento da rede de atenção. No que diz respeito à atenção aos usuários de substâncias psicoativas, essa realidade é ainda mais desafiadora, pois, como já foi sinalizado na apresentação deste projeto, só recentemente as questões relacionadas à atenção deste público tiveram uma atenção mais concentrada sobre elas. Apesar de ser

conhecido o fato de que o asilamento nas instituições totais era também a forma predominante de tratamento para este público, tal questão só ganhou destaque a partir de discussões em torno dos pedidos judiciais de internações compulsórias somadas aos debates em torno dos direitos humanos. Este embate político se configura entre grupos que defendem, de forma conservadora e moralista, a manutenção de instituições de tratamento com características manicomial versus grupos que defendem o tratamento em serviços comunitários de base territorial com vistas à autonomia e liberdade dos usuários. Para contribuir com a reflexão em torno da atenção aos usuários de drogas, nossa trilha agora convida ao debate sobre a noção de integralidade para pensarmos o cuidado. Com o cuidado posto em pauta, partiremos para uma revisão de quais cuidados foram oferecidos a este público.

4.2 Integralidade e uso de drogas: quais os caminhos do cuidado?

4.2.1 Integralidade, sentidos e construções rumo ao cuidado.

Camargo Júnior (2001), ao abordar a discussão sobre o conceito e a implementação da integralidade, nos aponta que tal tarefa remete à essência mesma do que deveria se constituir uma política pública de saúde, no sentido do modo concreto de articular ações assistenciais ditas integrais e que definiriam o patamar ético e técnico da programação e avaliação da qualidade da assistência à saúde. Mattos (2001) lembra que a integralidade é também uma diretriz do SUS definida constitucionalmente e que, além disto:

É uma “bandeira de luta”, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns (diria eu, por nós), desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. (p. 41)

Mattos (2001) se refere ao uso do termo “imagem objetivo” para a integralidade como uma forma de ressaltar o seu aspecto não utópico, alcançável, e ao mesmo tempo polissêmico, visto que o termo pode ganhar sentidos distintos a depender dos atores que o utilizam no cenário da luta por transformações de uma realidade a que se critica. Essa característica de indefinição torna a integralidade “preche de sentidos”, possibilitando um grande número de realidades a serem construídas, sem excluir atores sociais parceiros na luta pela superação dos desafios na atenção à saúde.

Ao investigar sobre quais seriam alguns destes sentidos da integralidade, Mattos (2001) aponta para três grandes conjuntos de sentidos: **atributos desejáveis das políticas de saúde, atributos afeitos à organização dos serviços de saúde** e, por último, **atributos relativos à boa prática dos profissionais de saúde**. Sobre as **políticas de saúde**, ele ressalta a necessidade de uma visão mais abrangente da população a ser atendida, uma recusa ao recorte dos problemas a serem abarcados, como também o alcance dos mais diversos grupos.

Em relação à **organização dos serviços de saúde**, o objetivo seria ampliar as percepções das necessidades dos grupos e a busca da melhor forma de atender a tais necessidades de modo a não reduzi-las ao sofrimento ou à prevenção do mesmo, mas com olhar ampliado para as possibilidades de ações de forma dialógica com a população atendida (MATTOS, 2001). Pensando na integralidade a partir destas questões relacionadas à demanda e oferta, Pinheiro (2001) a define como sendo:

[...] uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados. (p. 65)

Pinheiro (2001) ressalta também a necessidade de discutir a organização do atendimento a partir da crítica à centralização dos atendimentos na figura do médico e de forma individual, com incorporação de alta tecnologia como ferramenta de atenção. Além disso, ela destaca que os usuários têm apontado a prestação dos serviços como “lenta e ineficaz”, fazendo referência às filas de espera, uma grande espera que talvez não garanta um atendimento eficaz. Ainda sobre a organização dos serviços, a mesma autora trata dos fluxos de referência e contra-referência, ressaltando a necessidade de, além de um estabelecimento de fluxo e contrafluxo de pacientes e de informações gerenciais e tecnocientíficas, promover a difusão dos conhecimentos necessários para a melhoria da qualidade do atendimento realizado pelo sistema de saúde. No que diz respeito à organização dos serviços em níveis de atenção, a autora faz uma crítica à classificação dos níveis de atenção ordenados em baixa, média e alta complexidade como se correspondessem aos níveis primários, secundário e terciário, respectivamente. Ela aponta que, na prática, essa tendência tende a ser desmistificada, visto que, na atenção primária, por exemplo, podem ser exigidas práticas de alta complexidade.

No que diz respeito à **boa prática dos profissionais**, Mattos (2001) chama a atenção para a não redução do sujeito a um sofrimento, um corpo, ou a um conjunto de situações de risco, mas um olhar integral para suas necessidades, com a prudência de não incorrer numa medicalização de sua existência. Para tal, é importante que os serviços contem com uma equipe multiprofissional que, ao receber o usuário, possa estar engajada num compromisso e preocupação com uma escuta qualificada e capaz de identificar suas necessidades de saúde em toda sua complexidade. Tal desafio deve ser tratado no processo de gestão dos serviços e nos processos de comunicação entre os trabalhadores (CECÍLIO, 2001). Além disso, Pinheiro (2001) chama a atenção para o fato de que o vínculo entre profissionais e pacientes, e destes com os serviços, também está atravessado pela fragmentação das jornadas de trabalho, baixos salários, falta de educação permanente, que se colocam como importantes obstáculos para a mudança nas práticas nos serviços.

Além dos sentidos apontados por Mattos (2001), outra importante dimensão da integralidade diz respeito à intersetorialidade. A intersetorialidade se materializa através da articulação de cada serviço de saúde aos outros serviços de uma rede complexa, formada não só por serviços de saúde, mas de instituições de outros setores. A integralidade da atenção pensada a partir de um serviço (“integralidade focalizada”), sendo ampliada para uma rede de serviços de forma a abarcar outras tecnologias e uma gama de serviços necessários para a melhoria da qualidade de vida (CECÍLIO, 2001).

Chamemos, pois, de “integralidade ampliada” esta articulação em rede, institucional, intencional, processual, das múltiplas “integralidades focalizadas” que, tendo como epicentro cada serviço de saúde, se articulam em fluxos e circuitos, a partir das necessidades reais das pessoas - a integralidade no “micro” refletida no “macro”; pensar a organização do “macro” que resulte em maior possibilidade de integralidade no “micro”. (CECÍLIO, 2001, p. 119-120)

Alguns autores, como Pinheiro (2011) e Ayres (2011), abordam a integralidade a partir da perspectiva do Cuidado. Tendo a categoria do Cuidado como analisador das ações em saúde em todos os seus âmbitos, tais autores buscam discutir o alcance da integralidade a partir das ações que se concretizariam nas diversas formas de Cuidado. Segundo Pinheiro (2011), a integralidade do cuidado estaria relacionada à escolha de meios e formas de os sujeitos cuidarem e serem cuidados. Para pensar sobre este Cuidado, ela convoca para sua reflexão os conceitos de reciprocidade, responsabilidade e reconhecimento. A reciprocidade, conceito desenvolvido por Alfred Schutz (1979,

apud PINHEIRO, 2011), remete à necessidade de que os atores envolvidos no processo de cuidado possam estar submersos num universo de sentidos compartilhados de modo a favorecer relações recíprocas, onde a intercomunicação seja possível com a dinamização de uma compreensão mútua. A responsabilidade, conceito proposto por Hannah Arendt (2004, apud PINHEIRO, 2011), estaria relacionada ao ato de tomar posições políticas nos espaços públicos, espaços que se conformam no cotidiano das redes de saúde, de modo a assumir uma responsabilidade coletiva, possibilitando as condições necessárias para desenvolver legitimidade, como também para analisar sua práxis. Esta noção remete também ao “se deixar afetar por aquilo que é público, ou seja, exige um agir desinteressado diante do outro” (p. 57). Por último, o reconhecimento, conceito de Axel Honneth (2009, apud PINHEIRO, 2011), tem como base as transformações necessárias para o estabelecimento de formas ampliadas de reconhecimento recíproco. A luta de grupos sociais por tal transformação se daria através de princípios integradores presentes nas relações de amor, de respeito e de solidariedade.

Ayres (2011), também partindo da ideia de reconhecimento de Honneth, propõe o conceito de Cuidado Público, com o objetivo de ir além de uma noção de cuidado muitas vezes colocada de forma restrita às questões eminentemente práticas, se detendo no encontro profissional-usuário, deixando de lado dimensões socioculturais e as relações dialéticas entre os interesses que se dão no espaço público e que estão envolvidos na organização política e institucional da atenção à saúde. Ao propor outra retórica do cuidado, o autor pretende pensar as ressonâncias éticas e políticas da integralidade e da humanização de modo a atingir o plano macroestrutural da organização institucional das práticas. Pensando nestes termos Ayres (2011) propõe:

[...] redefinir vulnerabilidade em saúde como violação sistemática das condições de reconhecimento dos sujeitos relacionadas a experiências indesejáveis de saúde e doença. Correlativamente, Cuidado Público configura-se como conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover meios de superá-las (p. 40).

Já Camargo Júnior (2007) vai nos dizer que a integralidade não poderia ser vista como um conceito, mas como um agregado semântico onde se reúnem um “conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas” (p. 38). Neste agrupamento estariam temas relacionados à

atenção primária, promoção da saúde, legislação, níveis de atenção e críticas à assistência. Ele chama a atenção também para a sedução que a ideia de cuidar do indivíduo em sua totalidade pode trazer em seu bojo, e as implicações em termos de controle dos indivíduos, perda de autonomia e medicalização da sociedade. O autor destaca que, tradicionalmente, se busca combater tal risco através do conhecimento das necessidades de saúde da população e da demanda por atenção à saúde. Porém, ele nos lembra que tais demandas são socialmente construídas, influenciadas por questões culturais, oferta de serviços e fatores de ordem econômica. “As dimensões do sofrimento (demanda) e da atenção (oferta) são dialeticamente *co-produzidas*” (p. 40). Desta forma, Camargo Júnior (2007) dá preferência a referir-se à noção de integralidade como “um ideal regulador, um devir”, ao mesmo tempo inalcançável e indispensável. Tal caminho na direção desta integralidade deve se estender desde a formulação de políticas até a produção de ações de cuidado. Neste percurso é preciso encontrar um “caminho do meio”, evitando a medicalização avassaladora (como vaticina Camargo) e o descaso com os que necessitam de cuidado (tal como destacado por Ayres). Pode-se acrescentar ainda, na análise da integralidade, a observação dos usos concretos das instituições e suas formas de tratamento pelas pessoas e das significações que lhes são atribuídas e das transformações que esses usos produzem nas suas vidas.

4.2.2 Integralidade e a saúde mental

Para pensar a integralidade no contexto da saúde mental, Alves e Guljor (2006) propõem uma reflexão sobre o cuidado em saúde mental a partir de algumas premissas fundadoras. A primeira delas é da **liberdade em negação ao isolamento**, recusando a necessidade de tratar o sujeito em ambiente fechado para identificar seu diagnóstico e readequá-lo ao convívio em sociedade. Esta liberdade também remeteria à possibilidade de respeitar e valorizar as diferenças, possibilitando aos sujeitos fazer suas próprias escolhas, baseadas em seu modo singular de ser. A segunda é a do **cuidado pautado na integralidade em negação à seleção**, o olhar para o sujeito deve ser ampliado de modo a abarcar os diversos campos da vida, e a doença deixa de ser o elemento central do cuidado. O cuidado deve estar centrado na construção de projetos de vida, não na remissão de sintomas. A terceira é a do **enfrentamento do problema e do risco social, ao invés de uma busca de cura**, baseada no modelo nosológico. A complexidade do

sofrimento psíquico e as questões que envolvem o risco social devem orientar a condução terapêutica, em contraposição à simplificação do diagnóstico.

A quarta premissa é a **sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo**. Os sujeitos têm direito a um cuidado digno que respeite sua forma singular de estar no mundo. A noção de reparo remete aos técnicos o poder de escolha sobre o que é melhor para os sujeitos, enquanto que, na noção de direito, o cuidado se amplia e o direito se fortalece à medida que o sujeito ganha autonomia. A quinta premissa é que a **busca de autonomia deve ser realizada respeitando a singularidade** dentro de uma margem possível para cada sujeito, buscando o aumento do poder contratual e do potencial de trocas sociais. Cuidado como atitude de respeito e construção de projetos de vida singulares enquanto direito, não como ato isolado em busca de cura. Por último, os autores colocam como a sexta premissa a **incorporação permanente do papel de agenciador**, a disponibilidade da equipe de acompanhar os sujeitos em suas trajetórias, sem fragmentar suas demandas ou delegar o cuidado de forma descomprometida a outros serviços. O agenciador é responsável e mediador das relações do sujeito com o mundo, acompanhando e se debruçando com ele sobre a complexidade de seu sofrimento (ALVES e GULJOR, 2006).

Os serviços especializados em saúde mental de base territorial, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), enquanto local onde tal cuidado deveria ser exercido de modo integral, enfrentam muitos desafios que constituem o que pode ser chamado de “crise dos serviços”. Dentre estes desafios, podemos citar a dificuldade de responder adequadamente às demandas dos usuários; uso de estratégias fragmentadas e dificuldade em manter um cuidado contínuo; dificuldade em assumir a responsabilidade pelo cuidado; dificuldade em desenvolver uma política no território; ausência de projetos claros de reinserção social; uso abusivo de psicofármacos; entre outros. O enfrentamento de tais situações requer transformações tanto nas tecnologias empregadas como no processo de trabalho e na formação dos profissionais. Requer processos de reorganização dos serviços e educação permanente que possam se traduzir numa mudança de relação entre profissionais e usuários, e entre os próprios profissionais (MÂNGIA e MURAMOTO, 2006).

Outro importante desafio para a integralidade na saúde mental é a extensão das ações de saúde mental no âmbito da Atenção Básica. Neste âmbito, muitos profissionais se dizem incapacitados para atuação, partindo de um ponto de vista centrado na doença.

Além disso, a dificuldade em estabelecer vínculos e o preconceito contra estes usuários podem agravar tal sensação de incapacidade (NUNES et. al., 2007). Esta situação se reflete em ações pontuais ou restritas ao uso de medicamentos, quando não são imediatamente encaminhados para os serviços especializados (CAPS, ambulatório, hospital psiquiátrico). O uso de grupos e visitas domiciliares ainda aparece pouco estruturado e de forma fragmentada, havendo pouca ênfase em ações que dizem respeito à promoção ou prevenção neste campo. Desta forma, mudanças na formação profissional e no modo de programar as ações de saúde mental na Atenção Básica são fundamentais para o surgimento de uma nova concepção e de novas práticas em torno do tema (BEDIN e SCARPARO, 2011; MOLLINER e LOPES, 2013; PAULA et. al., 2014).

Por último, mas não menos importante, é a participação dos usuários na construção dos saberes em saúde mental. A integralidade da atenção se constrói através das trajetórias reais dos usuários nos serviços de saúde e na rede social como um todo. As necessidades sociais, afetivas e espirituais que se apresentam nessa jornada é que devem balizar as ofertas de cuidado, e não o contrário. As políticas públicas, as redes de atenção, devem ser capazes de dar lugar à voz destes usuários de modo a construir ações condizentes com sua realidade e que façam sentido em termos de seus projetos de vida (OLIVEIRA et. al., 2012).

Portanto, podemos observar, a partir destas definições, que o termo Integralidade é polissêmico e nos remete a uma série de ações, desenvolvidas no nível macro e micropolítico, que envolvem os modos de acontecer do Cuidado. Este apanhado de tentativas de abarcar um termo tão rico em possibilidades de entendimento e aplicação nos traz uma série de perspectivas para lançar olhar sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas e o cuidado a quem faz um uso problemático. Temos aí um grande caleidoscópio, vamos tentar compor algumas imagens que nos permitam reflexões pertinentes sobre o inter cruzamento destas temáticas. Para tal, vamos falar um pouco mais sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas e o cuidado oferecido aos usuários.

4.3 Uso de substâncias psicoativas: práticas e contextos.

O poder de afetar os ânimos e provocar mudanças comportamentais faz das substâncias psicoativas, desde o início dos tempos, algo de natureza divina, mágica. Como já citado anteriormente, ao *phármakon* já eram atribuídos poderes para a cura ou a morte desde os tempos da Antiguidade. Se por um lado as substâncias têm inúmeros usos terapêuticos e lúdicos, por outro lado, aparecem os riscos de intoxicação e do surgimento de grupos que desafiam as regras vigentes. Da mesma forma que possibilita a sobrevivência a situações de dor e estresse, o uso das substâncias psicoativas pode ser visto como um “doping” do viver, como se aqueles que a utilizassem estivessem fazendo um “jogo sujo” diante das possibilidades “saudáveis” para si e para os outros de lidar com a vida cotidiana (ESCOHOTADO, 1998).

Desta forma, o modo como se define e se trata do tema das substâncias psicoativas está intimamente relacionado com o contexto onde seu uso se insere. Os seus diversos modos de uso, a linguagem explorada e as questões morais, éticas e jurídicas relacionadas ao uso de substâncias psicoativas variam de acordo com o tempo e o lugar onde estas substâncias estão inseridas. As substâncias de uso médico, as legalizadas e as ilegais variam de acordo com cada sociedade e no decorrer da história. Jogos de poder e interesses políticos estão fortemente associados a essas mudanças, em muitos casos muito mais do que questões biomédicas (WADLEY, 2016). Ao discutir a importância dos aspectos socioculturais do uso de substâncias psicoativas, MacRae (s.n.t.) chama a atenção para o fato de que a história deste uso demonstra que, na maior parte do tempo, as drogas não se constituíram enquanto uma ameaça para a sociedade, sendo incluídas e reguladas através de rituais coletivos ou comportamentos que expressavam os valores dessa mesma sociedade. Ainda hoje, a maior parte dos usuários faz um uso regulado, seja por normas sociais hegemônicas ou não. O conhecimento dessas normas e desses contextos relacionados ao uso de substâncias é essencial para qualquer tipo de intervenção ou regulação que se pretenda efetiva.

Os usos tradicionais das substâncias psicoativas se dão em quadros específicos, com lugar e tempo bem definidos, sendo efetuado por pessoas identificadas como usuárias típicas daquelas substâncias. Os usos desviantes de uma determinada

substância devem ser excepcionais, e são mantidos assim através da coesão das regras que protegem o grupo de comportamentos que possam colocar em risco a integridade do mesmo. As expectativas em relação ao uso são determinadas social e culturalmente. E a reprodução social deste uso tradicional depende do sucesso anterior obtido (PERRAULT, 2009).

As principais funções do uso de substâncias psicoativas são determinadas pelas propriedades concedidas aos psicotrópicos pela sociedade onde esse uso se situa. Segundo Perrault (2009), é possível dividir essas funções em quatro categorias: como alimentos ou “ruborativas”, para uso mágico-religioso, para uso medicinal e para agregação ou interação social. Essas categorias podem ser combinadas dentro de um mesmo sistema simbólico e a mesma substância pode desempenhar papéis distintos em diferentes contextos e tipos de uso. As tradições de uso podem se modificar com o tempo e com a transformação do contexto global do qual essas práticas fazem parte. A experiência funda as normas de uso e controla o emprego das substâncias. O uso pode ser cotidiano ou eventual, como também determinado por ciclos de tempo da reprodução social. Alguns ritos de passagem, como o carnaval, invertem a ordem social durante um tempo específico. Nestes contextos, por exemplo, o uso excessivo de álcool pode ser incentivado de modo a agir como um lubrificante social.

Wadley (2016) apresentou, em artigo recente, uma revisão sobre diversos estudos que apontam os usos das substâncias psicoativas através da história. Segundo este autor, alguns destes sinalizam o aumento do uso de substâncias psicoativas a partir da adoção da agricultura e, mais tarde, com a colonização do Novo Mundo, a industrialização e as técnicas de isolamento de princípios ativos e síntese de novas drogas. No decorrer da história, o uso ritualístico pelas sociedades camponesas e tribos indígenas das Américas, como também o uso medicinal, em todo o mundo, envolveram os mais diversos tipos de drogas, desde substâncias alucinógenas, como a mescalina, até as substâncias depressoras, como o álcool, e as estimulantes, como a cafeína e a cocaína. Sociedades tradicionais já faziam uso de substâncias estimulantes, como a cocaína, para melhorar a interação social, para aumentar a produtividade e para tolerar o tédio, o cansaço e a fome.

No histórico deste consumo, três substâncias se destacam: o álcool, a nicotina e a cafeína. Estas drogas foram e continuam sendo utilizadas de forma generalizada, com aprovação social e jurídica na maioria das culturas. Tais substâncias são também fonte

de preocupação em termos de saúde pública, estando relacionadas a diversos problemas de saúde em milhares de pessoas ao redor do mundo (COURTWRIGHT, 2001). O álcool é consumido desde que os homens iniciaram o consumo de frutas fermentadas e teve sua produção iniciada com o aparecimento da agricultura na transição Neolítica. A produção de vinho, cerveja e outros alimentos fermentados está documentada na história das populações de todas as partes do mundo. Seu uso se dava em diversos contextos, tais como festas, rituais religiosos e eventos políticos. Este uso sobreviveu na cultura ocidental moderna a despeito de períodos de proibição jurídica ou religiosa, como também do surgimento de outras substâncias, tanto com efeitos depressivos, como estimulantes (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016).

A nicotina é um alcaloide advindo da folha do tabaco e de algumas outras espécies. Seu efeito estimulante pode provocar alívio para ansiedade, analgesia, melhora na concentração, relaxamento, entre outros. Vem sendo utilizada nas Américas e na Austrália desde as sociedades camponesas, tanto em rituais, como na medicina, comércio e recreação. Durante o período de colonização das Américas, ela teve importante papel comercial, com um grande “boom” de consumo na Europa. Apesar de muito associada de forma negativa às doenças do aparelho respiratório e circulatório, como também ao câncer e à forte dependência química, algumas experiências na África Central apontam para seu uso como benéfico na proteção contra a infestação de algumas doenças parasitárias (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016).

Já a cafeína, um alcaloide obtido de plantas como o café, o cacau, a noz de cola e o guaraná é, atualmente, a droga mais popular do mundo. Ela é estimulante com efeitos de redução da ansiedade e da depressão, sendo usada de maneira eficaz no tratamento de transtornos do déficit de atenção e hiperatividade. Seu uso é milenar e tem seus mais antigos registros na África, Ásia e nas Américas. Com a proibição islâmica do álcool, a noz de cola se popularizou em várias práticas culturais, como para receber convidados, presente para amigos e pessoas politicamente importantes, afrodisíaco para mulheres, como energético, etc. A noz de cola se tornou, no século XX, a base de bebidas energéticas produzidas por americanos e europeus. Na Europa seu uso se solidificou na cultura em meados do século XVIII, se tornando a principal bebida da primeira refeição do dia, como também uma bebida para a socialização. As casas especializadas em café se tornaram espaços para a socialização com amigos, como também para discussões políticas e artístico-culturais. A cafeína também teve grande

importância comercial para sociedades tradicionais das Américas e da África, como também para o Brasil pós-colonial, no início do século XX (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016). No Brasil o uso do café se dá de forma semelhante à europeia, sendo a primeira refeição do dia, não por acaso chamada de “café da manhã”, e as confeitarias ou casas especializadas na bebida são denominadas de “Café”.

Outras drogas, apesar de terem sido amplamente utilizadas, até mesmo prescritas, em diversas fases da história, hoje têm seu uso e comércio proibidos em vários países do mundo. Entre elas podemos citar a maconha, largamente utilizada como medicamento, em rituais religiosos, como alimento e para a fabricação de tecidos e papel. A cocaína foi amplamente prescrita como medicamento para cansaço, fome e dor, como também utilizada como marcador de status entre populações ameríndias. Seu uso recreativo se alastrou através do uso de bebidas energéticas e, mais tarde, através da aspiração do pó, da injeção intravenosa e do fumo de pedras (“crack”). Já as anfetaminas, que foram prescritas para uma série de problemas de saúde, desde resfriado a problemas psicológicos, e que ainda são prescritas para transtornos do déficit de atenção, têm seus usos recreativos, ou sem prescrição, proibidos. Esse uso atualmente se dá, principalmente, por trabalhadores que querem aumentar sua produtividade e por frequentadores de boates e festas como as “raves”, que duram vários dias (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016).

Alucinógenos advindos de plantas foram muito utilizados em rituais religiosos e cerimônias sociais pelas sociedades tradicionais. Ainda hoje algumas religiões brasileiras, como o Santo Daime e a União do Vegetal, fazem uso das substâncias “enteógenas” (que propiciam o encontro com Deus) em seus rituais. Em meados do século XX foram sintetizados alucinógenos artificiais, como o ácido lisérgico (mais conhecido como LSD), que foram utilizados inicialmente em pesquisas e como coadjuvante em tratamentos psicológicos. Após serem promovidas por figuras importantes, como Aldous Huxley (escritor) e Timothy Leary (psicólogo), e da disseminação entre a população jovem no período da cultura hippie, estas substâncias foram tornadas ilegais na maioria dos países. Atualmente há uma nova onda de interesse sobre os efeitos terapêuticos destes alucinógenos, tanto para o tratamento de transtornos psicológicos como para cuidados paliativos (WADLEY, 2016).

Por último, e não menos importante, é o uso das substâncias advindas da papoula e do seu derivado, o ópio. Os opióides são utilizados desde o período Neolítico e são

ainda amplamente utilizados para fins medicinais e também recreativos, principalmente no mundo islâmico, onde o álcool foi proibido. No mundo ocidental, o princípio ativo do ópio, a morfina, e sua variante, a heroína, foram bastante usados com fins medicinais e recreativos, até que a heroína foi proibida e a morfina continuou sendo usada na medicina de forma bastante regulada. O uso de morfina continua a ser feito em escala crescente no mundo ocidental devido ao aumento da incidência de casos de dor crônica e de sua aplicação em cuidados paliativos. Além das drogas supracitadas, existem outras que foram, ou ainda são, usadas fora do contexto ocidental, mas que não foram globalmente adotadas devido a problemas estéticos ou de conservação, como também por terem perdido seu uso com a chegada das famosas drogas do Novo Mundo (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016).

Além das substâncias psicoativas extraídas da natureza, ou sintetizadas a partir de seus princípios ativos, as drogas criadas em laboratório pela indústria farmacêutica são também utilizadas de maneiras diversas, com ou sem prescrição médica. O uso dos psicofármacos e sua capacidade de modificar o estado psíquico das pessoas têm sido alvo de muitas discussões no universo da saúde. A prescrição abusiva e indiscriminada de tais medicamentos pelos médicos, como também o uso ilícito por pessoas que buscam não a cura de uma doença, mas a melhoria de seu desempenho em algum campo da vida, têm sido alvo de críticas e preocupação por parte da comunidade científica (WADLEY, 2016).

A partir deste panorama sobre as principais drogas e seus usos, Wadley (2016) discute algumas motivações do ser humano para se engajar na produção e uso de substâncias psicoativas. Além dos já conhecidos efeitos prazerosos e de modificação do funcionamento do organismo, as práticas de uso conformam e modificam os contextos socioculturais onde elas se dão. As pessoas compartilham entendimentos e práticas em torno do consumo de drogas que podem tomar formas diferentes em subculturas diversas, tais como no grupo dos artistas, dos baladeiros, dos traficantes, etc., fazendo parte da formação identitária de seus participantes e da distinção entre os grupos.

O uso de substâncias psicoativas pode influenciar e ser influenciado pela hierarquização social, tanto enquanto mediador de relações políticas e econômicas, como marcador de um status elevado, ou ainda como subterfúgio em uma situação social precária. O uso ritual de enteógenos em algumas sociedades era restrito à elite religiosa enquanto que em outras, entre elas a Inca e Asteca, como também nas colônias

européias, as drogas eram usadas como recompensa e controle de trabalhadores. Atualmente, o uso de drogas ocorre em todas as camadas sociais, sendo os rituais de uso, os tipos de substâncias e a qualidade das mesmas alguns dos diferenciais entre as classes. O controle sobre a produção e a distribuição das drogas também provoca marcas de distinção social, pois confere grande poder político para aqueles que o detém (COURTWRIGHT, 2001; WADLEY, 2016).

Outra prática importante é o uso de substâncias psicoativas para melhorar ou suportar o desempenho no trabalho. Na história do uso de drogas de várias sociedades, é possível observar o uso de diversas substâncias relacionadas ao trabalho, desde as sociedades tradicionais até os dias de hoje. O uso para aplacar a fadiga, melhorar o stress, suportar longas horas de trabalho, melhorar a concentração, como recompensa pós-trabalho, etc., são alguns exemplos da utilização das substâncias como modo de lidar com o trabalho. A alta carga de trabalho é um fator importante no modo como o uso de drogas ocorre na contemporaneidade (COURTWRIGHT, 2001).

Outra importante associação observada na história da humanidade é a do uso de substâncias psicoativas com a religião e a arte. Na conexão entre arte e drogas, aparece tanto a influência das substâncias nas produções culturais, como nas discussões e representações acerca deste uso, muitas vezes associadas a determinados grupos de artistas, como ao mundo do rock, por exemplo. Produtos artísticos, desde a Antiguidade, retratam o uso de substâncias; como também, até os dias de hoje, estes mesmos produtos são utilizados para expressar e discutir este uso na sociedade (WADLEY, 2016). Em relação à religião, registros arqueológicos, inclusive artísticos, rastreiam a conexão entre drogas e rituais religiosos desde a pré-história. Como já foi dito anteriormente, o uso de alucinógenos em rituais religiosos vem desde os xamãs até em algumas religiões mais recentes. Os estados alterados de consciência são vistos como formas de entrar em contato com o divino. O uso regulado em ambiente religioso, como também a proibição de algumas substâncias pelas religiões, são expressões dessa relação constante entre drogas e religião (CROCQ, 2007; WADLEY, 2016).

Desde a Antiguidade, as drogas também ocupam um lugar significativo no comércio e na economia mundial, tendo um de seus apogeus na época das Grandes Navegações e na chegada dos europeus às Américas. Os “medicamentos exóticos” do Novo Mundo fizeram bastante sucesso na Europa e seu uso recreativo não demorou a aparecer. No Novo Mundo, as negociações entre grupos indígenas e os europeus tinham

grande envolvimento de substâncias, sendo comum o uso de bebidas destiladas e tabaco como moeda pelos colonos. Até hoje, o comércio das três grandes substâncias, álcool, tabaco e café, movimenta trilhões de dólares ao redor do mundo. A partir dos séculos XIX e XX, o emprego da publicidade acirrou a competição entre os grandes produtores e estimulou a demanda de novos usuários. Além disso, há ainda o grande comércio dos psicofármacos. Estudos em torno do excesso de prescrição médica e do poder exercido nas relações entre as empresas farmacêuticas, médicos e pacientes tentam examinar o impacto desse uso na vida contemporânea, tanto em termos dos cuidados em saúde que estão sendo oferecidos, como nas mudanças provocadas nas culturas onde esse uso de psicofármacos tem crescido (WADLEY, 2016). Em relação ao mercado das drogas ilícitas, que movimenta centenas de bilhões de dólares na economia mundial, as consequências para a sociedade têm sido as mais diversas e adversas. Violência, corrupção, guerra entre policiais e traficantes e entre grupos de tráfico, com consequências desastrosas para a sociedade civil, são algumas delas. Esse contexto está intimamente relacionado com a “Guerra às Drogas” emplacada em âmbito mundial, encabeçada pelos Estados Unidos da América, que defende a proibição de determinadas substâncias e o combate ao tráfico como uma solução para o “problema drogas” (ARAÚJO, 2014).

Este cenário contemporâneo tem como pano de fundo a contraposição entre o ideal de uma sociedade “livre” das drogas, inclusive as lícitas, e uma sociedade onde haja o comércio aberto para todas, como a mesma liberdade hoje vista para as drogas lícitas. Dessa forma, coexistem na contemporaneidade leis e medidas cada vez mais severas para lidar com o tráfico, ao mesmo tempo em que o uso e o comércio de drogas ilícitas resistem e contam com a participação de governos e polícias nos “bastidores”. Enquanto nenhum desses ideais é alcançado, o número de envenenamentos por adulterantes, detenções, encarceramentos, e execuções de pessoas envolvidas com o uso e comércio de substâncias psicoativas ilícitas cresce em todo o mundo (ESCOHOTADO, 1998).

No que tange à legislação em torno das drogas ilícitas é possível observar que de forma diversa da legislação em torno de outros atos considerados crime, ela se distancia dos direitos fundamentais dos cidadãos, intervindo no exercício de tarefas civis, e pressupondo um risco ou dano concreto de forma antecipada, sem que haja a necessidade de provar o prejuízo sobre algo ou a vida de alguém. Quando se trata da

criminalização do uso de substâncias, tal prejuízo inclusive se dá sobre si mesmo, sendo criminoso e vítima uma só pessoa. Não por acaso a criminalidade relacionada direta ou indiretamente às substâncias ilícitas já era responsável pela reclusão de três quartos dos presos nos países desenvolvidos no final do século XX. Tal equivalência se deu nos séculos XVIII e XIX em relação à dissidência política, e nos séculos XIV ao XVII à dissidência religiosa (ESCOHOTADO, 1998).

Escotado (1998) nos alerta que, quando um delito previamente desconhecido se torna o principal motivo de condenação, crescendo ao invés de diminuir diante do aumento de medidas repressivas, tal quadro aponta para um processo de reorganização da moral vigente, há uma crise paradigmática complexa que tem esta como uma questão concreta do conflito. Para este autor esta crise paradigmática está relacionada a um assunto mais amplo, que engloba a relação do homem contemporâneo com sua liberdade real: os limites do discernimento adulto, o paternalismo político, as relações entre lei positiva e moral, a dinâmica do prejuízo e a polêmica da eutanásia são alguns exemplos das questões em jogo. Tais questões estão intimamente relacionadas às justificativas do Estado de bem-estar onde vivemos.

Sendo assim, apesar do reconhecimento de que o uso de substâncias é milenar e cumpre diversas funções nos mais diversos âmbitos da experiência humana (biológico, social, político, jurídico, etc.), o tipo de uso que mais se destaca nos estudos relacionados às substâncias psicoativas ainda é o uso problemático ou abusivo. O discurso sobre esse uso problemático é proeminentemente moldado pela biomedicina, pelo direito e pela política. Os estudos realizados pelas ciências sociais ampliam a visão sobre o uso de substâncias ao se debruçar sobre os múltiplos papéis, inclusive positivos, que as substâncias podem ter na experiência dos seres humanos. A grande maioria das pessoas, em todas as civilizações, faz uso rotineiro e controlado de substâncias psicoativas, sem necessariamente ter prejuízos devido ao uso (WADLEY, 2016).

Ao abordar a importância do contexto social para o uso controlado de substâncias psicoativas, Zinberg (1980) chama a atenção para o fato de que o entendimento dos efeitos do uso de substâncias psicoativas deve ir além das propriedades farmacológicas das substâncias, devendo envolver também o ambiente (set) e as atitudes e personalidade do usuário (setting). O uso controlado de substâncias psicoativas está intimamente relacionado com o ambiente e as sanções e rituais sociais que o mesmo desenvolve para exercer o controle sobre o uso. Tais sanções e rituais

definem como uma determinada substância deve ser usada, incluindo tanto valores informais desta sociedade, como regras de conduta compartilhadas pelo grupo, além de leis e políticas que regulam o uso de drogas. Os rituais sociais envolvem os padrões de comportamento em torno da obtenção e do uso de uma determinada substância e servem para reforçar e simbolizar as sanções, exercendo automaticamente o controle social sobre o uso. Tais rituais e sanções dizem respeito a todos os tipos de substância e operam em diferentes contextos sociais, desde grandes grupos, que representam a sociedade como um todo, até subculturas específicas.

A existência de rituais e sanções não quer dizer que eles serão sempre efetivos, ou que eles estejam sempre voltados para a obtenção do uso controlado. Há inclusive contradições entre sanções diferentes numa mesma sociedade, como em relação às drogas ilícitas, sobre as quais existem sanções formais e informais, a lei contra o uso, e a apologia ao uso dentro de um grupo social específico. Isto torna o controle do uso de drogas ilícitas muito mais complexo do que o controle de drogas lícitas. Além disso, especialmente em relação às drogas ilícitas, há uma crença de que o uso controlado seria sinônimo de uso moderado, o que talvez explique o motivo pelo qual o poder do ambiente social em relação à regulação do uso de substâncias não tenha sido devidamente reconhecido e explorado. Tal ignorância nos leva ao desconhecimento de como os usuários mais controlados através dos costumes sociais (sanções e rituais) melhoram sua capacidade de controlar o uso (ZINBERG, 1980).

Zinberg (1980) aponta que, em estudo sobre o uso de álcool em diferentes culturas, foi possível observar cinco premissas que definem o uso controlado ou moderado de álcool e que, segundo o autor, podem ser aplicadas também a outras substâncias. A primeira premissa seria a diferenciação entre o uso em grupo, que normalmente está associado a rituais festivos ou religiosos, e a embriaguez; a segunda, diz respeito ao uso associado à comida ou a banquetes religiosos; a terceira seria a inclusão de ambos os sexos, bem como de diferentes gerações, na situação de uso, estejam eles bebendo ou não; a quarta seria a dissociação entre o uso e a fuga de alguma ansiedade pessoal ou situação social, o álcool não deve ter valor de medicamento; a quinta, e última, está relacionada ao comportamento adequado no momento do uso, sendo absolutamente reprovável a violência ou a sexualidade explícita, a proteção contra esse tipo de comportamento seria oferecida pelos sóbrios ou menos intoxicados. Ao complementar essa última premissa, o autor destaca a importância da aceitação geral

de que o uso precisa de contenções, sendo visto como apenas mais uma atividade entre muitas, com baixo nível de emoção associado. Ele refere também que este uso não deve fazer parte de rituais de passagem (masculinos ou femininos), ou estar associado a sentimentos de superioridade (ZINBERG e FRASER, 1979, apud ZINBERG, 1980).

Grund (1993), a partir das ideias de Zinberg, aponta que a autorregulação do uso pode ser entendida além de uma limitação do mesmo, referindo-se também à prevenção e gerenciamento dos problemas relacionados ao uso. Ele propõe que a autorregulação deva ser vista como um processo multidimensional. Além disso, Grund alerta para o fato de que a eficácia dos rituais e regras em exercer o controle do uso de substâncias é, aparentemente, moderado por fatores adicionais que sofrem a influência das habilidades individuais no cumprimento desses processos regulatórios sociais.

Ao rever o modelo de Zinberg (1980), que Grund (1993) considera um tanto estático, ele propõe combinar os rituais e regras a dois outros fatores, disponibilidade das drogas e estrutura de vida. Estrutura de vida se refere às atividades relacionadas ao trabalho, lazer, atividades domésticas, de busca de drogas, como também às relações com as pessoas, compromissos, obrigações, responsabilidades, expectativas, entre outros. O modelo de uso controlado de drogas se daria então na dinâmica entre estes três fatores: rituais e regras, disponibilidade das drogas, e estrutura de vida. Essa trindade interage num processo circular com coerência interna, onde tais fatores são modulados por seus próprios resultados. A autorregulação do consumo de drogas e seus efeitos é uma questão de equilíbrio nesta cadeia que se retroalimenta.

Tal processo não se dá num circuito fechado, mas numa dinâmica que sofre interferências externas, relacionadas aos fatores de mercado e regulamentação das drogas, aspectos culturais, e questões associadas à personalidade do indivíduo. Grund (1993) destaca ainda a influência das políticas sobre drogas neste circuito de autorregulação: a proibição de determinadas substâncias geraria efeitos importantes nos usuários. Entre estes efeitos estão a diferença de disponibilidade de drogas entre grupos específicos da população, tornando alguns grupos mais vulneráveis ao uso não controlado do que outros. Outro efeito seria a interferência sobre a formação de rituais e regras, que, ao invés de ser um processo de socialização intergeracional, familiar, se torna um processo de socialização subcultural, com ênfase em rituais idiossincráticos que alimentam essa subcultura. A estrutura de vida desses usuários também pode ser prejudicada pelo envolvimento em práticas ilegais necessárias à aquisição das drogas,

tais práticas podem levar à estigmatização, o ostracismo, ao uso não controlado, e todas as consequências sociais advindas e um rótulo de “viciado”.

Portanto, diante da presença histórica e da importância na vida social de toda a humanidade, o uso de substâncias psicoativas precisa ser abordado e reconhecido de modo que haja a melhor convivência possível com o mesmo. Ao invés da pregação utópica de uma sociedade sem drogas, o fracasso das políticas proibicionistas deve nos convocar a pensar novos modos de controle e gerenciamento do uso de substâncias. Para tal, é importante conhecer as formas de controle já existentes na sociedade, de modo a aperfeiçoá-las através de novos recursos e de estratégias já utilizadas pelos próprios usuários (MACRAE, 2003).

4.4 Modelos de atenção para usuários de álcool e outras drogas: caminhos já trilhados, caminhos em abertura, caminhos idealizados.

Ao se debruçar sobre o ‘problema-drogas’, o setor saúde, de uma maneira geral, tende a considerar que toda relação com a droga é, de alguma maneira, danosa, não admitindo a possibilidade de um uso como um estilo individual e privado que não necessariamente contrariaria o cuidado em saúde. Desta forma, medidas preventivas normalmente têm um cunho de redução ou anulação do uso, com as já conhecidas palavras de ordem ‘antidrogas’. Apesar de a dependência ser um fenômeno minoritário diante da amplitude de relações possíveis com o uso dessas substâncias, como já foi dito anteriormente, o setor saúde é muitas vezes atravessado por questões jurídico-policiais e os efeitos farmacológicos das substâncias se confundem com os agravos sociais advindos destas questões (ALARCON, 2012).

Desta forma, a formulação de políticas sanitárias voltadas ao uso de drogas na realidade brasileira sempre foi permeada por aspectos que demonstram uma atitude higienista preocupada mais com o controle social de determinadas parcelas da população do que com questões de fato relacionadas aos agravos à saúde. Apresento neste tópico as principais estratégias e políticas de cuidado para os usuários de álcool e outras drogas, de modo a formar um panorama dos principais dispositivos disponíveis na atualidade que podem ser acessados pelos usuários e suas famílias.

Como já foi dito na apresentação deste trabalho, por muito tempo a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no Brasil se deu através de outras instituições (justiça,

segurança, religião), e o setor saúde oferecia como única alternativa a internação em hospitais psiquiátricos. A primeira referência ao tratamento de usuários feita na legislação brasileira se deu na Lei nº 891 de 1938, que classificou o uso de substâncias como uma “doença de notificação compulsória”, sendo a internação obrigatória, e o tratamento em domicílio proibido. A saída do internamento só podia ser realizada por alta médica que comprovasse a cura do toxicômano. Caso o mesmo pedisse a saída da instituição antes de tal alta, era transferido para outra unidade hospitalar para a finalização do tratamento (BRASIL, 1938). Em 1976 esta medida da internação obrigatória é revogada com a aprovação da Lei nº 6.368 que indicava a responsabilidade do então Ministério da Previdência e Assistência Social de criar serviços ambulatoriais de tratamento, e indicava a internação obrigatória apenas para casos onde fosse julgada a necessidade da mesma (BRASIL, 1976).

Na década de 1980 surgiram alguns centros de referência especializados no tema do abuso de drogas que passaram a oferecer atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em formato ambulatorial. Entre eles estão a Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre, que oferecia o internamento com tratamento pós-internamento no formato ambulatorial; o Elâmpio Cordeiro, em Recife; o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD), pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA), em Salvador; o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) na Universidade Federal de São Paulo, em São Paulo; o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, no Rio de Janeiro; o Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos de Brasília (CORDATO); o Centro Mineiro de Toxicomanias (CMT), em Belo Horizonte; e o Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências (GREA), da Universidade de São Paulo (USP), em São Paulo (PETUCO, 2016).

No final dos anos 80, a epidemia do HIV trouxe à tona a necessidade de repensar o cuidado para este público. O compartilhamento de seringas e o sexo sem proteção faziam dos usuários de substâncias um dos chamados “grupos de risco” à época. O Brasil começa a ter um olhar mais amplo para o uso de substâncias psicoativas a partir da chegada da Redução de Danos enquanto modo de lidar com o HIV (TRIGUEIROS e HAIEK, 2006).

Petuco (2016) situa a emergência da Redução de Danos (RD) em “três nascimentos”. O primeiro ocorreu na Inglaterra, que no contexto do fim da Primeira Grande Guerra precisou lidar com o aumento do uso problemático de morfina e heroína. O governo inglês instituiu um comitê de especialistas para discutir a questão e em 1926 tal grupo construiu o Relatório Rolleston, que recomendava a prescrição de morfina e heroína por profissionais de saúde com o objetivo de possibilitar ao usuário desta a diminuição do uso e do sofrimento de uma retirada drástica de tais drogas. Iniciava-se aí uma das alternativas à abstinência trazidas pela RD, a “terapia de substituição”. O segundo “nascimento” ocorreu em 1984 no contexto da cidade de Amsterdã, na Holanda, onde a possibilidade de uma epidemia de hepatites virais e o medo de uma farmácia de atender pessoas que usavam drogas injetáveis, levou a uma articulação entre a “União Junkie” (associação de usuários e ex-usuários de drogas) e o Serviço Municipal de Saúde. A associação sugeriu, e o Serviço Municipal apoiou, aquilo que viria a ser o primeiro Programa de Troca de Seringas (PTS). Tal estratégia se estendeu a outros países devido ao surgimento da epidemia da AIDS. Também nascia com o PTS uma importante possibilidade de deslocamento no foco da intervenção em relação a estes usuários, saindo do foco no uso de drogas para as formas como as drogas são utilizadas.

O terceiro “nascimento” da RD se deu no Brasil. As ações de Redução de Danos tiveram sua primeira iniciativa em Santos, no ano de 1989, como uma medida para lidar com as epidemias de HIV e hepatite C. Neste período iniciou-se a tentativa de distribuição de insumos para o uso seguro de drogas injetáveis, medida que, na época, foi interpretada como um “incentivo ao uso de drogas”, tendo como desfecho a interrupção da ação por parte do Ministério Público. Porém, os profissionais de saúde de Santos não desistiram desta ação e retomaram o trabalho a partir de uma ONG chamada IEPAS (Instituto de Estudos e Pesquisas em AIDS de Santos), que passou a realizar o PTS clandestinamente (TRIGUEIROS e HAIEK, 2006; PETUCO, 2016). Em 1995 o CETAD, pertencente à Universidade Federal da Bahia (UFBA), conseguiu com um financiamento via Banco Mundial implementar o primeiro programa de PTS fora da clandestinidade na cidade de Salvador (PETUCO, 2016). Tal experiência se desenvolveu e levou ao surgimento no ano de 1999 dos Consultórios de Rua, equipes itinerantes que levavam as práticas de RD para pessoas em situação de rua (OLIVEIRA, 2009).

A partir dessa persistência no desenvolvimento das ações de RD é que outras iniciativas começaram a surgir em outros estados brasileiros, a implantação de outros projetos levaram à consolidação desta lógica no país, a ponto de compor, mais tarde, a política nacional sobre drogas (TRIGUEIROS e HAIEK, 2006). Inicialmente, em 2003, a RD aparece na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Outras Drogas como um método, como meio de possibilitar a liberdade, o vínculo, e a co-responsabilização na direção do tratamento (BRASIL, 2003). Em 2005, a Política Nacional sobre Drogas traz a RD como um de seus objetivos: “Reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos” (BRASIL, 2005, p. 07). A Lei nº 11.343, que foi aprovada em 2006 para substituir a supracitada Lei 6.368 de 1976, apesar de não falar da RD enquanto um método, uma lógica, ou uma estratégia, traz em seu texto algumas passagens se referindo à “redução dos riscos e danos à saúde” no que tange a prevenção e o tratamento voltados para o uso de substâncias psicoativas.

A lógica de RD tem como foco os direitos humanos dos usuários, a aceitação de que algumas pessoas não estão prontas para interromper o uso, o envolvimento do usuário de drogas nas discussões sobre este uso, a articulação intersetorial para garantia da assistência, e medidas para redução de danos e riscos à saúde (troca de seringas, terapia de substituição, divulgação de informações sobre saúde, etc.) (BUNING, 2006). Desta forma, a RD busca dirimir os danos, sejam eles à saúde, sociais ou econômicos. O objetivo é, em qualquer situação que o usuário esteja, e independente do que ele afirme querer fazer em relação ao seu uso de drogas, respeitar seus direitos e construir junto com ele alternativas para a melhora de sua qualidade de vida e da comunidade onde vive.

Para tal, é importante também conhecer as estratégias já empregadas pelos usuários no que diz respeito aos efeitos indesejáveis do uso, de modo a torná-las mais eficazes, assim como valorizar a mobilização de suas próprias redes de sociabilidade. Outra importante estratégia da RD é a cooptação de usuários de modo a participarem como agentes multiplicadores e assessores na elaboração das políticas de saúde. O respeito pelos usuários e por sua cultura é essencial para o desenvolvimento de ações que tenham a atenção e a confiança dos mesmos (MACRAE, 2003).

No âmbito da legislação brasileira do Sistema Único de Saúde (SUS), os primeiros dispositivos de atenção para os usuários de álcool e outras drogas foram inicialmente os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD). Estes centros têm como objetivo prestar atenção psicossocial no território através de atendimentos individuais e em grupo a usuários e familiares, como também o desenvolvimento de ações territoriais, como visitas domiciliares, supervisão e capacitação de outras equipes do território, e realização de atividades que promovam a reinserção social dos usuários (BRASIL, 2002).

Com a nova portaria 3088 de 23 de dezembro de 2011, novos dispositivos apareceram como parte integrante dessa rede de cuidados aos usuários de substâncias psicoativas, incluindo Unidades de Acolhimento, leitos de saúde mental em Hospital Geral, Serviço Móvel de Urgência, Unidades de Pronto Atendimento, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Convivência e Consultórios na Rua. Estes dispositivos devem funcionar sob a lógica da Redução de Danos e de forma articulada de modo a oferecer atenção integral às necessidades dos usuários (BRASIL, 2011).

Entretanto, o que se assiste no cenário de cuidado para pessoas usuárias de substâncias psicoativas, mesmo em dispositivos desta rede que se propõe a ser protagonista de processos de desinstitucionalização e reinserção no território, é a manutenção de práticas de fundamentação asilar, a partir do argumento de que este público específico não teria condições de lidar com suas questões relacionadas ao uso dentro de seu ambiente comunitário. A visão destes usuários como sujeitos subjugados às drogas justificaria a internação, mesmo que involuntária, de forma a garantir cuidado e proteção para os mesmos, que na verdade se conforma como contenção e tutela (ASSIS et, al., 2013).

Este tipo de atitude frente aos usuários de substâncias psicoativas reflete os diferentes modos de entender o uso de drogas na sociedade. O emprego de uma mistura de modelos de análise sobre o fenômeno do uso de drogas baseados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos influenciam nas práticas em saúde e comprometem a efetividade da atenção (SCHNEIDER e LIMA, 2011). Neste sentido, Nowlis (1975) se refere a quatro modelos de entendimento sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas: o modelo jurídico-moral, o modelo médico, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural.

O modelo jurídico-moral tem como base oposições como indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica, estas oposições conduzem a medidas ditas educativas, preventivas e de cunho repressivo. O modelo médico ou de saúde pública entende o problema do uso do ponto de vista da doença, onde o dependente, enquanto sujeito adoecido pela droga, necessita de tratamento ou cura. O modelo psicossocial compreende o sujeito enquanto agente ativo e o objeto de estudo seria a relação entre o usuário e a droga, levando em consideração que esta tem uma função na vida do sujeito e que a relação com a mesma está atravessada pelo contexto social onde está inserido. Já no modelo sociocultural este contexto é o ponto central da análise e o mais importante são os significados que a sociedade dá a essa utilização; nesse caso, as transformações no modo como a sociedade enxerga o uso e dos determinantes sociais que o envolvem seriam a forma mais efetiva de lidar com o uso problemático (NOWLIS, 1975). Em geral, o primeiro e o segundo modelos estão imbrincados nos contextos onde são utilizados, enquanto que o terceiro e o quarto modelos se coadunam em novas propostas na forma de abordar o fenômeno do uso de substâncias.

Esta diversidade de concepções sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas reflete a complexidade do mesmo, onde estão envolvidas inúmeras variáveis e determinantes, que se relacionam das mais diversas maneiras. A diversidade de formação dos profissionais de saúde e as diferentes concepções teórico-metodológicas se expressam em diferentes discursos e práticas, que muitas vezes chegam a ser díspares entre si. Isto dificulta enormemente o estabelecimento de protocolos de atenção, pois essa mistura de diferentes concepções muitas vezes se encontra na mesma instituição, comprometendo a construção de um projeto terapêutico e a eficácia e eficiência das intervenções propostas (SCHNEIDER e LIMA, 2011).

Muitas destas práticas de cuidado, baseadas numa miscelânea de modelos de análise, ainda coadunam com a ideia de que o usuário é uma vítima do objeto droga e que precisaria ser resgatado para que sua saúde seja restituída e para que ele possa retornar ao convívio em sociedade. Neste tipo de atitude em relação ao usuário, ficam evidentes as forças ainda vigorosas do modelo jurídico-moral e do modelo médico. A junção destes modelos estaria na base dos tratamentos de internação fechada como uma forma disciplinar de imposição da razão social estabelecida (ASSIS et. al. 2013).

Envolvidos neste emaranhado de concepções, e sob uma pressão social que comumente tem o modelo jurídico-moral como ponto de partida para a construção de análises sobre o uso, os profissionais e familiares de usuários de substâncias psicoativas, como também os próprios usuários, têm ainda recorrido aos antigos modelos de tratamento que apesar de questionados do ponto de vista da Reforma Psiquiátrica, continuam a vigorar e se multiplicar no território brasileiro. Mesmo do ponto de vista das políticas públicas, ainda lhe são assegurados lugar e financiamento, como as comunidades terapêuticas que têm financiamento previsto tanto pelo Ministério da Saúde pela portaria 3088 de 2011, como pelo Ministério da Justiça, através de editais de habilitação.

As comunidades terapêuticas (CT), como já foi dito anteriormente, surgiram como proposta de reforma ao modelo psiquiátrico tradicional na Inglaterra. Na década de 1950, Maxwell Jones propôs um espaço de tratamento onde abordagens educativas, encenações dramáticas, e a convivência em grupo, eram os pilares de uma proposta terapêutica voltada inicialmente para o tratamento de traumas em soldados que participaram da Segunda Grande Guerra. Mais tarde, a partir de 1960, este tipo de espaço foi utilizado também para o tratamento da dependência química, tendo como base o modelo dos Alcoólicos Anônimos (voltado para espiritualidade) combinado a outras intervenções, como técnicas de confronto entre os pares. Entre estas primeiras instituições estiveram a Synanon e a Phoenix House nos Estados Unidos. Uma terceira instituição, a Daytop Village, tinha em sua base características dos modelos médicos associadas às atividades em grupo (BRANDÃO e CARVALHO, 2016). De acordo com Fracasso (2008), a primeira CT surgiu no Brasil em 1968, na cidade de Goiânia. Esta CT denominada Desafio Jovem, teve em sua origem um movimento religioso coordenado pelo Pastor Edmundo.

Atualmente não há como dimensionar a quantidade de comunidades terapêuticas existentes no país, pois a maior parte delas funciona de forma clandestina e poucas delas são associadas à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT), onde, neste momento, só existem 94 comunidades filiadas. A maior parte das filiadas está concentrada nos estados de São Paulo, Rio Grande do Sul e Minas Gerais (FEBRACT, 2016). Estas instituições são em grande parte fundamentadas em bases religiosas, ou são espaços construídos por ex-usuários. Em sua maioria funcionam com o trabalho de pastores, voluntários e ex-usuários, em regime fechado e com internações que variam de

seis a nove meses, podendo extrapolar essa média a depender do caso e da instituição. Suas atividades são normalmente de cunho laboral, com uma grade bem definida de horários e responsabilidades. Nas de base religiosa, os momentos de oração estão entre as atividades do tratamento. A desobediência, ou não cumprimento das atividades, é passível de castigos e humilhações em algumas delas. Outras seguem um modelo mais próximo às clínicas particulares para tratamento de dependência química, com presença de equipe multiprofissional e atividades envolvendo atendimentos especializados em psiquiatria, psicologia, serviço social, etc., como também grupos terapêuticos, atividades lúdicas e artísticas, entre outras (SABINO e CAZENAVE, 2005; RAUPP e MILNITISKY-SAPIRO, 2008).

No Brasil há duas resoluções que tratam sobre as comunidades terapêuticas. Uma delas é a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 101 de 30 de maio de 2001, e a mais recente é a RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Ambas foram construídas com a finalidade de regulamentar o funcionamento destas unidades pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Além destas resoluções, há também uma portaria recente, a portaria nº 1482 de 2016, que torna elegível o cadastramento das comunidades terapêuticas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). De acordo com a RDC nº 101, as comunidades terapêuticas:

São serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas (SPA), em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos, segundo modelo psicossocial. São unidades que têm por função a oferta de um ambiente protegido, técnica e eticamente orientado, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas, durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica, e de reinserção social. (BRASIL, 2001, p.02)

Apesar de o texto da ANVISA conceituar as comunidades terapêuticas como um serviço baseado no modelo psicossocial, técnica e eticamente orientada, na prática seus pressupostos estão muito mais próximos do modelo jurídico-moral. Além disso, o isolamento como método terapêutico é algo que caminha na contramão da Reforma Psiquiátrica, e seriam necessários mais estudos para entender se a abstinência provocada pelo isolamento teria um custo-benefício válido em relação às perdas provocadas pelo

mesmo isolamento. Sabino e Cazenave (2005) trazem o receio de que a desadaptação provocada pelo isolamento seja um fator importante na propensão à recaída.

Sabino e Cazenave (2005) observam também que algumas vezes são encontrados usuários que não teriam perfil para estas instituições, tais como usuários ocasionais, internações indiscriminadas, pessoas com outros diagnósticos psiquiátricos, como também internações de caráter punitivo por parte de familiares.

Sobre o cunho religioso de algumas instituições, Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008), ao estudarem uma comunidade terapêutica religiosa para meninas adolescentes, verificaram que:

[...] sua rotina de atividades estava estruturada de forma a controlar os impulsos das adolescentes e “moldar” seu comportamento segundo os parâmetros morais da doutrina cristã, trabalhando de forma intensiva suas capacidades de postergar, substituir e reprimir seus impulsos. Toda a orientação educativa do programa terapêutico atuava sob esses dois aspectos centrais: a disciplina e a reeducação, visando o “renascimento” do sujeito em outra ordem moral. (p. 366)

Este tipo de circunstância denuncia o caráter de instituição total destas comunidades. O poder exercido sobre o eu na busca de uma “ortopedia” e de uma correção de ajuste moral dos desejos, além de uma destituição ou mutilação do eu anterior para uma transformação adequada às exigências do poder religioso, estão claramente afinadas com as denúncias feitas por Goffman e Foucault no que diz respeito ao tratamento asilar. Além disso, Raupp e Milnitsky-Sapiro (2008) chamam a atenção, ainda sobre essa comunidade, que a maioria das adolescentes, que daí saíam “doutrinadas”, não conseguiu lidar com suas necessidades após a saída da instituição, pois não tinha desenvolvido estratégias para viver no mundo externo, restando como escolha o retorno à instituição para ser freira ou monitora da comunidade.

É importante mencionar também o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, produzido pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP). De acordo com este relatório, há claros indícios de violação de direitos humanos nas Comunidades Terapêuticas inspecionadas. As práticas encontradas têm como pilar a banalização dos direitos dos internos através de ações como a interceptação e violação de correspondências, violência física, castigos, torturas, exposição a situações de humilhação, imposição de credo, exigência de exames clínicos, intimidações, desrespeito à orientação sexual, revista vexatória de familiares, violação de privacidade,

entre outras. A adoção de parte destas medidas faz parte da lógica terapêutica destes lugares. A proposta de tratamento visa à cura da dependência através da construção de uma identidade culpada e inferior (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011). Denúncias como esta do CFP continuam ocorrendo todos os anos através do Ministério Público e pela mídia.

Apesar disso, alguns autores (PERRONE, 2014; SABINO e CAZENAVE, 2005; COSTA, 2001) defendem que o tratamento nestas comunidades apresenta bons resultados em termos de reabilitação psicossocial e até, inclusive, enumeram semelhanças entre os pressupostos da Reforma Psiquiátrica com o modelo de atenção que embasa as comunidades. Estes autores questionam o julgamento de comunidades sérias, que estão afinadas com os princípios basilares dos primórdios da instituição e das regulamentações governamentais, a partir de instituições que funcionam de maneira clandestina e inadequada. Por outro lado, reconhecem que a maioria das instituições ainda se encontra nesta última situação.

O contraponto que o Ministério da Saúde (MS) apresentou a esta demanda social que tem se colocado de um espaço residencial de acolhimento e tratamento destes usuários foi a Unidade de Acolhimento (UA). Esta unidade é um ponto de atenção que oferece 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 tempo de permanência na Unidade de Acolhimento é de até seis (06) meses. O acolhimento neste ponto de atenção será definido exclusivamente pela equipe do Centro de Atenção Psicossocial de referência que será responsável pela elaboração do projeto terapêutico singular do usuário, considerando a hierarquização do cuidado, priorizando a atenção em serviços comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Porém o ritmo de implantação destas unidades no Brasil tem se dado de forma bastante lenta, tendo apenas 60 unidades habilitadas (implantadas e habilitadas pelo MS) em todo o país mesmo depois de quase cinco anos de publicação da portaria da RAPS (BRASIL, 2016). Não foram encontradas experiências e estudos sobre o funcionamento desta unidade nas principais bases de dados sobre pesquisa em saúde (LILACS, SCIELO e MEDLINE), de modo a avaliar a atuação de uma unidade residencial que se propõe a funcionar, de fato, a partir de um modelo psicossocial.

Dessa forma, a demanda pelas comunidades terapêuticas e o clamor pelo retorno das internações de longo prazo nos hospitais continua presente, as motivações e as consequências disto fazem parte de um complexo espectro de questões envolvendo as discussões político-ideológicas em torno do fenômeno do uso de drogas. Algumas questões sobre o cuidado dos usuários de substâncias psicoativas precisam ser constantemente problematizadas para que a reconstrução deste cuidado esteja afinada com a Reforma Psiquiátrica, principalmente no que diz respeito à emancipação do sujeito como objetivo central das novas práticas, e um cuidado que tenha uma perspectiva de fato pautada na Integralidade.

Além disso, questões que dizem respeito aos benefícios que o isolamento poderia trazer ao usuário, como a “fuga geográfica”, ou a retirada do ambiente de consumo, como apregoado pelas comunidades terapêuticas, ainda são bastantes polêmicas entre os profissionais que atualmente trabalham com essa população, inclusive nos serviços territoriais. Sobre a necessidade, em alguns casos, de internação de curto prazo para desintoxicação em hospital geral, há um consenso mais generalizado do ponto de vista clínico, estando inclusive os leitos de saúde mental presentes na portaria da RAPS.

Porém, quando se trata de uma internação de longo prazo, a discussão se torna mais complexa como se pôde observar até aqui. Enquanto os defensores das internações de longo prazo atestam que tudo é uma questão de melhorar a qualidade do serviço oferecido, os autores afinados com a Reforma Psiquiátrica questionam o tipo de poder exercido nos espaços de internamento e se colocam contra este tipo de intervenção. Além disso, uma segunda polêmica se instala quando a discussão se coloca em termos da possibilidade de a internação ser involuntária ou compulsória. Que tipo de usuário teria essa necessidade? Este tipo de internamento é eficaz? A favor de quais interesses se realiza este tipo de intervenção?

A complexidade das relações entre a vulnerabilidade social e o uso de drogas coloca novas questões em torno destes modelos de atenção, pois trazem para a discussão reflexões relacionadas ao modo como a sociedade brasileira historicamente vem lidando com estes usuários de substâncias psicoativas, muitas vezes fazendo meras associações de causa e efeito (ASSIS, et, al. 2013). Além disto, o uso de drogas dentro das classes sociais mais precarizadas sempre recebeu um olhar diferenciado. No final do século XIX e início do século XX, as razões para a proibição do uso estavam relacionadas a

uma classe social e a uma população específica, negra e mestiça. O efeito das substâncias era associado à loucura e à criminalidade (TRAD, 2010).

Nos últimos anos a associação do uso de crack à violência é um exemplo disto. Este tipo de ênfase abriu caminho para uma série de discussões e o surgimento de novas pesquisas sobre o uso desta substância. Alguns estados como São Paulo e Rio de Janeiro adotaram ações de “varredura” das ruas com medidas de internação compulsória para os usuários das “crackolândias”. Apesar de todas as discussões sobre direitos humanos encabeçadas pela Reforma Psiquiátrica, o Estado tem muitas vezes esse tipo de ação legitimada pela opinião pública, pois a sociedade alardeia que estes usuários precisam de tratamento, queiram eles, ou não. Por trás deste discurso ficam ocultadas outras intenções - limpar as ruas, aumentar a sensação de segurança, tornar mais invisível aquilo que teima em aparecer.

Dentre as pesquisas realizadas sobre o uso de crack, ganhou notoriedade uma pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz como parte do Plano de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas do Governo Federal. Esta pesquisa teve como objetivo delinear o perfil da população usuária de crack e outras formas similares de cocaína fumada (pasta base, merla e “oxi”) no país e estimar o número de usuários. Os principais resultados dessa pesquisa apontam uma estimativa da existência de 370 mil usuários nas capitais brasileiras, onde cerca de 14% são menores de idade.

O perfil mostrou ainda que metade dos usuários de crack do país é de jovens adultos de 18 a 30 anos, predominantemente do sexo masculino, em sua maioria solteiros, não brancos, e com baixa escolaridade. Aproximadamente 40% vivem nas ruas e a maioria faz sua fonte de renda por meio de trabalhos autônomos ou bicos e por ganho de esmolas. Mais da metade já foi presa pelo menos uma vez, tendo como principais causas da detenção o uso ou posse de drogas, assalto ou roubo, furto, fraude ou invasão de domicílio, e tráfico ou produção de drogas. Segundo o levantamento, cerca de 80% dos usuários utilizam a droga em espaços públicos (locais de circulação e interação de pessoas ou locais possíveis de serem visualizados ou visitados facilmente por não se tratarem de espaços privados) (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2013).

Esta pesquisa demonstra como o perfil destes usuários se caracteriza por uma alta vulnerabilidade social. Como a grande maioria faz uso em locais públicos, isso também explica as ações de “varredura” em algumas capitais. Pessoas que sujam a

paisagem, que a sociedade tenta a todo custo invisibilizar, mas que incomodam quando supostamente ameaçam a segurança pública.

Souza (2016) e sua equipe de pesquisadores têm se debruçado sobre o fenômeno do uso de crack e a exclusão social. A discussão que propõem tem apontado para o papel decisivo do abandono afetivo e social, associado à experiência de humilhação cotidiana, para o uso abusivo de substâncias psicoativas entre aqueles que fazem parte das classes sociais precarizadas, que Souza vai denominar de “ralé”. Ele ressalta o uso de substâncias como uma reação desses “desclassificados” contra si mesmos, numa tentativa desesperada de fugir das enormes dificuldades do cotidiano, mesmo que tal uso aumente ainda mais o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva destes indivíduos.

Segundo esse autor, tais indivíduos, participantes dessa “ralé estrutural”, seriam marcados por um contexto de socialização familiar que se caracteriza enquanto um “habitus precário” (uma nova modalidade proposta, tendo como referência o “habitus” em Bourdieu), ou seja, um habitus que não tem em suas disposições os recursos necessários para uma conduta social bem-sucedida. Conduta essa que deveria ter como base o autodomínio, a disciplina e o pensamento prospectivo. Esta condição de vida é marcada pela negação do status de pessoa de valor e pela acumulação de exclusões em diferentes âmbitos da vida social e se reproduz de geração a geração através de ambientes de socialização primária precários. Por outro lado, colaboradores de Souza destacam que é importante afirmar que o “habitus sozinho não faz a ralé”, mas principalmente o modo que esse habitus é percebido pelas instituições (ARENARI e DUTRA, 2016, p. 194).

Portanto, a transformação de tal condição social, e conseqüentemente do que se reflete dela como uso de substâncias psicoativas, precisa ter em conta a necessidade de instituições que promovam um processo de socialização que culmine na chegada desse indivíduo em uma condição de “pessoa social”, digna de “crédito” social e do recebimento de “investimentos” afetivos. Estas instituições precisam considerar também a necessidade de lidar com a fragmentação da categoria cognitiva de “tempo”, que afeta a capacidade de pensamento prospectivo, de modo a possibilitar uma reconstrução do passado e a projeção de um “futuro”. Para isso, as instituições podem promover esse processo de transformação atuando em três dimensões: a social, a cognitiva, e a afetiva.

Estas três dimensões operam de forma concomitante e integrada, sem uma causalidade linear temporal (ARENARI e DUTRA, 2016).

A ideia é que essas instituições funcionam como uma espécie de “‘banco’ que oferece ‘créditos sociais’ a credores com nenhuma garantia de pagamento, o que pode ser entendido como um investimento ‘às escuras’” (ARENARI e DUTRA, 2016, p. 206). A reconstrução de um novo habitus, a partir do habitus específico da instituição, serve como ponto de partida para novas reconstruções e para uma possível mudança na relação com a vida e com o uso de substâncias psicoativas. Os autores afirmam que parte das ideias aqui expostas teve como base a pesquisa com casos de relativo sucesso de alguns programas de recuperação para usuários de substâncias psicoativas, entre eles, o programa “De Braços Abertos”, da Prefeitura de São Paulo (ARENARI e DUTRA, 2016).

O programa “De Braços Abertos” (DBA) se norteia a partir dos seguintes princípios: baixa exigência; pacote de direitos; e ação integrada entre a rede de saúde, assistência social e trabalho fundamentado na economia solidária. Inspirado no conceito de *Housing First*, que prioriza o oferecimento de moradia para as pessoas em situação de rua e usuáries de substâncias psicoativas que não aderem a tratamentos de saúde, o DBA oferece moradia em quartos de hotel para os usuários em situação de rua da região da Luz, em São Paulo, conhecida como crackolândia. Além da moradia, são oferecidos cuidados em saúde, alimentação e trabalho. O programa teve seu início em janeiro de 2014 e, de lá para cá, já apresenta alguns resultados positivos, como a integração das áreas que coordenam o projeto (saúde, trabalho, assistência social e direitos humanos); saída de alguns usuários da região com retorno às famílias; maior adesão aos tratamentos de saúde; diversificação das atividades (inclusive culturais) oferecidas aos usuários; baixo índice de abandono, se comparado a outros projetos com usuários de substâncias psicoativas; ressignificação das atividades laborais; e transformação no modo de os profissionais abordarem os usuários da região (LANCETTI, 2015).

Os programas de baixa exigência, como os que têm por base a lógica da Redução de Danos, são o ponto de partida ou *primeiro disparo* de um processo de indução de novas subjetividades. Tal processo só é possível com longos investimentos dos profissionais, quebra de repetições e circuitos aprisionadores, superação de diversas formas de institucionalização, que possam permitir o aparecimento de linhas de fuga. A saída destes circuitos é o *segundo disparo*, que ocorre de forma tão enigmática e potente

que, na maioria das vezes, acontece fora do campo de visão dos cuidadores. A observação de como essas experiências acontecem é fundamental para os cuidadores, tanto no que diz respeito à otimização de suas atividades, como para uma avaliação de desfechos positivos de suas ações (LANCETTI, 2015)

Para Lancetti (2015), a ocorrência do primeiro e segundo disparos só é possível a partir de uma atuação profissional que vá à contramão do que ele vai chamar de *contrafissura*. A *contrafissura* está relacionada ao afã de resolver de forma imediata e simplista problemas de grande complexidade como o uso problemático de substâncias psicoativas. Campanhas alarmistas sobre epidemia do uso de crack, programas de prevenção que apregoam um mundo sem drogas, internação compulsória como única medida de tratamento e ações policiais, como forma de abordar usuários em situação de rua, são alguns exemplos de *contrafissura*. Ao invés disso, o autor destaca a importância da *plasticidade psíquica* e do *atletismo afetivo* enquanto ferramentas diante dos desafios impostos pelo uso problemático de substâncias psicoativas. A *plasticidade psíquica* permite que os profissionais não se endureçam, aprisionando seus fazeres em posturas rígidas, repetitivas, “neuróticas”, pouco plásticas para se moldar aos desafios cotidianos. Enquanto o *atletismo afetivo* diz respeito à disponibilidade do corpo do terapeuta para se aproximar do corpo do usuário, suas expressões, sua biografia, ao mesmo tempo em que experimenta as sensações produzidas na relação com ele.

Enquanto o usuário for visto como um ‘a-sujeito’, aquele que deixa de ser sujeito para ser apenas doente, dependente químico ou usuário de drogas, controlado pelas drogas, ou sujeito fraco e sem caráter, não há possibilidade de olhar integral, que contemple este sujeito enquanto ser biopsicossocial. Este olhar, baseado nos modelos jurídico-moral e no modelo médico (modelos que coadunam com a *contrafissura*), reduz as possibilidades de criação de novas estratégias de cuidado no que diz respeito a ações de promoção, prevenção e tratamento com o fim de reinserção social. As ações de promoção inexistem, as ações de prevenção caem na falácia de um mundo sem drogas e o tratamento pode caminhar para serviços onde o controle e o isolamento social se tornem os principais métodos de tratamento.

É importante resgatar também o conceito de Cuidado Público de Ayres (2011), já citado em tópico anterior, onde ele redefine o conceito de vulnerabilidade em saúde enquanto “violação sistemática das condições de reconhecimento dos sujeitos relacionadas a experiências indesejáveis de saúde e doença” (p.40). Correlativamente,

isto nos remete à histórica violação sistemática do reconhecimento dos usuários de substâncias psicoativas enquanto sujeitos. Reduzidos à relação com o objeto droga, ora tratados como marginais, ora como doentes, suas vidas foram quase sempre reduzidas a uma luta inglória contra si mesmos, contra um objeto inerte, ou contra um corpo social opressor. Quando pensamos a partir do Cuidado Público enquanto “conjunto de políticas, serviços e ações que busquem identificar situações de desrespeito aos sujeitos e prover meios de superá-las” (p.40), mudanças que vão, desde a legislação sobre drogas do nosso país até as relações que se estabelecem entre usuário e profissional nos serviços de saúde, são urgentes e necessárias para a superação das situações de desrespeito a que estas pessoas estão historicamente submetidas.

Por fim, todas estas questões reafirmam a importância de se debruçar sobre essa temática de modo a expandir os diálogos sobre o cuidado integral, os modelos de atenção e a ainda presente institucionalização do usuário de substâncias psicoativas. Enquanto pesquisador ou profissional da área, é preciso ter um compromisso ético de investigação, sem perder de vista que a própria ciência já fez uso de seus argumentos de forma a controlar, normatizar e avaliar concepções biomédicas e moralizadoras arraigadas na sociedade. Fortalecer análises e discussões a partir dos modelos psicossocial e sociocultural pode ser um caminho promissor para descortinar novas possibilidades de compreensão do fenômeno do uso de substâncias psicoativas e embasar a construção de práticas que proporcionem um cuidado que seja de fato integral e emancipador.

4.5 Itinerários Terapêuticos

Segundo Alves e Souza (1999), a literatura sócioantropológica sobre itinerário terapêutico tem por objetivo “interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento” (p. 125). Os indivíduos têm uma gama de serviços terapêuticos à sua escolha, com diferentes métodos e explicações para as doenças, formando modelos explicativos que por vezes são desconhecidos, ou parcialmente conhecidos pelos indivíduos leigos (ALVES e SOUZA, 1999).

Os trabalhos sobre itinerários terapêuticos têm como precursor o conceito de illness behavior, criado por Mechanic e Volkart (1960, apud ALVES e SOUZA, 1999).

As pesquisas sobre illness behavior tiveram como objetivo analisar como se dão as diferentes formas de assunção do papel de enfermo em indivíduos e grupos sociais. Tais estudos se voltavam principalmente para explicações relacionadas à utilização dos serviços médicos a partir de indivíduos ou grupos que já tomaram uma decisão por uma modalidade terapêutica, não levando em consideração como os atores tomaram as decisões e subestimando a presença de grupos com aspirações antagônicas, capazes de modificar as regras ou redefini-las durante as interações (ALVES, 2006).

As críticas a esse modelo contribuíram para reformulações teórico-metodológicas relacionadas à questão do itinerário terapêutico. A partir da década de 70 os trabalhos etnográficos passaram a enfatizar o fato de que os grupos sociais elaboram diferentes concepções sobre as doenças, como também estabelecem convenções sobre o modo como os indivíduos devem se comportar quando doentes. Desta forma, o itinerário terapêutico passou a apontar para os aspectos cognitivos e interativos envolvidos no processo de escolha e tratamento de saúde. Neste mesmo período as análises sobre os itinerários terapêuticos também foram fortemente influenciadas pelos estudos sobre redes sociais (ALVES e SOUZA, 1999).

Como importante contribuição para os estudos dos itinerários terapêuticos, Kleinman sugeriu um modelo de classificação do sistema terapêutico em três domínios estruturais de cuidados em saúde: profissional; popular (família, rede social, comunidade); e *folk* (curandeiros não profissionais). Cada domínio possui seus próprios sistemas explicativos, papéis sociais, configurações de interação e instituições. Para cada doença, domínios diferentes produzem modelos explicativos que são usados para determinar o que está errado com o paciente e o que deve ser feito. Desta forma, as interações entre médico e paciente são combinações entre modelos explicativos, operações envolvendo muitas vezes grandes discrepâncias no conteúdo cognitivo, bem como valores terapêuticos, expectativas e metas. Portanto, a busca por cuidado é culturalmente constituída e varia através das culturas, e até mesmo dentro do domínio de uma mesma sociedade (KLEINMAN et. al., 1978). Críticas a esse tipo de compartimentalização do sistema apontam a dificuldade de definir as fronteiras entre os sistemas, e questionam se de fato as pessoas conhecem os modelos explicativos dos sistemas escolhidos (ALVES e SOUZA, 1999).

Alves e Souza (1999) propõem uma superação dos estudos sobre itinerário terapêutico a partir dos modelos explicativos através de um enfoque das experiências

sem perder o domínio dos macroprocessos socioculturais. Criticam a possibilidade de se identificar um único conjunto de estruturas cognitivas que seria a fonte das significações dadas pelos indivíduos. Chamam atenção para o fato de que não haveria um conhecimento autêntico sobre os eventos médicos, visto que nos enunciados dos indivíduos se misturam diversos conhecimentos que são produzidos pela negociação de significados com outras pessoas. O processo de escolha terapêutica se dá através de experiências, trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo sócio-histórico-cultural mais amplo.

“[...] o itinerário terapêutico é o resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocado por ela, [...] um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (ALVES e SOUZA, 1999, p. 133). O itinerário terapêutico não é fruto de um plano esquematizado, a interpretação deste processo é sempre uma tentativa de remontar ao passado, de atribuir sentido ao itinerário constituído tanto por ações como pelo discurso sobre essas ações. Estas ações estão relacionadas ao que o indivíduo antecipa a respeito do que vai ser ou como deve ser determinado tratamento. Mas estas imagens têm caráter fluído, pois não estariam relacionadas somente a um modelo interpretativo, visto que são construídas dentro de redes de relações sociais que sustentam e confirmam as imagens de certos tratamentos (ALVES e SOUZA, 1999).

Em revisão bibliográfica sobre itinerários terapêuticos realizada em 2011, Cabral et. al. identificaram algumas linhas de estudo com diferentes enfoques. Uma delas tem como objetivo conhecer os dispositivos de cuidados acionados pelo paciente, sugerindo um olhar ampliado por parte dos profissionais de saúde para o universo cultural dos usuários, com o fim de alcançar resultados terapêuticos mais efetivos. Outra linha estaria mais centrada na avaliação da efetividade das redes de serviços, com o objetivo de desenvolver programas, capacitações e fluxogramas em saúde. Já outras abordagens incorporam as duas perspectivas, considerando, além disso, o contexto macrossocial onde os processos de saúde/doença se dão, levando em conta as dimensões subjetiva e cultural na forma como as pessoas buscam os serviços de saúde.

Pinho e Pereira (2012) fazem críticas a alguns estudos sobre itinerários terapêuticos no Brasil. Os autores apontam que se observa uma persistente opção por descrever os itinerários apenas a partir do trânsito dos indivíduos pelos aparelhos oficiais de saúde, se restringindo, assim, a uma esfera essencialmente biomédica. Os

autores defendem que em seus estudos o que aparece é uma relativização da própria biomedicina. Na circulação por diferentes instâncias curativas há uma articulação, por parte dos indivíduos, de vários universos simbólicos, com a relativização de dualidades tais como corpo/alma, biológico/social, natureza/cultura, no processo de escolha das terapias. Dessa forma, os autores trabalham com o conceito de itinerário terapêutico enquanto “conjunto de planos e ações que se sucedem, mesclam-se ou se sobrepõem para lidar com a enfermidade” (p.439). Neste percurso há uma multiplicidade heterogênea de movimentos, agenciamentos e concepções, que levam a diversos tipos de escolhas, ou até mesmo a uma interpenetrabilidade entre elas.

Numa revisão bibliográfica mais recente sobre itinerários terapêuticos, López (2014) nos traz alguns “consensos” ou “pressupostos” compartilhados entre os autores pesquisados. O primeiro seria o entendimento de que os indivíduos podem contar com diversas escolhas para lidar com o adoecimento. O segundo diz respeito ao fato de que não há um padrão determinado para as trajetórias terapêuticas, tendo lugar aí a complexidade e o inusitado. O terceiro se refere ao processo de escolha enquanto influenciado por diversos fatores, representações, significados, etiologia, crenças, ambiente familiar, redes sociais, condições socioeconômicas, e acessibilidade aos serviços. O quarto seria a ideia de que a severidade do adoecimento conduz à busca do subsistema profissional. O quinto, e último diz respeito à constatação de que as experiências subjetivas dos indivíduos são deixadas de lado pelo subsistema profissional de cuidados.

Ainda de acordo com Alves (2016), as pesquisas sobre itinerário terapêutico ampliaram seus escopos analíticos a partir da década de 1980. Tais pesquisas estão enfatizando a existência de diferentes concepções médicas sobre doença e tratamento; estão mais atentas ao pluralismo médico e às distintas estruturas cognitivas e práticas terapêuticas do sistema de saúde; não perdem de vista a constituição das redes sociais onde os atores se inserem; e consideram que as relações entre as interpretações dos atores sociais e os modelos explicativos dos subsectores terapêuticos não são necessariamente enquadradas em um modelo integrado e coerente.

Além disso, o autor observa que tais pesquisas têm trabalhado principalmente com duas ordens de explicações, as cognitivas e as socioeconômicas. A partir destas duas ordens são analisadas quatro temáticas: identificação de estratégias desenvolvidas para resolução de problemas; caracterização de modelos ou padrões nos percursos de

tratamento ou cura; trânsito de pacientes nos diferentes; e o funcionamento e organização de serviços de cuidado à saúde. São objetos de estudo destas pesquisas: representações de doença; busca de determinados tratamentos; adesão e avaliação de terapias; conduta de doentes e familiares em relação ao tratamento; relação paciente-terapeuta; disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais (profissionais ou não). Estas pesquisas, em sua maior parte realizadas com metodologias qualitativas, estão situadas principalmente nos campos da Antropologia, Sociologia e Psicologia Social (ALVES, 2016).

Estes estudos em torno da construção dos itinerários terapêuticos podem ser utilizados enquanto ferramenta de análise da Rede de Atenção em Saúde e da integralidade das ações. Ao ampliar a compreensão dos processos de busca por cuidado, o estudo dos itinerários terapêuticos possibilita identificar as dificuldades e limites em torno do processo de trabalho em saúde, e a necessidade de que a atuação ultrapasse os serviços de saúde, visto que os itinerários terapêuticos alcançam outras redes de relações sociais. Além disso, os itinerários terapêuticos têm o potencial de tensionar práticas e noções consolidadas pelo campo da saúde através do estudo de situações concretas que se aproximem da integralidade do cuidado (GERHARDT e RUIZ, 2014; PINHEIRO et. al, 2016).

Dessa forma, o itinerário terapêutico compreende tanto as experiências de pessoas e famílias em relação aos seus modos de significar e produzir cuidado, como também a forma que os serviços de saúde atendem e acolhem suas necessidades de saúde (GERHARDT e RUIZ, 2014). “O itinerário terapêutico constitui, assim, um dispositivo revelador da cultura *do* cuidado e do cuidado *na* e *da* cultura, na medida em que retrata a multiplicidade da constituição, qualidade das relações sociais e potenciais curativos.” (PINHEIRO et. al., 2016, p. 23). Para além da percepção individual ou grupal sobre a doença, o estudo dos itinerários aponta para o contexto social e cultural onde a busca do cuidado acontece. As práticas dos indivíduos em torno da doença são conformadas pelos contextos onde eles vivem e as relações com sua rede social (GERHARDT et. al., 2016). Neste sentido, é necessário também cuidar da cultura, ou seja, reconhecer práticas não hegemônicas de cuidado sem necessariamente excluir as práticas biomédicas, respeitando as diversidades e o pluralismo terapêutico (GERHARDT e RUIZ, 2014).

Para a presente pesquisa é de fundamental importância conhecer os itinerários terapêuticos dos indivíduos a serem acompanhados. As escolhas realizadas por estes na busca pela melhor forma de lidar com o uso problemático de substâncias trarão elementos significativos para o conhecimento de suas práticas cotidianas, dos modos de lidar com o “adoecimento” e abrirão portas para a interpretação dos possíveis significados destas experiências. É importante destacar aqui, que o estudo do itinerário terapêutico não deve se limitar a uma descrição estática da busca por tratamento como um *projeto*, mas deve abranger a amplitude de estratégias, táticas e estabelecimento de redes sociais no alcance de um *propósito*, que está relacionado com o cuidado à saúde e com as formas de lidar com a “doença” (ALVES, 2016).

Através das narrativas dos itinerários, mergulharemos nas histórias dos sujeitos e buscaremos alcançar pistas de como o sujeito se gestou, e foi gestado, em seu espaço social, com os outros significativos e as instituições, os papéis exercidos neste espaço, em um universo simbólico específico. Tal trajetória trará as marcas de um *habitus* e um estilo de vida próprios (do indivíduo e da cultura onde se insere), com suas irregularidades e pontos de virada, suas linearidades ou lapsos no tempo. O cotidiano de cada sujeito será redesenhado a partir de suas narrativas, tentando também observar atentamente como cada um engendra suas táticas e estratégias para lidar com sua realidade, seu processo de “adoecimento”, os problemas advindos do uso, as condições sociais em que vive.

5. QUADRO TEÓRICO-METODOLÓGICO

A despeito da hegemonia do discurso médico sobre a questão das drogas, tem sido cada vez mais reconhecida a necessidade de discutir o tema a partir de seus múltiplos determinantes, tais como os farmacológicos, psicológicos e socioculturais. A fenomenologia sociológica e a etnometodologia, por exemplo, possibilitam novos modos de abordar a questão do uso de substâncias psicoativas ao tratarem de temas que envolvem a compreensão dos significados e intencionalidades presentes nos fenômenos sociais. Quando se parte da concepção de que o uso de substâncias psicoativas não pode ser compreendido se não relacionado aos seus significados psíquicos e culturais, torna-se necessário, para tal estudo, que a escolha teórico-metodológica possa nos conduzir a

um entendimento do comportamento humano que leve em conta os modos como esses significados se constroem e como eles aparecem na vida social (MACRAE, 2004).

Segundo Trad (2012), é visível o incremento nas últimas décadas de estudos que adotam o enfoque etnográfico no campo da saúde. Pesquisadores de diferentes graduações, como psicólogos e outros profissionais de saúde, vêm privilegiando esta abordagem, principalmente no campo da saúde coletiva, onde o hibridismo disciplinar constitui um traço identitário. Para Mângia e Muramoto (2008), a postura etnográfica é a mais adequada para a escuta dos itinerários terapêuticos, visto que as posturas interpretativas oferecidas pelas disciplinas do campo "psi" tendem a colocar o técnico no alto de um suposto saber sobre a subjetividade do outro, carregado de seus próprios valores pessoais, culturais e estéticos. Já numa abordagem antropológica a postura interpretativa tem como um dos seus elementos centrais o respeito à alteridade, tendo como foco a experiência do outro e os significados que ele atribui a essa experiência.

Alves et al. (1999) ressaltam que o acesso à experiência só é possível no contexto relacional e na possibilidade dos sujeitos contarem suas histórias. A pesquisa com narrativas sobre adoecimento e busca de cuidado tem como elemento central o conceito de experiência, que diz respeito à forma como as pessoas inseridas em determinados contextos, reconhecem, vivenciam e produzem respostas no enfrentamento das situações colocadas pela doença.

Desta forma, de modo a responder às indagações e aos objetivos propostos, a presente pesquisa se dará no formato de um estudo qualitativo de cunho etnográfico. Serão utilizados como referencial teórico alguns autores que se debruçam sobre o estudo da vida cotidiana (Berger, Luckmann, Bourdieu e Certeau), o conceito de itinerário terapêutico, como também a importante contribuição da hermenêutica crítica para a compreensão da experiência. Para a coleta de dados serão utilizados o método da História de Vida combinado a alguns elementos da Observação Participante.

Apresentarei adiante a visão de Berger e Luckmann (2014) sobre a construção social da realidade. Tal apresentação tem como objetivo trazer subsídios para a discussão de conceitos importantes para a análise do discurso sobre o cotidiano das pessoas pesquisadas. Entender a constituição do humano enquanto ser biopsicossocial é essencial para a compreensão de suas experiências e a possibilidade de “adentrar” suas realidades através de suas biografias.

5.1 “A construção social da realidade” por Berger e Luckmann

O organismo humano se desenvolve no contato com seu ambiente, não só o ambiente natural, como também cultural e social. Esta relação com o ambiente se dá num processo de mediação realizado por aqueles que estão em contato direto com o ser humano em desenvolvimento, os “outros significativos”, termo cunhado por Mead. O organismo humano apresenta uma plasticidade significativa às forças ambientais, sendo, desta forma, a humanização um processo sociocultural, não existindo uma natureza humana no sentido de um substrato biológico físico. Apesar dos pressupostos genéticos, o ser humano se gesta na relação contínua entre desenvolvimento orgânico com o processo social, ganhando a forma de um eu em particular, constituído num determinado contexto cultural (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Este desenvolvimento humano se dá numa relação entre organismo e eu, onde o homem *é* um corpo, mas ao mesmo tempo *tem* um corpo, podendo experimentar a si próprio como uma entidade que não é idêntica a seu corpo, mas que tem esse corpo ao seu dispor. A experiência que o homem tem de si oscila num equilíbrio entre ser um corpo e ter um corpo. Este corpo, por si só, não possui os meios biológicos para dar estabilidade à conduta humana, é através da ordem social, que antecede e transforma o desenvolvimento orgânico, que ela se dá. Ordem social esta, também, produto de uma atividade humana. Para entender como se dá essa estabilidade das condutas, é preciso compreender o processo de institucionalização da atividade humana (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A institucionalização tem como base a aquisição de hábitos, que permite, através da repetição de um determinado padrão, a reprodução do mesmo com uma economia de esforço. Desta forma, o hábito possibilita a direção e a especialização da atividade humana, aliviando os acúmulos de tensões de impulsos não dirigidos, liberando energia para a deliberação e para a inovação (BERGER e LUCKMANN, 2014).

As instituições são um produto histórico e, pelo simples fato de existirem, controlam a conduta humana através do estabelecimento de padrões e da canalização das ações. O controle social exercido pelas instituições existe em todas as aglomerações de instituições, como a sociedade. Outros mecanismos de controle só aparecem quando os processos de institucionalização não forem bem-sucedidos. A institucionalização forma uma rotina dos comportamentos, esta torna mais fácil saber o que esperar das

ações dos outros. O processo de institucionalização tem como a base a forma como as interações vão acontecendo entre os atores. As rotinas tendem a se estabelecer de forma a garantir uma lógica objetiva. Esta objetivação tende a ser coercitiva, fazendo com que o homem experimente o mundo institucional, a realidade social, como algo externo e diferente de um produto humano (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A “lógica” das instituições só funciona se for legitimada, ela precisa ser aceita pelos atores de uma determinada sociedade. A legitimação tem como base e instrumento a linguagem, através da qual o conhecimento disponível de uma determinada sociedade é transmitido, fortalecendo a “lógica” atribuída à ordem institucional (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Este conhecimento constitui a dinâmica motivadora da conduta institucionalizada. Define as áreas institucionalizadas da conduta e designa todas as situações que se localizam dentro dessas áreas. Define e constrói os papéis que devem ser desempenhados no contexto das instituições em questão. *Ipsa facto*, controla e prediz todas estas condutas. Sendo este conhecimento socialmente objetivado *como* conhecimento, isto é, como um corpo de verdades universalmente válidas sobre a realidade, qualquer desvio radical da ordem institucional toma caráter de um afastamento da realidade. Este desvio pode ser designado como depravação moral, doença mental ou simplesmente ignorância crassa. (BERGER e LUCKMANN, 2014, p.90-91)

Para que a transmissão desse conhecimento possa atravessar gerações, ele precisou inicialmente ser sedimentado, para então se consolidar enquanto uma tradição. A sedimentação intersubjetiva se dá através da participação de vários indivíduos em uma biografia comum, tendo suas experiências incorporadas a um corpo comum de conhecimento. Esta sedimentação ganha um alcance social quando se objetiva através de um sistema de sinais (linguagem) que possibilite a transmissão através das gerações ou entre coletividades (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Outro elemento importante para a institucionalização e legitimação é a tipificação da experiência dos indivíduos por meio dos papéis. O exercício de papéis integra o ser humano ao mundo social e torna este mesmo mundo subjetivamente real para ele. Estes papéis envolvem um conjunto de determinadas condutas que, através da interação social, se consolidam se tornando, posteriormente, institucionalizadas. Dessa forma, os papéis também são parte importante do controle da institucionalização e da manutenção da ordem institucional, o exercício dos papéis é que torna possível a realidade das instituições (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Tendo os elementos anteriores como base, a legitimação, segundo Berger e Luckmann (2014) pode ser dividida analiticamente em quatro níveis. Uma legitimação incipiente através da transmissão inicial de um sistema de objetivações linguísticas da experiência. No segundo nível aparecem proposições teóricas em modo rudimentar, como esquemas explicativos sobre ações concretas. O terceiro nível contém teorias explícitas relacionadas com a legitimação de um setor institucional, sendo caracterizado por conhecimentos especializados. O quarto nível de legitimação é constituído pelos universos simbólicos, “corpos de tradição teórica que integram diferentes áreas de significação e abrangem a ordem institucional em uma totalidade simbólica” (p. 126).

O universo simbólico é concebido como a matriz de todos os significados socialmente objetivados e subjetivamente reais. A sociedade histórica inteira e toda a biografia do indivíduo são vistas como acontecimentos que se passam dentro deste universo. O que tem particular importância é que as situações marginais da vida de indivíduo [...] são também abrangidas pelo universo simbólico. Tais situações são experimentadas nos sonhos e nas fantasias [...]. No interior do universo simbólico estes domínios separados de realidade integram-se em uma totalidade dotada de sentido [...] sua capacidade de atribuição de significações excede de muito o domínio da vida social, de modo que o indivíduo pode “localizar-se” nele, mesmo em suas mais solitárias experiências (BERGER e LUCKMANN, 2014, p.127-128)

A manutenção do universo simbólico é efetuada através de mecanismos conceituais, tais como a mitologia, a teologia, a filosofia e a ciência. Como produto histórico da atividade humana, o universo simbólico é passível de transformação por esta mesma ação humana, mudanças na organização social acarretam transformações no universo simbólico (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Além dos processos descritos anteriormente no que diz respeito à objetivação da realidade social, Berger e Luckmann (2014) descrevem também como ocorre o processo de interiorização desta realidade. O indivíduo não nasce membro de uma sociedade, só numa sequência temporal no curso da vida ele passa a fazer parte da dialética social. O processo de interiorização se dá através da “apreensão ou interpretação imediata de um acontecimento objetivo como dotado de sentido, isto é, como manifestação de processos subjetivos de outrem, que desta maneira tornem-se subjetivamente significativo para mim” (p. 167-168). Neste processo, cada indivíduo, ao seu modo, “assume” para si o mundo social no qual os outros já vivem, desenvolvendo uma identificação mútua com os demais.

A interiorização então é parte primordial da socialização enquanto introdução de um indivíduo numa dada sociedade. A socialização primária é aquela que ocorre durante a infância através da qual um indivíduo se torna membro de uma sociedade. A socialização secundária diz respeito a processos subsequentes que são responsáveis pela inserção do indivíduo em novos setores da sociedade (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A socialização primária tem um peso significativamente maior para socialização dos indivíduos visto que, neste processo mediado pelos outros significativos, há uma apresentação da realidade objetiva que se faz a partir de um recorte destes mediadores. A localização na sociedade e as idiosincrasias individuais dos outros significativos funcionam como “filtros” para a realidade apreendida neste processo de socialização. É nessa fase da socialização que a criança desenvolve uma ideia dos papéis, primeiro em relação às atitudes dos outros significativos, depois como do outro generalizado, isto é, de uma sociedade como um todo (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A socialização secundária tem como base a socialização primária, e esta pode criar ou não problemas de coerência com a sobreposição da socialização secundária. A socialização secundária é a interiorização de setores especializados da sociedade e estão relacionados com a divisão do trabalho e a distribuição social do conhecimento (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A conservação da realidade subjetiva se dá na interação com os outros significativos, e mesmo com os outros menos importantes, tanto através da reafirmação da identidade pelos outros significativos, como pela conversa com todos os outros. Em situações de crise as confirmações da realidade devem se tornar explícitas e intensas. A realidade subjetiva pode ser transformada a partir da reorganização do aparelho da conversa, onde aparecem novos outros significativos e um aparelho legitimador da nova realidade vivenciada. Os outros significativos anteriores e a biografia do indivíduo devem ser reinterpretados de acordo com o novo aparelho legitimador. Exemplos deste processo podem ser encontrados na conversão religiosa, na doutrinação política e na psicoterapia (BERGER e LUCKMANN, 2014).

Na realidade prática existem diversos graus de ressocialização. A socialização é considerada mais ou menos bem-sucedida de acordo com o grau de simetria entre a realidade objetiva e a subjetiva. Isto varia de acordo com o processo de socialização de cada indivíduo tanto nas fases primária como secundária. A depender do nível de

socialização de um indivíduo, ele pode ser considerado um aleijado, um bastardo, um idiota, etc. (BERGER e LUCKMANN, 2014).

A identidade é um elemento-chave da realidade subjetiva, formada, mantida, modificada ou remodelada por processos sociais. De forma inversa, também a identidade reage à sociedade em sua manutenção ou transformação. Assim, identidade e sociedade mantêm uma relação dialética, ela é produto da relação dialética entre indivíduo e sociedade. O mesmo pode-se dizer sobre o organismo biológico e a sociedade, numa relação de estabelecimento de limites e possibilidades entre o organismo e a sociedade. No indivíduo socializado, há uma dialética contínua entre identidade e seu substrato biológico (BERGER e LUCKMANN, 2014).

O homem é biologicamente predestinado a construir e habitar um mundo com os outros. Este mundo torna-se para ele a realidade dominante e definitiva. Seus limites são estabelecidos pela natureza, mas, uma vez construído, este mundo atua de retorno sobre a natureza. Na dialética entre a natureza e o mundo socialmente construído, o organismo humano se transforma. Nessa mesma dialética o homem produz a realidade e com isso se produz a si mesmo. (BERGER e LUCKMANN, 2014. p. 233)

5.2 O espaço social e as práticas do cotidiano

Ainda tomando o tema da identidade, Bourdieu (2008) afirma que ela seria entendida pelo mundo social como uma constância em si mesmo, inteligível, como uma história bem construída. O nome próprio seria a mais evidente expressão dessa tentativa de totalização e unificação do eu. Através dele se institui uma identidade social constante e durável, estendendo-se a todos os campos possíveis onde ele intervém como *agente*. O nome próprio é o suporte ao *estado civil*, um conjunto de propriedades, tais como nacionalidade, sexo, idade, que a lei civil associa a efeitos jurídicos e que *instituem*, como se fosse uma constatação, as certidões de estado civil. Essa *descrição oficial* de uma espécie de essência social se coloca como transcendente às flutuações históricas.

A análise crítica a essa ideia de história de vida bem construída enquanto ficha de estado civil, ou sucessão longitudinal dos acontecimentos constitutivos da vida, conduz Bourdieu (2008) à construção da noção de *trajetória* como:

[...] série de posições sucessivamente ocupadas por um mesmo agente (ou um mesmo grupo) em um espaço ele próprio em devir e submetido a transformações incessantes. [...] Os acontecimentos biográficos se definem

como *colocações* e *deslocamentos* no espaço social, isto é, mais precisamente nos diferentes estados sucessivos da estrutura da distribuição das diferentes espécies de capital que estão em jogo no campo considerado (BOURDIEU, 2008, p. 81-82).

A trajetória social seria então uma maneira singular de percorrer o espaço social, onde é possível observar as disposições do *habitus*. As noções de *espaço* e *espaço social* para Bourdieu (2008) seriam:

[...] conjunto de posições distintas e coexistentes, exteriores umas às outras, definidas umas em relação às outras por sua *exterioridade mútua* e por relações de proximidade, de vizinhança ou de distanciamento e, também, por relações de ordem, como acima, e *entre*. [...] O espaço social é construído de tal modo que os agentes ou os grupos são aí distribuídos em função de sua posição nas distribuições estatísticas de acordo com os *dois princípios de diferenciação* [...] – o capital econômico e o capital cultural (p. 19).

Estas posições no espaço social são definidas pelas classes de *habitus* (*gostos*), que são produzidos através dos condicionamentos sociais associados à condição social dos agentes, como também pela intermediação desses *habitus* e o que deles se origina, como um conjunto de bens e propriedades articuladas por uma afinidade de estilo (BOURDIEU, 2008).

O *habitus* é esse princípio gerador e unificador que retraduz as características intrínsecas e relacionais de uma posição em um estilo de vida únivoco, isto é, em um conjunto únivoco de escolhas de pessoas, de bens, de práticas. (BOURDIEU, 2008, p.21-22)

É importante assinalar que o “hábito” citado anteriormente como elemento do processo de institucionalização do ser humano é diferente do *habitus* aqui colocado pela teoria de Bourdieu. O hábito enquanto repetição de um padrão de comportamento é um elemento essencial e molecular da institucionalização, já o *habitus* representa um conjunto de hábitos, se poderíamos assim dizer, que representa o modo de estar no mundo de uma determinada classe social, ou de grupos de pessoas aproximadas em termos de posição social em um dado espaço social.

A disposição dos agentes no espaço social, definida pelo *habitus*, se dá de acordo com o principal fator de diferenciação entre os agentes, o acúmulo de *capitais*. A distribuição das várias formas de capital traduz a distribuição das forças, poderes, aquisições daqueles que os acumula (BOURDIEU, 1987).

[...] esses poderes sociais fundamentais são, de acordo com as minhas investigações empíricas, em primeiro lugar, o capital econômico, em seus vários tipos; em segundo lugar, o capital cultural, ou melhor, capital informativo, mais uma vez em seus diferentes tipos; e em terceiro lugar duas formas de capital que estão fortemente correlacionadas, capital social, que tem como base recursos advindos das relações entre os membros do grupo, e o capital simbólico, no qual se configuram diferentes tipos de capital, uma vez que estes são percebidos e reconhecidos como legítimos. (BOURDIEU, 1987, p. 04)

Desta forma, os agentes são distribuídos no espaço social de acordo com o volume global de capital que possuem, com a composição de seu capital (peso relativo do seu capital em relação a outras formas de capital), e de acordo com a evolução no tempo do volume e da composição de seu capital, sua trajetória no espaço social. A posição de cada agente neste espaço social se constrói em relação à posição de outros agentes formando distinções, classificações, que os situam enquanto pertencentes a diferentes classes sociais dentro deste espaço. Esta classificação se dá de acordo com aspectos de diferenciação e homogeneização entre os *habitus* dos agentes (BOURDIEU, 1987).

As classes sociais podem ser caracterizadas como conjuntos de agentes que, em virtude de ocuparem posições semelhantes em um espaço social, estão sujeitos a fatores de condicionamento e a condições de existência semelhantes, adquirindo assim disposições similares e o desenvolvimento de práticas semelhantes. As posições ocupadas pelos agentes em relação aos outros, somada às afinidades de *habitus*, estão na base dos processos relacionados às alianças e conexões duráveis, dos relacionamentos legitimados (BOURDIEU, 1987).

As noções trazidas até agora no que se refere à institucionalização do ser humano (Berger e Luckmann) e como estes se dispõem no espaço social (Bourdieu) são elementos essenciais para pensar as práticas dos agentes em seu cotidiano, nesta relação contínua e intrincada entre o contexto “macro” da sociedade e o “micro” das relações cotidianas. Estas noções nos ajudam a situar o sujeito em sua trajetória, sua história individual em uma história maior do contexto social onde se gesta e vive. Para finalizar essa reflexão julgo ser pertinente e potente trazer alguns conceitos desenvolvidos por Michel de Certeau em relação às “maneiras de fazer” dos sujeitos em seu cotidiano.

Michel de Certeau busca, sem subestimar a realidade das instituições e dos poderes envolvidos na conformação social, dar enfoque aos movimentos relacionados às microrresistências, que possibilitam microliberdades, mobilizando recursos insuspeitos, deslocando fronteiras da dominação dos poderes (GIARD, 2014). Em seu estudo,

Certeau (2014) ressalta que pretende se referir aos “modos de operação ou esquemas de ação, e não diretamente ao sujeito que é o seu autor ou seu veículo” (p. 37). O objetivo de seu estudo é:

“explicitar as *combinatórias de operações* que compõem também (sem ser exclusivamente) uma “cultura” e exumar os modelos de ação característicos dos usuários, dos quais se esconde sob o pudico nome de consumidores, o estatuto de dominados (o que não quer dizer passíveis ou dóceis). O cotidiano se inventa com mil maneiras de *caça não autorizada*. (Certeau, 2014, p. 37-38)

Os consumidores dos produtos dos sistemas da produção racionalizada, expansionista, totalitária (televisiva, comercial, urbanística, etc.), têm *maneiras de empregar* tais produtos impostos pela ordem econômica dominante e que corresponde à *outra* produção, qualificada por Certeau (2014) de “consumo”. Este consumo se dá através de “maneiras de fazer” pelas quais os usuários se reapropriam do espaço organizado pelas técnicas da produção sociocultural, operações quase microbianas que proliferam no seio das estruturas tecnocráticas e alteram o seu funcionamento através de uma multiplicidade de “táticas” articuladas sobre os “detalhes” do cotidiano.

Estes modos de consumo não se dão de forma homogênea na maioria marginalizada, maioria que consome os produtos da economia produtivista, produtora de cultura. Há distinções entre as margens de manobras permitidas a cada usuário de acordo com a conjuntura onde se encontram. Em relação a esta conjuntura, Certeau (2014) nos oferece o conceito de “estratégia”:

[...] o cálculo (ou a manipulação) das relações de força que se torna possível a partir do momento em que um sujeito de querer e poder (uma empresa, um exército, uma cidade, uma instituição científica) pode ser isolado. A estratégia postula um *lugar* suscetível de ser circunscrito como *algo próprio* e ser a base de onde se podem gerir as relações com uma *exterioridade* de alvos ou ameaças (os clientes ou os concorrentes, os inimigos, o campo em torno da cidade, os objetivos e objetos da pesquisa, etc.) (p. 93)

Em contraposição à estratégia, Certeau (2014) nos traz o conceito de “tática”:

[...] um cálculo que não pode contar com um próprio, nem portanto com uma fronteira que distingue o outro como totalidade visível. A tática só tem por lugar o do outro. Ela aí se insinua, fragmentariamente, sem apreendê-lo por inteiro, sem poder retê-lo à distância. Ela não dispõe de base onde capitalizar os seus proveitos, preparar suas expansões e assegurar uma independência em face das circunstâncias. O “próprio” é uma vitória do lugar sobre o tempo. Ao contrário, pelo fato de seu não lugar, a tática depende do tempo, vigiando para “captar no voo” possibilidades de ganho. O que ele ganha, não

o guarda. Tem constantemente que jogar com os acontecimentos para os transformar em “ocasiões”. (p. 45-46)

As “maneiras de fazer” são de modo geral do tipo “táticas”, e podem estar presentes em diversas práticas cotidianas tais como falar, ler, circular, fazer compras, preparar as refeições, etc. Elas são reponsáveis por pequenos sucessos, artes de dar golpes, astúcias, simulações polimorfos que produzem vitórias do “fraco” sobre o mais “forte”.

Dessa forma, Certeau (2014) pensa a trajetória dos usuários para além de uma sucessão de pontos percorridos em um determinado espaço, que formariam então um gráfico no lugar de uma operação, uma figura estática e irreversível. Ele propõe um modelo baseado na distinção e no movimento entre “estratégias” e “táticas”, enquanto as estratégias marcam a resistência que o *estabelecimento de um lugar* oferece ao uso do tempo; as táticas apontam para uma hábil *utilização do tempo*, das ocasiões e dos jogos que se embrenham nas estruturas de um poder.

O aporte teórico de Certeau pode ser bastante útil enquanto ferramenta de análise das trajetórias de pessoas com experiência de uso de substâncias psicoativas. A marginalização social de tais usuários requer deles um uso contínuo de “táticas” para lidar com o seu lugar social e com a judicialização de tal uso. A compreensão sobre as “maneiras de fazer” de tais usuários, desenvolvidas entre “estratégias” e “táticas”, apresenta-se como potencializador das análises possíveis a partir do aporte fenomenológico de Berger e Luckmann, e das teorias de Bourdieu sobre as trajetórias, espaço social, *habitus* e capitais.

Desta forma, os conceitos apresentados até aqui nos permitem trilhar um caminho que vai desde o desenvolvimento humano em seu espaço social até a conformação de seu estilo de vida e os modos de viver neste espaço e, por fim, o detalhamento deste modo de viver de forma a identificar “escapes”, “linhas de fuga”, contraposições a certas imposições deste mesmo espaço. Tal caminho nos fornece importantes elementos para a análise das trajetórias de vida de pessoas com experiência de uso de substâncias psicoativas e nos auxilia no entendimento das potencialidades e obstáculos que se apresentam na trajetória destes sujeitos no que diz respeito ao seu processo de desinstitucionalização. Para pensar a integralidade do cuidado nesta trajetória de desinstitucionalização e a relação com os modos como a sociedade e os sujeitos experienciam a questão do uso problemático de drogas, é essencial um aporte

teórico que nos dê indicações sobre a vida em sociedade e a conformação dos sujeitos na relação com a mesma. A questão do uso problemático de substâncias psicoativas nos coloca o desafio, talvez mais do que em outros fenômenos classificados como doenças ou problemas para a saúde coletiva, de entender o fenômeno com todas as suas nuances e de forma aprofundada no que diz respeito à realidade biopsicossocial de cada sujeito. Não há integralidade sem este entendimento holístico das condições biopsicossociais em que os sujeitos se encontram.

5.3 Hermenêutica: uma proposta de análise para a compreensão da experiência.

Costa (2002) aponta para a importante contribuição do paradigma hermenêutico para os que se dedicam à análise cultural ou percorrem os caminhos da pesquisa etnográfica. Ela destaca a negação do discurso “cientificista” e assunção do papel da consciência crítica da própria ciência que o paradigma hermenêutico atribui a um novo estilo de “fazer” etnográfico. Tal contribuição tem como base um questionamento radical da autoridade do pesquisador e coloca no centro da discussão a reflexão sistemática sobre a relação pesquisador/objeto cognoscível além da necessidade de esclarecer o contexto em que se dá o encontro etnográfico. Assim, há a necessidade da inclusão da “historicidade” e do reconhecimento da “intersubjetividade” no enquadre metodológico da investigação cultural.

A perspectiva hermenêutica tem como base a relação “dialógica” e a “fusão de horizontes” como condições do saber. Neste sentido há uma interpenetração entre os horizontes culturais de pesquisador e pesquisado, como também entre o pesquisador e seu próprio horizonte teórico. O objetivismo científico é questionado a partir desta “intersubjetividade” e da relação “dialógica” que situam observador e observado em campos semânticos em geral distintos, mas em posições simétricas. Desta forma, é possível entender o encontro entre pesquisador e pesquisado como uma relação dialógica onde há a comunicação de universos culturais que se interpenetram sem anularem um ao outro (COSTA, 2002).

Quem quer compreender um texto, em princípio, deve estar disposto a deixar que ele diga alguma coisa por si. Por isso, uma consciência formada hermeneuticamente tem que se mostrar receptiva, desde o princípio, para a alteridade do texto. Mas essa receptividade não pressupõe nem “neutralidade” com relação à coisa nem tampouco auto-anulamento, mas

inclui a apropriação das próprias opiniões prévias e preconceitos, apropriação que se destaca destes (GADAMER, 1999, p. 405).

Assim, o pesquisador, diferente de uma posição positivista, não nega ou põe de lado seus preconceitos, mas os assume de modo a possibilitar uma postura crítica sobre eles. Para Gadamer (1999) para que possamos nos deslocar para uma situação qualquer (como a situação de um outro homem) precisamos partir de um horizonte, precisamos nos deslocar com o que somos, para que então possamos compreender o outro a partir de sua alteridade. Esse deslocar-se possibilita ganhar um horizonte, que seria uma visão superior mais ampla, que vai além do próximo para vê-lo melhor no todo maior do qual faz parte.

Desta forma, uma situação hermenêutica é formada pelos preconceitos que o pesquisador traz para a pesquisa. Estes preconceitos formam o que Gadamer (1999) denomina de “horizonte do presente”, como representação daquilo “mais além do qual já não se consegue ver” (p. 457). Este “horizonte do presente” não é uma fonte estática de opiniões e valorações, mas está em constante formação no contato com outros horizontes. *“Compreender é sempre o processo de fusão destes horizontes presumivelmente dados por si mesmos”* (p. 457). Esta “fusão de horizontes” remete, no que tange à diversidade cultural, ao exercício contínuo da auto-reflexão e da crítica por parte do pesquisador (COSTA, 2002).

Costa (2002) destaca que, neste processo de “fusão de horizontes”, a relação dialógica não permite uma reprodução pura e simples do modelo do outro, mas uma interpretação que tem a influência da “lente” do pesquisador que observa o pesquisado. Desta forma, a interpretação hermenêutica vai além do sentido construído no horizonte do “nativo”, visto que as significações aí construídas partem do horizonte do pesquisador. Neste sentido, Geertz (2008) enfatiza que um dos objetivos da antropologia é alargar o universo do discurso humano.

[...] esse é um objetivo ao qual o conceito de cultura semiótico se adapta especialmente bem. Como sistemas entrelaçados de signos interpretáveis (o que eu chamaria símbolos, ignorando as utilizações provinciais), a cultura não é um poder, algo ao qual podem ser atribuídos casualmente os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos; ela é um contexto, algo dentro do qual eles podem ser descritos de forma inteligível — isto é, descritos com densidade. (p. 10)

Uma “descrição densa” comporta, dessa forma, um conjunto de significações sobre as ações sociais dadas pelos atores e a partir das quais pode se fazer afirmações

baseadas no conhecimento sobre a sociedade onde eles se inserem. Essas afirmações devem ter como base de análise uma teoria capaz de fornecer um vocabulário que dê significado ao ato simbólico (GEERTZ, 2008). Assim, essa interpretação que tem como base o conhecimento sobre a sociedade nos remete à importância do contexto cultural para a interpretação de qualquer ato que se dê dentro deste contexto. Neste sentido, o círculo hermenêutico, conceito de Schleiermacher, tomado por Gadamer (1999), vai ao encontro deste entendimento ao se referir à compreensão enquanto um movimento que vai constantemente do todo à parte e deste ao todo.

Recordamos aqui a regra hermenêutica, segundo a qual tem-se de compreender o todo a partir do individual e o individual a partir do todo. É uma regra que procede da antiga retórica e que a hermenêutica moderna transferiu da arte de falar para a arte de compreender. Aqui como lá subjaz uma relação circular. A antecipação de sentido, na qual está entendido o todo, chega a uma compreensão explícita através do fato de que as partes que se determinam a partir do todo determinam, por sua vez, a esse todo. (GADAMER, 1999, p. 436)

A construção do texto etnográfico se dá neste processo de interpretação entre parte e todo, entre a vivência do campo e o conhecimento científico, formando um texto que Geertz (2008) nos alerta ter uma característica de ficção, ficção enquanto “algo construído”, “algo modelado”, uma interpretação entre outras possíveis. A interpretação antropológica consiste nessa possibilidade de dar forma ao discurso social, fixá-lo de modo a torná-lo passível de inspeção. “O etnógrafo ‘inscreve’ o discurso social: *ele o anota.*” (p. 14) Assim, ele transforma o acontecimento passado em relato, inscrição, sempre passível de novas consultas.

Ricoeur (1990) conceitua a hermenêutica como “a teoria das operações da compreensão em sua relação com a interpretação dos textos. A ideia diretriz será, assim, a da efetuação do discurso como texto” (pg. 17). Ainda para o mesmo autor, o discurso se dá como evento, no sentido de que algo acontece quando alguém fala. O discurso é realizado no tempo, no presente, enquanto o sistema linguístico é virtual e fora do tempo. A linguagem não possui sujeito, já o discurso remete a seu locutor, sendo então o discurso auto-referencial. O evento se caracteriza por alguém que fala, tomando a palavra. Além disso, o discurso é sempre sobre algo, a descrição, expressão ou representação de um mundo. Dessa forma, o evento “é a vinda à linguagem de um mundo mediante o discurso” (p. 46). Diferente da linguagem, que é a condição prévia da comunicação, o discurso é possuidor de um mundo, um sujeito, e um interlocutor. O

evento é assim um fenômeno temporal da troca, do diálogo, e de suas possibilidades de ocorrência através do tempo.

Além do caráter de evento do discurso, Ricoeur (1990) nos convida a elucidar o segundo pólo do discurso, o da significação. Para o autor “todo discurso é efetuado como evento, todo discurso é compreendido como significação” (p. 47). O evento é fugidio, a significação é que permanece. Através da linguística do discurso o evento e o sentido se articulam. Essa articulação permite que a língua se ultrapasse como sistema e se realize como evento através do discurso, enquanto o discurso se ultrapassa enquanto evento na significação, através da compreensão. Para Ricoeur (1990) esta significação deve abarcar não só esse processo anteriormente descrito, mas também uma análise do ato do discurso em seus três níveis, de acordo com os autores Austin e Searle: nível do ato locucionário ou proposicional (ato de dizer), nível do ato ilocucionário (aquilo que fazemos ao dizer) e o nível do ato perlocucionário (aquilo que fazemos pelo fato de falar). A exteriorização *intencional* do discurso possibilita que ele se exteriorize como obra.

Para Ricoeur (1990) a obra se caracteriza por uma totalidade finita e fechada, submetida a uma forma de codificação que a define enquanto um determinado gênero literário (relato, ensaio, poema, etc.), e que tem uma configuração única (estilo), relacionada ao indivíduo que é o seu autor. A obra é uma “mediação prática entre a irracionalidade do evento e a racionalidade do sentido” (p. 50). O evento, enquanto estilização, está em relação dialética com uma situação concreta complexa, uma experiência estruturada, e admite em si possibilidades no processo de reestruturação. A obra permite o reconhecimento do indivíduo através da singularidade de um processo, uma construção única diante de uma situação determinada.

Além disto, Ricoeur (1990) destaca que a introdução da categoria de obra nos remete a noção de composição. O discurso enquanto obra tem características de organização e estrutura que permitem uma análise estrutural do mesmo. Neste sentido, Ricoeur (1990) contesta a oposição entre “compreender” e “explicar” encontrada na obra de Dilthey, e aponta que a explicação é o caminho para a compreensão. A explicação não elimina a compreensão. A compreensão e a explicação estão articuladas no processo da interpretação.

Ao tratar da relação entre a fala e a escrita, Ricoeur (1990) chama a atenção para o fato de que a escrita torna o texto autônomo em relação às intenções de seu autor. Tal

autonomia permite que a obra possa transcender as condições psicossociológicas de sua produção, se abrindo assim para uma série inumerável de leituras, inclusive em contextos sócio-culturais distintos. Desta forma, a coisa escrita ultrapassa também a situação dialogal do discurso face a face. Esta autonomia do texto permite por sua própria constituição o distanciamento necessário para a interpretação. A interpretação para a hermenêutica não seria uma busca pelo outro e suas intenções psicológicas por detrás do texto, nem somente uma análise através da desmontagem das estruturas do texto, mas uma explicitação do tipo de ser-no-mundo que se manifesta diante do texto, a proposição de mundo que aí aparece, mundo próprio a este texto.

No que se refere à compreensão do leitor em relação à obra, Ricoeur (1990) chama atenção para o fato de que a apropriação do texto por parte do leitor é também caracterizada pelo distanciamento citado anteriormente, visto que a escrita marca essa distância. A apropriação seria uma “compreensão à distância”. Assim, nesta dialética em relação à objetivação característica da obra, a apropriação não está direcionada ao autor, mas ao sentido do texto. Neste sentido, Ricoeur (1990) destaca:

Contrariamente à tradição do *Cogito* e à pretensão do sujeito de se conhecer a si mesmo por uma intuição imediata, é preciso dizer que nós apenas nos compreendemos pela grande digressão dos signos de humanidade depositados nas obras e na cultura. Que saberíamos nós do amor e do ódio, dos sentimentos éticos e, em geral, de tudo aquilo a que chamamos o *si*, se isso não tivesse sido trazido à linguagem e articulado pela literatura? O que parece, assim, mais contrário à subjetividade e que a análise estrutural faz aparecer como a própria textura do texto, é o próprio *medium* no qual apenas nos podemos compreender. (p. 58)

Sendo assim, compreender é *compreender-se diante do texto*, receber do texto sua proposta do mundo. Além disto, a própria subjetividade do leitor só se produz a si mesmo quando se permite invadir por esse mundo, como que posta em suspenso, potencializada, “eu só me encontro quando me perco”, “numa distanciamento de si a si; a compreensão é, então, tanto desapropriação como apropriação” (RICOEUR, 1990, p. 59). A compreensão de si envolve, assim, uma crítica das ilusões do sujeito e dos seus preconceitos. Desta forma, a hermenêutica inclui a crítica das ideologias enquanto essencial para a compreensão de si no sentido acima mencionado. A dialética da objetivação e da compreensão se estende por todos os níveis, do texto à compreensão do leitor, sendo a distanciamento condição obrigatória para essa compreensão (RICOEUR, 1990).

Portanto, a hermenêutica traz uma importante contribuição para análise do discurso, tanto de forma crítica como reflexiva no que se refere à posição do pesquisador diante do texto e da realidade que ele lhe apresenta. O aprofundamento desta visão dialética entre explicação e compreensão, objetivação e compreensão, horizonte do pesquisador e do pesquisado, enriquece as possibilidades de análise e nos guia na trilha para a descoberta dos sentidos do texto, do mundo do texto. Esta visão é fundamental para irmos além (mas tendo como ponto de partida) das subjetividades de pesquisador e pesquisado, alçando voo rumo à historicidade e à cultura, para podermos retornar então, nessa circularidade contínua, a um sujeito dessa mesma cultura. Tal voo é imprescindível no que diz respeito a uma postura ética e responsável quanto à produção de conhecimento que “faça sentido” para uma determinada sociedade e para os sujeitos que aí se “co-formam”.

6. INSTRUMENTOS METODOLÓGICOS

6.1 Método da História de Vida

O uso da história de vida nas ciências sociais começa no início do século XX. Ela era originalmente utilizada na pesquisa sociológica relacionada com o uso de documentos pessoais. Na sociologia brasileira, um dos precursores do uso e do debate desta técnica foi o sociólogo francês Roger Bastide. Nos estudos sociológicos e antropológicos de uma maneira geral, os pioneiros no uso dessa técnica foram Franz Boas, W. I. Thomas, F. Znaniecki e J. Dollard. Boas fez uso deste método como uma maneira de preservar a memória da vida tribal, a partir das histórias de caciques e pajés americanos (VERAS, 2010).

Porém, na década de 1940, este tipo de instrumento foi relegado para uma área menos nobre das ciências sociais devido ao desenvolvimento das técnicas estatísticas. Este movimento não durou por muito tempo, as discussões em torno da objetividade, cerne daquelas técnicas, mostrou que tal alcance da objetividade era ilusório. Aos poucos o uso da história de vida e dos documentos pessoais voltou ao cenário da sociologia através da superação à crítica positivista do subjetivismo inerente ao uso desta técnica (VERAS, 2010).

De acordo com Denzin (1989), a história de vida é um método biográfico que apresenta as experiências de uma pessoa, um grupo, ou uma organização, e como estes interpretam estas experiências. Os materiais para coleta da história de vida incluem gravações e documentos que lançam luz sobre o comportamento subjetivo de indivíduos ou grupos. Ainda de acordo com o autor, segundo o interacionismo simbólico, todo ser humano define o mundo de forma diferente. Para explicar com precisão essas diferenças e relacioná-las com a ação, deve-se penetrar neste mundo subjetivo de conceitos e experiências.

A hipótese central da história de vida é que a conduta humana deve ser estudada e compreendida a partir da perspectiva das pessoas pesquisadas. No processo da pesquisa os indivíduos devem compartilhar suas experiências e perspectivas. O observador sensível deve se preocupar com o contexto onde as definições e significados são construídos pelos indivíduos, e como eles podem variar de acordo com cada situação vivida. Para isto, é preciso acompanhar o desdobramento das experiências dos sujeitos, capturando os eventos através do tempo. A história de vida apresenta as experiências de uma pessoa como ele ou ela as define, a objetividade das interpretações da pessoa é que vai embasar o relato da história (DENZIN, 1989).

A história de vida permite traduzir a cotidianidade através de palavras, gestos, símbolos, ao mesmo tempo em que se constitui em uma expressão da interação constante entre a história pessoal e a história social. Fornece uma leitura do social através da reconstrução da linguagem, pela qual se expressam os pensamentos e os desejos, constituindo-se uma ferramenta valiosa para o conhecimento dos fatos sociais e para a análise dos processos de integração cultural e a formação de identidades (PUYANA e BARRETO, 1994).

Na história de vida há dois tempos diferentes. O tempo do entrevistado, que aceita "contar a sua história" e reconstruir suas experiências passadas com os olhos do presente, e o tempo do investigador, que reelabora e sistematiza as informações a partir dos pressupostos e interpretações orientadoras do processo do conhecimento e em cuja formulação está necessariamente presente a sua própria história. Estes dois tempos se entrelaçam no tempo histórico, ou seja, as diversas épocas em que desenrolam os acontecimentos, cujo reconhecimento permite contextualizar os seus protagonistas e as suas experiências (PUYANA e BARRETO, 1994).

Em seu texto sobre a ilusão biográfica, Bourdieu (2008) faz uma crítica à possibilidade de produção de uma história de vida como um relato coerente com uma sequência de acontecimentos com significado e direção. Ele afirma que isso seria uma ilusão retórica reforçada por uma representação da existência feita a partir da tradição literária. Ele aponta que, talvez, um relato totalizante, através de sua unidade, pudesse apreender essa série de manifestações sucessivas que se expressa na identidade prática (*habitus*) dos indivíduos.

Cada nova posição tomada pelo agente exclui um conjunto de posições substituíveis, fechando possibilidades inicialmente compatíveis. Isso é o que Bourdieu (1996, 2008) vai chamar de *envelhecimento social*, “que se poderia medir pelo número dessas alternativas decisivas, bifurcações da árvore com incontáveis galhos mortos que representam a história de uma vida” (BOURDIEU, 1996, p. 292). A estas possibilidades abertas ao sujeito no espaço social Bourdieu (1996) vai chamar de “possíveis”; a identidade social de cada agente seria formada também com direito a certos possíveis. Assim, as aspirações tidas como naturais e legítimas pelos agentes estão na base de um sentimento de *importância* que determina a *localização* que o agente pode atribuir a si mesmo dentro de um grupo (BOURDIEU, 1996).

Os movimentos nesta série de posições se definem a partir da relação objetiva entre o sentido e o valor que estas posições ocupam num determinado espaço social. Assim, não podemos compreender uma trajetória sem termos conhecimento dos estados sucessivos do campo no qual ela se deu, como também o conjunto de relações que uniram o agente ao conjunto de outros agentes envolvidos no mesmo campo, confrontados com o mesmo espaço (BOURDIEU, 2008).

Assim, a História de Vida é também um ótimo instrumento para a interpretação do processo social, tendo como base os sujeitos que viveram tais processos e que podem, através de suas experiências subjetivas, ofertar dados importantes que falam além e através deles sobre determinado fato ou período da história (MINAYO, 2004).

Compreender a história de vida como método de investigação requer a aceitação da premissa da imaginação sociológica como uma capacidade de mediação entre o indivíduo, a biografia e a história, quer dizer, as estruturas sociais. Implica também em admitir o papel ativo do indivíduo na história. (VERAS, 2010, p. 150)

O método da história de vida pode ser utilizado para a familiarização do investigador com a situação que quer estudar; para a entrada no campo na antropologia;

como elemento complementar de inquérito; para ilustrar ou completar os resultados de uma pesquisa; para realizar o estabelecimento de ligações entre dados subjetivos e objetivos; para nova exploração de questões aparentemente resolvidas; para a análise de processos sociopsicológicos; como também para a provisão de dados subjetivos em experiências institucionais, entre outros (POIRIER et. al., 1999; DENZIN, 1989).

6.2 Observação Participante

A Observação Participante nasce no seio da antropologia como forma complementar de captação da realidade empírica. O texto clássico sobre o Trabalho de Campo foi escrito por B. Malinowski e, mesmo tendo em conta o que aparece sobre as concepções funcionalistas do autor, suas bases metodológicas continuam atuais (MINAYO, 2004). Estas bases se fundamentam em algumas premissas importantes para a realização da Observação Participante, tais como a necessidade de bagagem científica do estudioso; dos valores da observação participante; e das técnicas de coleta, ordenação e apresentação do que denomina “evidências”. Salienta ainda a importância da distinção entre os resultados da observação direta em relação aos depoimentos dos nativos e suas interpretações dos fatos, e as interpretações e inferências do pesquisador (MALINOWSKI, 1978).

Minayo (2004) enfatiza a necessidade de não perder de vista que tudo que está envolvido na observação precisa ser teorizado como fenômeno social e historicamente condicionado, desde o objeto investigado até o pesquisador e seu sistema de representações teórico-ideológicas. “As relações entre a experiência de observação e a consciência não são de ordem acumulativa e a subjetividade não desvenda a essência sem a teoria, entendida como instrumento para encontrar o geral no particular” (p. 158).

A observação participante se caracteriza pela possibilidade de convívio e interação entre o pesquisador, os pesquisados e o contexto no qual estes vivem. O pesquisador se propõe a observar a ação onde ela acontece e, além disso, participar da mesma, de modo a alcançar uma visão mais aprofundada em torno de seu objeto de pesquisa (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013). Malinowski (1978)

afirma que o estudo de determinados fenômenos precisa ir além do uso de questionários ou documentos estatísticos, devendo ser observados em sua plena realidade. “[...] recomenda-se ao etnógrafo que de vez em quando deixe de lado máquina fotográfica, lápis e caderno, e participe pessoalmente do que está acontecendo” (MALINOWSKI, 1978, p. 31).

Os recursos necessários para a Observação Participante são, em primeiro lugar, e para além dos recursos tecnológicos externos, sua disponibilidade e seu próprio corpo. Os sentidos básicos (tato, audição, visão, paladar, olfato) somados a outros sentidos, nos permitem perceber o fenômeno observado e vivido. Além disso, é preciso somar as sensações ao nosso raciocínio, que nos permitiram uma análise cuidadosa do que sentimos e percebemos (Fernandes, 2011). No que diz respeito aos recursos tecnológicos externos, temos entre eles o *roteiro de campo*, o *diário de campo*, os *informantes-chave* e os instrumentos tais como gravadores e câmeras (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013).

O *roteiro de campo* tem o objetivo de estabelecer diretrizes a serem exploradas de acordo com o investimento teórico prévio à ida ao campo e que servirão de guia para as questões que se deve observar de acordo com os objetivos da pesquisa. Ele é fundamental para a aplicação da técnica, mas é necessário segui-lo com rigidez absoluta, deixando espaço para o inesperado e para novos insights. Para construir o roteiro é necessário um “mapeamento do campo”, um contato prévio com a realidade a ser observada (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013).

O *diário de campo* é composto pelo registro de suas impressões sobre o cotidiano dos sujeitos observados. Ele deve ser complementado com o emprego de recursos eletrônicos e informáticos, tais como gravadores, câmeras, notebooks, smartphones, tablets, entre outros. Estes recursos ampliam a capacidade de captar informações contidas nas falas e no gestual dos pesquisados. É importante o cuidado para o uso destes equipamentos de acordo com a ética em pesquisa com seres humanos (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013).

Os *informantes-chave* são pessoas que, por suas características de inserção no meio onde a observação se processa, podem oferecer informações privilegiadas para a pesquisa, tanto no que diz respeito à obtenção de dados, como também na “abertura ou fechamento de portas” no caminho da pesquisa, a depender da relação que se estabeleça com o pesquisador. Esta relação estabelecida entre pesquisador e informantes é decisiva

para o bom andamento da pesquisa, visto que problemas nesta relação podem, inclusive, inviabilizar a pesquisa (FERNANDES, 2011; FERNANDES e MOREIRA, 2013).

Para que a Observação Participante ocorra da forma mais confortável possível para todos os envolvidos é importante ter cuidado diante da fragilidade humana, das características do trabalho desenvolvido, e das relações delicadas que se estabelecem numa situação de pesquisa. Entretanto, é impossível alcançar a segurança absoluta e imprevistos indesejáveis podem ocorrer (FERNANDES, 2011).

6.3 Itinerário da pesquisa

Esta pesquisa fez parte de uma pesquisa maior intitulada “**Integralidade do cuidado e reinserção social como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis**”, coordenada pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (NISAM/ISC/UFBA). Esta “pesquisa-mãe” tem como objetivo analisar trajetórias de (des)institucionalização de pessoas com experiência de sofrimento psíquico grave e uso abusivo de álcool e outras drogas em distintos contextos socioculturais de maneira a evidenciar e descrever os modos de colocar em prática dos operadores de desinstitucionalização: autonomia, integralidade e equidade social. A pesquisa é um estudo multicêntrico com a participação da UFBA, Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB) e Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC), que se utiliza de uma metodologia qualitativa, etnográfica e participativa, desenvolvida em duas macrorregionais de saúde (leste e sul), e em uma população indígena do estado da Bahia.

A “pesquisa-mãe” investiga dimensões da atenção psicossocial e dimensões socioculturais, estéticas e políticas identificadas como promotoras da reintegração social e protetoras contra a institucionalização em diferentes biografias e contextos sociais. Para tanto, fez uso da observação participante e de reconstruções aprofundadas de casos (itinerário terapêutico, história de vida e modos de fazer cotidiano) de pessoas com mais de 18 anos de idade, que já viveram, ao menos, uma hospitalização psiquiátrica e/ou internação em comunidade terapêutica na vida, buscando comparar grupos de casos em

função de heterogeneidades, tais como: frequência de hospitalização, situação de vulnerabilidade (pessoas em situação de rua, pessoas que cometeram atos infracionais, condição de vida desfavorável, etc.), pertencimento étnico-racial e tamanho do município de residência (Nunes et. al., 2014).

As pessoas que participaram dessa “pesquisa-mãe” constituíram uma amostra intencional, cujo contato se deu a partir de uma metodologia de bola de neve. Alguns casos foram escolhidos a partir da indicação de pessoas que conhecem de perto usuário/as da rede de saúde mental, entre elas profissionais da rede e militantes da AMEA (associação Metamorfose Ambulante de Usuários de Saúde Mental). À interação com os nossos interlocutores da pesquisa, considerados os casos principais, foram somados os contatos com outros informantes que nos foram apontados por estes sujeitos como importantes informantes sobre sua história, estes também foram entrevistados, numa frequência e profundidade variável de acordo com cada caso.

No caso da presente pesquisa, esta combinou, para a coleta de dados, as metodologias da História de Vida com a Observação Participante. Segundo Minayo (2004), este tipo de construção da história de vida combina observação, relatos introspectivos de lembranças e relevâncias e roteiros mais ou menos centrados em algum tema. Ainda sobre a História de Vida, Minayo (2004) salienta que, metodologicamente, é importante a obtenção de outras histórias de vida envolvendo a mesma temática pesquisada a fim de que elas sejam complementares e ofereçam mais consistências aos dados obtidos.

Na minha pesquisa em particular, foram acompanhados quatro casos na cidade de Salvador escolhidos em função dos seguintes critérios: 1) terem mais de 18 anos de idade; 2) já terem vivido, ao menos, uma hospitalização psiquiátrica e/ou internação em comunidade terapêutica ou clínica particular na vida, com período mínimo de seis meses ininterruptos ou três internações dentro de dois anos; 3) terem experiência de uso problemático de drogas (NUNES et. al. 2014). Este último critério é um dos diferenciadores entre minha pesquisa e a “pesquisa-mãe”, visto que nesta serão acompanhadas também pessoas com sofrimento psíquico em geral. Além disto, como o objetivo era observar como aspectos da integralidade estavam envolvidos no processo de desinstitucionalização, escolhi pessoas que, além de já terem passado pelas internações, naquele momento de suas trajetórias já haviam interrompido o ciclo da “porta giratória”, ou seja, já não se internavam mais recorrentemente. Escolhi também

peças com gêneros diferentes (dois homens e duas mulheres), e classes sociais diferentes, duas peças de classe média, e duas de classe média baixa a vulnerável. Não fiz distinções em relação à droga de uso, entre eles se encontram uma peça usuária de álcool, uma usuária de crack, e duas usuárias de múltiplas drogas.

Sou psicóloga e trabalho em um dos CAPS AD II da cidade de Salvador, como também na Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, tirei licença deste último trabalho para realização desta pesquisa. Do lugar de trabalhadora desta rede de saúde é que surgiram minhas inquietações para a realização desta pesquisa. Este lugar também me propiciou fácil acesso às peças com perfil para participação nesta pesquisa. Como eu não queria realizar a pesquisa com peças que eu acompanhava diretamente no meu trabalho no CAPS AD II resolvi apresentar a pesquisa para alguns profissionais da minha rede de contatos que também trabalham na rede de saúde mental de Salvador, principalmente profissionais dos CAPS AD e de outras instituições voltadas para o atendimento de usuários de álcool e outras drogas, para que eles me indicassem essas peças. Entre as peças escolhidas para a pesquisa, três foram indicadas por profissionais do CAPS AD II (CAPS AD onde atuo como psicóloga), e uma foi indicada por uma profissional que atua num centro de estudos e tratamento voltado para o abuso de substâncias psicoativas. O primeiro contato com estas peças ocorreu com a mediação destes profissionais. Após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram iniciadas as entrevistas.

As entrevistas foram realizadas também com peças indicadas pelos pesquisados como informantes-chave em relação à suas histórias de vida. Nesta pesquisa foram entrevistados alguns profissionais de saúde e familiares. Os espaços onde ocorreram as entrevistas e a observação participante também variaram de acordo com a escolha dos participantes da pesquisa. Os espaços utilizados foram um CAPS AD II, uma casa de apoio para peças com HIV, as residências próprias e de familiares, uma sede do A.A., um Hospital Geral, uma Igreja Adventista, um Centro Espírita, e uma lanchonete. Todos estes espaços e toda a rede de serviços referidas neste trabalho fazem parte do município de Salvador, Bahia, Brasil. Devido à especificidade das peças acompanhadas nesta pesquisa não foi possível um maior acesso aos seus espaços de circulação, pois uma delas não quis ser acompanhada/entrevistada em qualquer espaço além do CAPS, outra estava institucionalizada num serviço de apoio a peças com AIDS na maior parte do tempo da pesquisa, e as outras duas franquearam

também poucos espaços para meu acesso. Isso limitou as minhas possibilidades de ampliar a observação participante e ter um material mais rico sobre estes espaços e suas características. Estas entrevistas e observações foram realizadas entre novembro de 2014 e junho de 2016, e cada pessoa foi acompanhada em média oito meses.

Durante este acompanhamento foram realizadas entrevistas qualitativas individuais em profundidade de tipo narrativo. A entrevista qualitativa tem a finalidade de mapear o mundo da vida dos entrevistados, para posterior compreensão de suas narrativas. Anteriormente à execução das entrevistas, construímos um *tópico guia*, que orientou o processo de pesquisa a partir do conhecimento teórico sobre o tema, do reconhecimento anterior do campo, de discussões com outros colegas e da criatividade do pesquisador. O *tópico guia* serve como um lembrete para o pesquisador em relação às temáticas da pesquisa empregando uma linguagem simples, mais adaptada ao entrevistado. Serve também como um esquema preliminar de análise das transcrições. Da mesma forma que o *roteiro*, na Observação Participante, ele não deve ser usado de forma a “engessar” a pesquisa, podendo ser recriado a partir da experiência no campo. Tais mudanças devem ser documentadas e o motivo delas deve ser explicitado posteriormente (GASKELL, 2002). Esse tópico guia, no caso da presente pesquisa, foi o mesmo *roteiro* já mencionado anteriormente para a Observação Participante. Ele foi utilizado por todos os pesquisadores da pesquisa-mãe (Anexo 01).

Para a análise dos conteúdos gerados pelas entrevistas narrativas e pelos *diários de campo*, a “pesquisa-mãe” tem pré-definidas algumas categorias de análise (Anexo 02) a partir de indicações da revisão bibliográfica. A partir destas categorias e dos objetivos deste trabalho, foi desenhado um esquema para auxiliar na análise que serviu como princípio norteador nas primeiras leituras. O caminho para chegar a este esquema e as categorias emergentes do campo serão tratadas na próxima sessão.

6.4 Integralidade do cuidado, modelos de atenção, e desinstitucionalização: uma proposta de análise dos itinerários terapêuticos.

A revisão da literatura e os aspectos teórico-metodológicos expostos até aqui nos apontam pistas preciosas para o alcance dos objetivos propostos nesta pesquisa e para a formação de categorias de análise. A descrição dos aspectos relacionados à cotidianidade (ambiente familiar, trabalho, espiritualidade, protagonismo, redes de apoio) e aos itinerários terapêuticos nos deram subsídios para conhecermos aquilo que

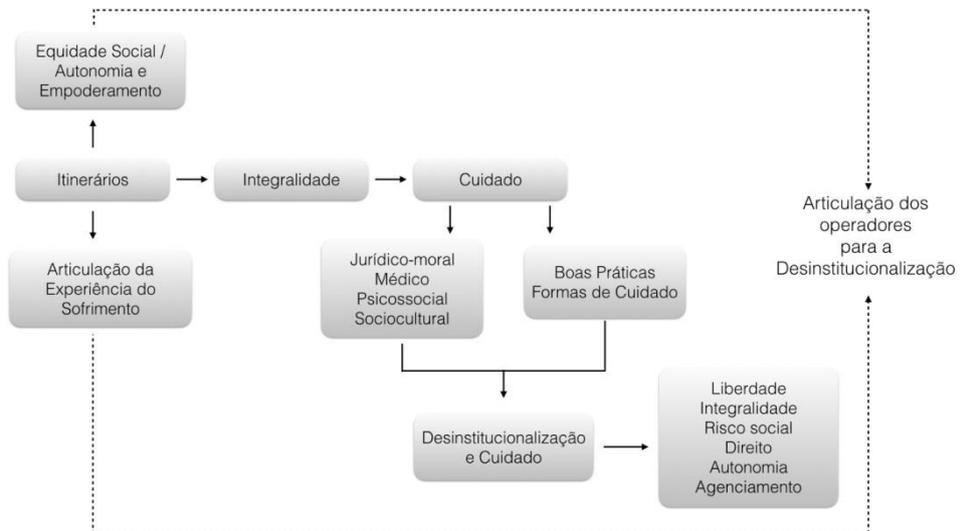
os estudos sociológicos apontam como essencial para o entendimento do complexo fenômeno do uso de substâncias psicoativas, e das suas formas de manejo e controle por parte dos usuários, ou seja, as normas e sanções subjacentes às ações do cotidiano no que diz respeito a este uso. O conhecimento desta cultura, e de tal manejo, ofereceu importantes elementos para a compreensão de fatores envolvidos no uso problemático, como também subsidiou a indicação de estratégias para a atuação profissional junto a estes usuários, tanto em termos de tratamento, como redução de danos e promoção da saúde.

A análise da integralidade do cuidado nos itinerários terapêuticos e nas práticas de cuidado teve como ponto de partida a descrição desse cotidiano a partir da rede informal dessas pessoas, partindo daí para o entendimento de como o cuidado se processou na busca de serviços formais de tratamento, até como tais serviços operaram esse cuidado. Para a análise de como tais serviços operaram o cuidado, utilizei como analisadores os quatro modelos de entendimento sobre o fenômeno do uso de substâncias psicoativas: o modelo jurídico-moral, o modelo médico, o modelo psicossocial e o modelo sociocultural (NOWLIS, 1975). Fiz uso também de algumas ideias centrais no entendimento da integralidade em saúde, principalmente no que diz respeito aos atributos relativos à organização dos serviços (MATTOS, 2001), boa prática dos profissionais de saúde e às ações que se concretizam nas diversas formas de Cuidado (PINHEIRO, 2011; AYRES, 2011).

No que diz respeito à análise de dinâmicas desinstitucionalizadoras associadas a aspectos de integralidade do cuidado, as premissas apontadas como essenciais para o cuidado em saúde mental, tais como a “liberdade em negação ao isolamento”, “a integralidade em negação à seleção”, “o enfrentamento do problema e do risco social, ao invés de uma busca de cura”, “sobreposição do conceito de direito sobre a noção de reparo”, “busca de autonomia respeitando a singularidade” e a “incorporação do papel de agenciador” (ALVES e GULJOR, 2006) foram de suma importância para a análise e o entendimento das ações dos profissionais envolvidos no cuidado dos usuários em questão, visto que tais premissas apontam para o cuidado que se materializa em atitudes e ações voltadas para a busca da autonomia e da reinserção social destes sujeitos. É importante enfatizar que, apesar de a teoria apontar o que seriam os atributos desejáveis da organização dos serviços e dos profissionais, as avaliações que as pessoas fizeram de tais atributos foram consideradas centrais para a análise.

Estas categorias de análise foram combinadas com as categorias da “pesquisamãe” (Anexo 02), em especial à categoria dos operadores de integralidade. De forma complementar, foram utilizadas as categorias que abarcam os operadores de equidade social, autonomia e empoderamento, e uma categoria que contempla a articulação da experiência do adoecimento/comportamentos problemáticos/sofrimento presentes no projeto mais amplo (NUNES e TORRENTÉ, 2013). Tais categorias, em conjunto, e com ênfase na integralidade, me possibilitaram extrair da descrição de cada trajetória, como estes operadores estiveram articulados e conformaram os processos de desinstitucionalização em estudo. Esta combinação de elementos que foram norteadores na análise aparece em um desenho esquemático, que apesar de estático, aponta parte do caminho percorrido:

Quadro esquemático das categorias de análise.



Assim, o modelo de análise aqui proposto pretendeu, através da descrição dos itinerários terapêuticos, analisar como o operador integralidade aparece nestas trajetórias, partindo das experiências e dos significados atribuídos pelas pessoas ao seu itinerário, e percorrendo esse caminho através da análise dos significados e do que eles expressam sobre o modo como as redes, formais ou informais, contribuíram para o processo de desinstitucionalização. Nesta pesquisa, conhecer as estratégias e significações das pessoas em torno de sua própria trajetória foi o instrumento chave para o conhecimento de como o operador da integralidade atuou, ou pode vir a atuar, em processos de desinstitucionalização. Isso pode contribuir, a posteriori, para um aperfeiçoamento das estratégias utilizadas pelos serviços que atendem esse público, no

sentido de uma potencialização do poder dos próprios usuários no manejo de suas questões de saúde, como também no aperfeiçoamento das técnicas utilizadas pelos profissionais para o alcance dessa emancipação dos sujeitos, objetivo central das práticas que tem como alvo a desinstitucionalização.

7. Questões éticas

Esta pesquisa foi realizada de acordo com a Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012 que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, seguindo seus referenciais básicos de autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado. Desta forma, esta pesquisa foi submetida a um Comitê de Ética, cujo objetivo é avaliar protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, com prioridade nos temas de relevância pública e de interesse estratégico da agenda de prioridades do SUS. A pesquisa foi aprovada com o parecer 023-12-CEP-ISC.

Os sujeitos selecionados para a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde manifestaram a sua anuência à participação na pesquisa. Por meio desse termo, o entrevistado declara que foi informado - de forma clara, detalhada e por escrito - da justificativa, dos objetivos e dos procedimentos da pesquisa. Além de ser informado sobre a liberdade de participar ou não da pesquisa, terá assegurada essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo retirar o consentimento em qualquer etapa do estudo sem nenhum tipo de penalização ou prejuízo; a segurança de que não será identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas com a privacidade, a proteção da imagem e a não-estigmatização; a liberdade de acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa; e a segurança de acesso aos resultados da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 03) foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa (BRASIL, 2012).

Por se tratar de uma pesquisa que teve entre o público-alvo pessoas usuárias de substâncias psicoativas ilícitas, é importante apontar, como o faz MacRae e Vidal (2006) ao falar deste tipo de pesquisa, que a assinatura do termo de consentimento pode

constranger tais usuários pelo receio de que seus dados possam ser divulgados para órgãos da justiça. Por isto, a proteção do anonimato destes interlocutores se faz ainda mais premente, assim como a construção de um ambiente de confiança na relação com os mesmos para obtenção da assinatura de tal termo. Os nomes aqui utilizados para os interlocutores são todos fictícios, como também os nomes dos serviços acessados por eles.

Além disso, caso surja qualquer desconforto decorrente do processo da pesquisa, é compromisso da presente pesquisadora fornecer o devido suporte e, sendo do interesse do sujeito pesquisado, fazer o encaminhamento para um serviço de saúde. Também é compromisso da presente pesquisadora prestar quaisquer tipos de esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela. O resultado da pesquisa será devolvido e discutido com o pesquisado (NUNES et. al. 2014).

Os benefícios advindos dessa pesquisa dizem respeito à produção de documentos que contribuam no avanço da reforma psiquiátrica e da organização dos serviços de saúde mental no município de Salvador, como também na diminuição na taxa de hospitalização de pessoas com experiência de uso de álcool e outras drogas, e para a sua maior aceitação pela sociedade, identificando o que facilita e o que dificulta a permanência dessas pessoas fora das instituições totais (NUNES et. al., 2014).

8. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para dar início à apresentação dos resultados e discussão, apresentarei brevemente os itinerários terapêuticos de cada usuário pesquisado. A partir deste rápido panorama da trajetória de cada um, passarei às explicações dadas por eles para a eclosão do uso problemático.

8.1 Mara, a moça que cativa com o sorriso.

Conheci Mara através do CAPS AD II, onde ela faz tratamento. Ela tem 38 anos. É negra. Tem grau de escolaridade com ensino médio completo e fez curso de cabeleireira. Renda familiar que a coloca numa faixa social de vulnerabilidade³. Mora na casa de propriedade de sua avó, junto com a mesma e a mãe. Está solteira. Tem uma

³ As definições relacionadas à renda tiveram como base instrumento construído (Anexo 02) pela "pesquisa-mãe" para caracterização dos casos.

filha de 03 anos que mora com seu pai. Tem mais três irmãos. Apresenta diagnóstico de transtorno bipolar do humor, e transtorno devido ao uso de cocaína pulmonar. Tem o vírus HIV com carga viral baixa.

Mara começou seu itinerário devido aos sintomas de depressão, sendo atendida por psicólogo em Hospital Geral da rede de serviços de saúde suplementar, o Hospital São Rafael. O Hospital a encaminhou para um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) correspondente ao seu território de residência. Depois que Mara começou a fazer o uso abusivo de drogas, ela foi encaminhada para o CAPS AD, onde faz tratamento atualmente. Enquanto esteve em tratamento no CAPS AD, foi internada três vezes no hospital psiquiátrico São João de Deus e duas vezes em duas Comunidades Terapêuticas diferentes, uma em Feira de Santana e outra em Dias D'Ávila. Ainda internada na Comunidade Terapêutica de Dias D'Ávila, descobriu que estava grávida de um companheiro de uso de drogas. Saiu da Comunidade e, ao fazer os exames do pré-natal, descobriu que estava com o vírus do HIV. Iniciou tratamento para o HIV em um centro especializado do Sistema Único de Saúde (SUS). Em uma de suas recaídas, ficou em situação de rua por cinco meses. Para sair da rua, a equipe deste centro propôs a ela um abrigo temporário numa casa de apoio ao afetado.

Ao final do acompanhamento da pesquisa, já havia retornado para a casa de sua avó e estava em continuidade do tratamento no CAPS AD e no centro especializado para HIV. Mara é vaidosa, alegre, comunicativa. Costurou seu itinerário terapêutico com a linha da capacidade de conquistar o suporte daqueles que estavam a sua volta.

Eu sempre gostei de produzir muito, essas coisas, comunicativa, eu sou alegre, mas eu sou uma bipolar. Eu sou bipolar, mas eu não quero me considerar bipolar. Eu tenho um transtorno, mas eu não quero viver com isso assim, encafifada, senão eu vou ficar mais alegre, ou me enfiar numa cama e não sair nunca mais. Então eu não quero isso. Eu estou aqui no meu normal, eu estou me sentindo bem. (Mara)

8.2 Matias, o ator que encena a tragédia.

Conheci Matias através do CAPS AD II, onde ele fazia tratamento. Quando iniciamos a pesquisa, ele estava com 37 anos. Era pardo. Tinha grau de escolaridade com ensino superior incompleto em Artes Cênicas. Renda familiar que o colocava como membro da classe média. No início da pesquisa morava com a mãe; ao final estava morando com a companheira em apartamento de propriedade da mãe. Tinha mais um

irmão. Não teve filhos. Tinha diagnóstico de transtorno devido ao uso de múltiplas drogas com episódios depressivos.

Matias iniciou sua trajetória de atendimentos relacionados ao uso de substâncias psicoativas quando aos 18 anos ele embebedou e tentou se jogar pela janela do apartamento. Foi salvo pelo irmão, que chamou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), e Matias foi levado ao Hospital Geral São Pedro. Depois deste episódio, Matias seguiu intensificando o uso de álcool e crack, até a família decidir interná-lo pela primeira vez em São Paulo, numa clínica particular. Após dois internamentos nessa clínica em São Paulo, ele retorna para Salvador, onde após a terceira recaída, ele foi internado numa Comunidade Terapêutica em Dias D'Ávila. Ao sair da CT, teve sua quarta recaída, e fez uso abusivo de álcool misturado com uma alta dosagem de medicamentos. A família chamou o SAMU que o levou para o Hospital Psiquiátrico São Daniel. Ao sair do Hospital, teve uma quinta recaída, procurou por conta própria outro hospital psiquiátrico, o Hospital Psiquiátrico São João de Deus. O Hospital Psiquiátrico encaminhou Matias para o CAPS AD. Com pouco tempo de início do tratamento no CAPS, Matias teve a sexta recaída e fez uma nova tentativa de suicídio, tomando todos os medicamentos fornecidos pelo CAPS. A mãe o levou para o Hospital Psiquiátrico São Daniel; lá eles não conseguiram atendimento. Então foram para o Hospital Geral São Pedro onde conseguiram a internação para desintoxicação. Após a saída do Hospital Geral, a mãe o internou novamente na última Comunidade Terapêutica pela qual ele tinha passado. Ao retornar para casa, teve a sétima recaída, onde caiu de uma árvore e teve que ser levado para o Hospital Geral São Pedro. Ao sair do Hospital, a mãe o mandou de volta para a Comunidade Terapêutica. Após sair da internação, passou a ser atendido por psicólogo particular. Depois disso, teve duas novas internações em outra Comunidade Terapêutica. Ao sair das internações, e continuar recaindo, a mãe resolveu leva-lo a um terreiro de Candomblé para que Matias fosse iniciado e fizesse um tratamento espiritual. Quase um ano depois da saída do terreiro, Matias recaiu e foi buscar ajuda do CAPS AD. Chegando lá, a mãe pediu uma nova indicação de internamento e a equipe do CAPS indicou um acolhimento noturno em outro CAPS AD do tipo III. Ele passou uma semana no CAPS AD III. Depois disso, Matias continuou o tratamento no CAPS AD entre idas e vindas.

Durante o período das últimas entrevistas, Matias recaiu e cometeu mais uma tentativa de suicídio. Dessa vez, ele disse ter pensado no enforcamento, ou em tomar

algum veneno, mas acabou se drogando de forma bastante abusiva. Neste dia, ele disse que, de forma acidental, caiu, ao tentar pegar um ônibus, e este passou por cima de seu antebraço. Ele foi levado para o Hospital Geral São Lucas. Seu antebraço foi amputado. O tratamento de reabilitação foi iniciado em centro especializado em reabilitação de deficiências do SUS. Alguns meses depois Matias faleceu após episódio de uso de crack, seguido por parada cardíaca relacionada a uma cardiomegalia não diagnosticada anteriormente. Matias era um grande ator que teve medo do sucesso, um poeta, um questionador, um curioso, um homem que não vivia sem desafios.

[...] quando eu decidi que eu vinha para cá porque eu já estava numa situação de medo, eu tinha medo de continuar, medo de me tornar um bom ator, como você não se diz, mas sim o que dizem de você. [...] E eu tive medo de continuar, então voltei para cá, fui morar com meus pais, voltei de novo para cá. E esse medo se tornou uma insatisfação. [...] Eu tinha medo de construir algo. Eu tinha mais vontade de descobrir o que era, do que sê-lo (Matias).

8.3 Agnaldo, o homem da construção.

Conheci Agnaldo também através do CAPS AD II, onde ele faz tratamento. Ele tem 45 anos. É pardo. Tem grau de escolaridade com ensino fundamental incompleto. Trabalha como pedreiro. Renda familiar que o coloca numa faixa social entre a vulnerabilidade e a baixa classe média. Mora com sua companheira e os filhos dela. Tem dois filhos que não moram com ele. Tem diagnóstico de transtorno devido ao uso de álcool.

Agnaldo iniciou sua trajetória nos serviços da assistência social ao ser atendido pela Abordagem Social da então Secretaria Municipal do Trabalho, Assistência Social e Direitos do Cidadão de Salvador (SETAD), hoje denominada de Secretaria de Promoção Social e Combate à Pobreza (SEMPS). Neste período, Agnaldo estava em situação de rua e foi levado para uma Casa de Passagem, algo próximo ao que hoje a Secretaria chama de Unidade de Acolhimento. Voltou à situação de rua, procurou novamente a SETAD e passou a morar em Albergue (hoje chamado Abrigo Temporário), ou em casa alugada pela Secretaria. A partir do Albergue, ele foi encaminhado para as Comunidades Terapêuticas, sempre retornando para a rua ou Albergue após cada internamento.

Depois de conhecer sua atual companheira, a casa desta passou a ser mais um local de moradia para ele, que deixou de ir com tanta frequência para a rua e para os

Albergues. O ciclo dos internamentos nas Comunidades Terapêuticas foi interrompido pouco tempo depois que ele foi encaminhado por um dos Albergues ao Centro de Atenção Psicossocial para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (CAPS AD). A partir do início do tratamento no CAPS AD, ele passou a morar mais tempo com a companheira, voltando a ficar na rua ou no Albergue nos momentos de briga do casal.

No período final da pesquisa, ele havia conseguido alugar um quarto, que ficava como retaguarda para os momentos em que resolve sair da casa da companheira. Agnaldo é um homem que, apesar das “amargações” da vida, lutou e driblou várias dificuldades para sobreviver. Construiu seu itinerário terapêutico com suas ferramentas e seu cimento, dando “liga” aos tijolos soltos do cuidado.

[...] então só estou na rua pra sofrer uma liberdade até morrer, liberdade, mas existe liberdade sem coragem? Então eu tenho coragem pra tudo, eu tenho coragem pra viver mais ainda, não existe liberdade sem coragem, existe?
(Agnaldo)

8.4 Alma, um ser em busca da transcendência.

Conheci Alma através de uma colega de profissão. Alma tem 41 anos. É negra. Tem grau de escolaridade com ensino superior completo, fez o curso de Direito. Exerce a profissão como advogada. Renda familiar que a coloca numa faixa de classe média. Mora em apartamento alugado junto com o filho de 04 anos. Está solteira. Diagnósticos anteriores de transtorno bipolar do humor e transtorno devido ao uso de álcool.

Alma foi internada pela primeira vez no Hospital Psiquiátrico São Bartolomeu, um hospital psiquiátrico da rede de saúde suplementar, que hoje se tornou o Espaço Nova Vida, uma clínica para pessoas com transtorno mental e dependência química. Passou muitos anos sem uma nova internação, ela não soube dizer exatamente quantos, mas mais de dez anos, e voltou a ter uma nova internação após a realização de uma cirurgia bariátrica no Hospital Central. Após a cirurgia, ela entrou em uso abusivo de álcool e um psiquiatra indicou a internação no Espaço Nova Vida. Alma diz que foi internada cerca de 20 vezes, pois ela voltava a beber imediatamente depois da saída de cada internamento. Foi internada também nas clínicas particulares Casa da Harmonia, Renascer, e Integral. As internações duravam em média de 15 dias a 03 meses. Com exceção da primeira, todas as internações ocorreram entre os anos de 2008 e 2010. Ela

refere ter passado boa parte destes anos dentro dos internamentos. Após o último internamento na clínica particular Integral, ela procurou o CAPS AD III, onde uma profissional da clínica, com quem ela fez um bom vínculo, também trabalhava. Após a chegada ao CAPS AD III, os internamentos foram interrompidos.

Ao iniciarmos as entrevistas ela já não frequentava o CAPS AD III, estava em tratamento ambulatorial em centro especializado em uso de substâncias psicoativas ligado a uma universidade, onde estava em acompanhamento com psiquiatra. Durante as entrevistas, abandonou o uso dos medicamentos por estar se sentindo bem. Ao final das entrevistas, estava em início de recaída e havia retornado ao tratamento psiquiátrico. Alma é uma mulher questionadora, reflexiva, que busca na espiritualidade as respostas e a paz diante de seus conflitos.

[...] mas meus conflitos eram porque eu tinha uma tristeza muito grande, que eu não sabia identificar, o mundo já não era para mim uma coisa muito agradável, justamente por causa de tudo isso que eu estou descobrindo, hoje, que eu não sou uma pessoa normal, que eu gostaria de ser, “a minha” não é ganhar, ganhar, ganhar, “a minha” não é construir, construir, construir, não é festa, sabe? (Alma)

8.5 Explicações para a eclosão do problema com o uso de substâncias psicoativas

Em relação à eclosão do problema com o uso de substâncias psicoativas, foi possível observar que todos os pesquisados haviam feito algum tipo de experimentação das substâncias antes do período que eles caracterizaram como início de um uso problemático. Essa experimentação se deu em quase todos os casos entre o final da infância e durante a adolescência, tendo como única exceção o caso de Mara, que experimentou já na vida adulta numa situação de violência. Uma das características desse contexto de experimentação na adolescência foi a descoberta conjunta com amigos, colegas de turma.

Quando eu estava num desses encontros, a gente tinha um espaço, não era um espaço para as crianças, era um espaço comum para todos e nesse momento um dos amigos, uma das pessoas, estava cheirando, e o filho da dona da casa me chamou, "vamos lá para a gente experimentar, ver o que é". Então aos 10 eu experimentei a primeira carreira, fiquei muito ligado, fiquei acordado a noite inteira. (Matias)

Meu uso de maconha foi quando eu ia para escola, eu estudava em Águas Claras, aí meu irmão e um colega lá me chamaram para fumar, “vamos fumar a massa, massa, massa”, até hoje [...], foi na influência mesmo. (Agnaldo)

A vulnerabilidade à experimentação de substâncias psicoativas na adolescência já foi referida por estudos realizados sobre a temática. Em geral está relacionada às características próprias da adolescência em nossa cultura, como a busca de novas experiências, a necessidade de aceitação no grupo, conflitos familiares ou desafio à estrutura familiar e social, como também à presença de uso no contexto familiar, entre outras (COSTA, et. al., 2007). No caso de Alma e Agnaldo eles referiram também a observação do uso por parte dos pais, e de Matias por parte dos pais e de um tio que ele tinha como referência.

[...] aos 15 anos eu já bebia muito, já bebia constantemente, finais de semana meus pais bebiam, eu bebia e acompanhava, é... Eu tinha um tio que bebia muito, era alcoólatra, e eu acompanhava ele, alcoólatra. (Matias)

Eu, na verdade, convivo com o álcool desde criança, né?! Meu pai sempre bebeu, bebe, até hoje, em excesso, é um alcoólatra da pesada, então, desde que eu me entendo por gente, eu convivo com o problema do álcool. (Alma)

Meu pai tinha um bar, aí eu via ele tomando o aperitivo dele, pedia pra moça, aí eu peguei, fiquei observando. Você sabe que menino, quando vê as coisas, quer aprender mesmo, comecei a tomar uma meio dia. (Agnaldo)

Em relação ao uso problemático, com exceção de Mara, as pessoas pesquisadas referiram que o mesmo começa um pouco mais tarde em relação à experimentação. Questões diferentes aparecem como motivadoras da mudança de padrão de uso, mas elas têm em comum a presença de acontecimentos estressantes, perturbadores. Para Agnaldo foi a passagem pela situação de rua. Para Alma, a apropriação da escola que ela tinha por parte da mãe: “Então, ela ficou com a escola e eu fui para o mundo fazer um monte de loucuras, foi aí que eu comecei a beber de verdade, com 20 anos, eu comecei a beber e a fumar.” (Alma). Para Matias, o envolvimento com o teatro e a separação dos pais. Já Mara referiu ter se tornado “viciada” desde o primeiro uso de crack, que ocorreu numa situação de violência onde ela foi estuprada.

Pesquisadora: O que é que te motivou a isso? O que você acha que te motivou a procurar esse prazer?

Mara: O vício já tinha tomado meu organismo.

Pesquisadora: Você acha que a partir daquele momento, que ocorreu aquele uso no estupro, você ficou viciada?

Mara: Fiquei viciada. O crack se chama o “Deus da morte”. Você usa uma vez só, você já fica viciada. Quanto mais eu, que usei uma noite inteira.

Tais situações refletem a passagem de um uso recreativo de substâncias para um uso problemático, onde a substância tem, na maior parte destes casos, uma função de suporte para lidar com as situações de estresse, ou seja, um uso mais próximo ao medicinal, ou como subterfúgio para lidar com uma situação social. Mara, apesar de não citar diretamente em sua narrativa a questão da depressão como um motivador para o uso do crack em seu início, posteriormente faz essa associação em vários trechos de sua narrativa, o que permite suspeitar que o uso do crack também adquire para ela essa relação de funcionalidade, esse mecanismo de uso para suportar o sofrimento psíquico.

Pesquisadora: E você só parava quando não aguentava mais? O que você sentia?

Mara: O corpo cansado, sono, o corpo pesado, a mente pesada, a cabeça já não estava aguentando mais. Seis, sete dias sem dormir. A cabeça já estava cheia de coisa. Sempre eu usava pra me livrar de um problema, alguma situação. E como eu achava que é um prazer ilusório... você acha que está se livrando de um problema, resolvendo um problema, aí o problema vem pior na sua cabeça. Aí, quando eu não aguentava mais, esgotada, estafada, eu ia pra casa.

Como já foi exposto, na fundamentação teórica deste trabalho, o uso de substâncias pode exercer diversas funções em uma cultura, mas uma das premissas que sinaliza a saída do uso controlado é o uso enquanto fuga de alguma ansiedade pessoal ou situação social, passando a substância a ter aí um valor de medicamento (ZINBERG e FRASER, 1979). Porém, tal uso “medicamentoso” pode seguir sem uma regulação interna ou externa, o que acarreta os prejuízos observados no uso problemático. A autorregulação, como aponta Grund (1993), se daria na dinâmica entre três fatores: rituais e regras relacionadas ao uso em uma determinada sociedade, disponibilidade das drogas e estrutura de vida do indivíduo. Além disso, este processo não se dá num circuito fechado, mas numa dinâmica que sofre interferências externas, sejam elas mercadológicas, culturais, políticas, etc. Sobre esta complexa dinâmica e como estes fatores se articulam no cuidado integral desses usuários é que se seguirá neste trabalho a análise de temas trazidos pelos usuários como essenciais em seu processo de uso.

8.6 Aspectos relacionados à rede social informal e à vida cotidiana

8.6.1 A Família

A referência à família nas narrativas se deu de forma extensa e contínua. A família apareceu nos discursos, exercendo uma série de papéis, inclusive contraditórios. Um destes papéis é o de provedora da subsistência material. No início da pesquisa todas as pessoas pesquisadas ainda mantinham algum vínculo de dependência material com a família. Ao final das entrevistas, Alma saiu da casa de sua mãe e declarou sua independência, passo muito importante para ela. Essa dependência material em todos os casos trazia algum tipo de constrangimento, pois todos são adultos e compreendiam que essa dependência não deveria existir, e existindo os limitava em algumas ações do cotidiano, como, inclusive, a própria escolha de dar continuidade ao uso de substâncias psicoativas. Todos chegaram a ficar em situação de rua devido a conflitos familiares, com exceção de Alma.

[...] foi quando eu tive a terceira recaída e minha mãe, pela primeira vez na vida dela, fechou as portas para mim. Meu pai já tinha “lavado as mãos”, não queria mais a minha presença, e minha mãe chegou e disse: “Não, você não volta para cá.”. Aí, eu fui passar uma temporada na rua, né? Eu fiquei quase três meses na rua. (Matias)

“Não tem opção, Mara, você vai ter que ir, você vai ter que ir pra rua” falando assim mesmo (o pai), “Você vai ter que ir pra rua .” nunca passei por uma situação dessa. Eu ia pra rua, porque eu queria. Porque sabia que podia ir qualquer hora pra rua, e qualquer hora voltar pra casa. Mas você ter que ir pra rua, sem ter onde você ficar, sem ter onde você morar, sem ter quem lhe apoiar, sem ter nada. Ter que dormir na rua, viver na rua, tomar banho na rua, comer na rua, tudo na rua? (Mara)

Por isso em grande parte a desorganização da minha família me desorganizou toda. Você ainda vai ter oportunidade de ir lá à casa de minha mãe, você vai ver, só você vendo a bagunça que é. É uma bagunça, é uma sujeira, uma desorganização. E agora está até limpo, porque tem uma moça que vai lá uma vez por semana, ela limpa de manhã, de tarde já está tudo sujo de novo. Eu não sei, é a dinâmica da casa. E é uma desorganização muito grande, são pessoas, que são pessoas muito generosas, tudo na minha família tem essa tônica, mas eles não conseguem... (Alma)

Mara passou cinco meses na rua, Matias passou três meses e Agnaldo ficava em situação de rua desde a infância, principalmente após a separação de seus pais. Agnaldo alternou entre um período que dormia na casa de uma tia, depois em Albergue, na casa de um irmão, e finalmente com a companheira com quem mora até hoje. A situação de rua expôs todos eles a muitas privações materiais, doenças e aumento do uso de substâncias. Mara e Matias conseguiram retornar para casa depois de se proporem a ficar abstinentes do uso. Ambos tiveram a experiência de chegar ao “fundo do poço”

nesta situação. Mara se mantém abstinente desde que retornou, Matias retomou o uso e faleceu.

Por outro lado, todos os pesquisados, com exceção de Matias, viveram relações onde se sentiram explorados financeiramente por seus parceiros amorosos. Estas relações também foram caracterizadas como pouco proveitosas de ponto vista emocional, trazendo decepção, depressão e recaídas. No período da pesquisa apenas Agnaldo e Matias estavam morando com suas companheiras. Agnaldo continua nessa relação que considera ruim, mas da qual ele diz depender por residir na casa dela e não ter sua casa própria. Mara e Alma estavam solteiras no período da pesquisa.

[...] não sei se era fingimento. Acho que sim, hoje eu creio que tenha sido para conquistar o que ela queria. Que ela queria na verdade era que eu construísse a casa dela. Ela via em mim uma pessoa que podia ajudá-la assim, financeiramente, dá um conforto maior para a filha dela. [...] Saí da casa dela e descobri que ela estava tendo um caso com minha melhor amiga de infância, Daniela, linda, loira do olho azul, bonita, bem casada, era noiva na época. (Mara)

Aí, também, depois, que me separei dele, estava falida, porque eu sustentava uma casa, sustentava os vícios dele, que não fazia nada, sustentava tudo, não tinha dinheiro que desse, estava falida, cansada. (Alma)

Cadê o dinheiro, tudo na mão da mulher. A mulher faz o quê? Guarda o dinheiro, eu preciso, ela não quer dar. Inclusive esse dinheiro é para ajudar na casa dela mesmo, não é na minha casa, é na casa dela, benefício para ela, para mim nada, para mim nada que eu também fico pensando, como vai ser amanhã e depois, a minha vida. (Agnaldo)

As relações afetivas podem ter um papel de suma importância para o acompanhamento do tratamento, principalmente no que diz respeito ao monitoramento de Crises de fissura e abstinência, no suporte com filhos e casa. Porém, tais relações podem se apresentar, como nas histórias relatadas acima, de forma complexa, conflituosa e traumática (MEDEIROS, 2015). Dessa forma, em alguns casos, o apoio afetivo de pessoas da família de origem se mostra mais efetivo e duradouro, como aparece nas histórias de Alma e Mara. Matias, apesar de estar com uma companheira no momento da pesquisa, referiu diversas relações amorosas que chegaram ao fim devido ao uso problemático de substâncias, o que fazia que ele retornasse à casa da mãe. E Agnaldo, que se mantém com a atual companheira já há muitos anos, tem vínculos bastante fragilizados com sua família de origem.

Em relação a estas necessidades afetivas relacionadas à família de origem, Mara, Matias e Alma referem que suas famílias exerceram esse papel a partir de alguns

membros centrais. No caso de Matias e Alma, esse papel foi desempenhado pela mãe, enquanto Mara tem como figuras centrais a avó materna e o pai. Agnaldo foi quem menos fez referências a relações de afeto com os membros da família de origem, fez menções ao pai e ao irmão, mas de forma muito pontual. Como já foi dito anteriormente, atualmente Agnaldo tem como referência de afeto a relação com a companheira, que ele nega ser uma relação satisfatória.

A separação dos pais aparece nas quatro histórias dos sujeitos e, em todas elas, esse evento é um ponto importante de fragilização de vínculos e vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. A mãe de Mara saiu de casa quando ela tinha dez anos de idade e só reapareceu depois de cinco anos. Os pais de Matias se separaram e ele se sentiu responsável pelo cuidado da mãe. Quando o pai de Alma saiu de casa, deixou sua mãe sem condições financeiras de sustentar a família. A mãe de Agnaldo foi embora de casa após trair o marido e Agnaldo passou a morar com o pai, tendo sido posto para fora de casa pela madrasta após a morte de seu pai.

Minha mãe se separou de meu pai e aí teve um impasse na separação deles dois, [...] ela pediu que eu estivesse do lado dela, e ela ia botar meu pai na justiça e queria que os filhos estivessem com ela. Preferi estar com ela e não com meu pai, foi quando a gente rompeu a relação com meu pai, e foi mais um fator que agravou na minha recaída, na minha descida, na minha progressão do álcool mesmo. E eu passei a não compreender mais qual era o meu papel. Antes eu achava que meu papel era ser artista, irresponsável, mas depois eu passei a me questionar como indivíduo, como pessoa. Meu pai se separando de minha mãe, minha mãe precisando de mim, e eu precisava assumir uma responsabilidade e então eu joguei tudo para cima e então fodase a responsabilidade. Eu não tinha nada a ver com aquilo [...]. Então eu saí de um mundo de fantasia colorido, cor de rosa, para um mundo preto e branco em que eu tinha que assumir responsabilidades, em que eu tinha que deixar de beber, em que eu tinha que deixar de usar minhas drogas, em que eu tinha que deixar... Foi quando eu comecei a me rebelar contra eles, me tatuei, botei brinco, comecei a usar... (Matias)

Houve traição, minha mãe traiu meu pai, teve aquela confusão, eles eram casados, entendeu? Eram casados, bem casados, mas eu não sei o que foi que teve que ela pulou a cerca. Ela não trabalhava e não tinha recurso para sustentar os filhos. [...] Aos três anos, eles se separaram e eu perdi a visão de minha mãe, com 18 anos foi que eu vim ver, conhecer minha mãe. (Agnaldo)

[...] mas depois a casa comercial foi à falência, por conta dos acessos dele (pai). Ele, aí, foi trabalhar como motorista de ônibus, e ela ficou em casa, e, aí, ela ficou, porque o que ele dava era muito pouco, porque ele saiu para viver com outra mulher, que não era essa que ele vive hoje, era outra. (Alma)

Estas situações relatadas acima foram fortemente associadas a uma fragilização emocional que ainda reverberou em fases posteriores da vida. Mara atribui a esse sumiço da mãe a origem de suas crises depressivas. Agnaldo ainda hoje lamenta o fato

de não ter suporte da mãe, que ele tenta se reaproximar sem sucesso. Alma lamenta não conseguir estar mais próxima do pai, com quem se identifica devido ao problema do alcoolismo. E Matias, no mês anterior a sua morte, falava do desejo de estreitar os vínculos com seu pai, e sair um pouco da relação de “excessos” (de proteção, cuidado) que desenvolveu com sua mãe.

No que diz respeito a essas relações, algumas vezes marcadas pelos “excessos”, como Matias se referia à sua relação com a mãe, nas narrativas apareceram práticas familiares favoráveis ao amadurecimento e à autonomia, como também práticas que demonstravam rigidez, autoritarismo e superproteção. Foi possível observar que os familiares de referência oscilavam entre ações de superproteção e ações de abandono, rigidez e permissividade. Ao mesmo tempo em que eram autoritários e superprotetores, impondo sua forma de ver o mundo e ditando o que eles deveriam fazer (Matias não devia ser ator, Alma não devia trabalhar, por exemplo), estavam sempre fazendo por eles, cuidando deles, fazendo coisas que eles achavam que deveriam fazer sozinhos (como trabalhar, cuidar de si, cuidar dos filhos). As pessoas pesquisados referiram que estes familiares de referência desconheciam seus reais problemas e sentimentos, e não conseguiram ficar com eles em momentos cruciais do uso problemático de drogas, se distanciando, seja saindo de casa, através do internamento, ou deixando-os em situação de rua, como já relatado em fragmentos de narrativas supracitados.

Meu pai, eu falei inclusive hoje com Rafael (técnico de referência do CAPS), que meu pai antes era uma pessoa que eu não gostaria nunca de dar algum desprazer ou de contrariar, ou de... mas que acabava sempre contrariando, sempre trazendo desgosto, sempre trazendo desprazer, por conta dos meus hábitos, por conta da minha forma de pensar, por conta do meu jeito de agir, sempre a gente teve um embate, né? Sempre foi muito autoritário, uma pessoa muito rígida, muito controlador. E nisso eu me batia muito de frente com ele. Depois que ele se separou de minha mãe, ele sumiu, ficou mais distante, se tornou mais distante, e eu e ele nos tornamos dois desconhecidos, né? (Matias)

[...] chegou um tempo que minha mãe não aguentava, quando ela chegava lá, eu estava desesperada para sair (do internamento). Ela assinava um termo, eu saía, só que, quando eu saía, eu descia do táxi direto para o bar, aí, começava de novo, ela não aguentava, mandava para lá de volta. E, aí, nisso aí, nisso aí, foram mais de três anos, aí, foi Nova Vida, Casa da Harmonia, Renascer, Integral. (Alma)

Enfim, meu pai decidiu que eu não podia mais ficar em casa, “Procure onde você ficar. Você quer se internar? A gente vai internar você no centro de recuperação pela quarta vez. E você vai ficar lá, cuidando de você, cuidando do seu corpo, cuidando da droga, longe da droga, tomando sua medicação da AIDS. Mas em casa, ninguém vai lhe aceitar.” (Mara)

Eu já apanhei muito para não aprender a roubar, meu pai me batia muito, “você vai apanhar, porque eu não quero que você pegue nada”. Ele não queria que a gente se metesse com droga, nem roubasse, nada. (Agnaldo)

Sobre a disciplina rude e autoritária, Schenker (2008), em um estudo sobre valores familiares e uso abusivo de drogas, aponta que o estilo de educação autoritário é pouco responsivo e bastante exigente com o objetivo de controlar o comportamento, as atitudes e o nível de obediência, como também faz uso de medidas punitivas para restringir o comportamento e a autonomia de forma a barrar os desejos dos filhos. Tais características são acompanhadas de pouca comunicação e uma postura por parte dos pais como detentores da certeza e da autoridade. Já no estilo permissivo, a responsabilidade é posta sobre o filho e a exigência é baixa. Os pais não se colocam como responsáveis por moldar os comportamentos dos filhos e permitem que as próprias crianças regulem suas atividades.

Este tipo de dinâmica familiar também é citado pelas autoras Orth e Moré (2008). Elas apontam que vários estudos confirmam que muitas famílias propiciam um ambiente onde os indivíduos vivenciam intensas contradições entre a falta de aproximação *versus* excesso de apego, como também a rigidez disciplinar *versus* permissividade. Tal ambiente dificultaria a formação de definições claras das regras do sistema familiar. As autoras sugerem que neste circuito a droga serviria como uma maneira do indivíduo se diferenciar de sua família de origem, mas de um modo frágil, devido ao empobrecimento das regras e dos limites. Desta forma, o uso de substâncias no contexto familiar pode emergir não só como uma tentativa de escapar às contradições e dificuldades nele reificadas, mas, principalmente, como um dispositivo que vem permitir a afirmação de um lugar de singularidade e elaboração de alteridade. Enquanto usuário de substância psicoativa, é possível construir uma identidade e uma identificação com outros espaços, como o meio artístico ou o espaço da rua, como também é possível obter alívio para as contradições e pressões cotidianas. Por outro lado, esse mesmo uso, ao trazer prejuízos de ordem física e material, impossibilita a concretização de um cotidiano, no sentido da construção da autonomia, e de uma diversificação das atividades do dia a dia.

Ainda em relação aos movimentos contraditórios, ou talvez possamos dizer complementares, os familiares de referência aparecem também nas narrativas dos pesquisados como favorecedores do amadurecimento e da autonomia, seja através do

investimento financeiro e afetivo em sua vida profissional, no tratamento para o uso problemático de substâncias, ou através da imposição de limites.

Aí, eu vou tomar meu curso de cabeleireiro e vou começar a trabalhar. Eu sei confeitaria bolo, essas coisas assim, quero tomar curso, também. Eu quero investir em mim. Eles (familiares) disseram que iam me ajudar. (Mara)

A primeira vez foi quando minha mãe me pediu que eu fosse embora, que ela ia me botar para fora de casa, ela achava que eu já tinha que seguir minha vida. Não era porque eu era um adicto, nem que estava descontrolado, ou qualquer coisa que eu tinha pedido ajuda, não era isso. Ela simplesmente queria que eu andasse com as minhas pernas. (Matias)

A família é nosso referencial, a família é a coisa mais importante do mundo para a gente, é onde a gente nasceu, onde a gente se originou, onde a gente sabe que é amado de verdade, sem mentira, sem falsidade, sem nada, com todos os nossos defeitos, as nossas qualidades. A gente é amado, a gente é querido, por mais que a gente erre, por mais que a gente passe a mão pela cabeça, sempre tem a esperança de que a gente mude, e foi essa esperança que eles me deram, essa certeza, essa confiança deles. O fato de eles me darem desprezo, o desprezo deles foi importante, porque com o desprezo eu sofri na pele para eu me conscientizar de que eu precisava deles, que para voltar a ter a confiança, amor, respeito, carinho, eu tinha que mudar realmente. (Mara)

Esse suporte familiar aparece também no que diz respeito aos períodos de recaída, sendo os familiares de referência os responsáveis pelo suporte material e afetivo para a travessia desse momento.

Meu pai aqui na Bahia ficou sabendo, pegou um avião e veio. Tipo um domingo de manhã, eu trabalhava na empresa dele e ele estava lá, eu acordei com a voz de meu pai e eu olhei e estava assim com o olho partido, com as mãos inchadas, não sabia... Tive um apagamento, não sabia o que tinha acontecido. Só sei que eu acordei dentro da empresa. (Matias)

[...] investi em mim quatro vezes no centro de recuperação. É um custo grande. Quando a gente não é rico, se esforça pra ter aquele dinheiro, todo mês, e pagar aluguel, pagar água, pagar energia. [...] Todo mundo tem sua vida, tem seus planos todos certinhos, aí vem uma coisa imprevisível como um internamento, aí todo mundo tem que fazer uma vaquinha pra ajudar. Porque a gente não é rico, né? Aí todo mundo tem que fazer uma vaquinha. Então tudo é um custo e uma expectativa que lançam em você, confiança, passa determinação. Daqui a pouco, você se sente desestimulado e frustrado. De ver tudo o que você investiu ir por água abaixo. “Poxa, minha filha que eu amo tanto”, “Minha sobrinha, que cresceu assim... era trabalhadeira, era asseada, fazia tudo certinho”. (Mara)

Esses bares, daqui de cima, todos me conhecem, porque eu saía comprando, minha mãe pagava contas quilométricas, porque chegou um tempo que eu parei de trabalhar, eu não produzia mais nada, então, meu ex-marido assumia, minha mãe assumia e, aí, a vida passou a ser essa. (Alma)

E ainda nesse movimento contraditório das vivências familiares, além de ser a principal fonte de suporte de três dos quatro casos aqui narrados, a família também apareceu como uma influência importante para o início de novas recaídas. Brigas, conflitos, desentendimentos, perdas no contexto familiar, foram citadas como prováveis causadoras de recaídas importantes no uso problemático de substâncias.

E depois dessa fase, eu fiquei bem durante um ano e seis meses. Quer dizer... durante a gravidez e o nascimento de Laura, até ela completar seis meses, eu fiquei ótima, sem droga. Mas aí, eu tive uma briga com meu irmão, uma discussão em casa por causa da minha mãe, e aí eu tive uma outra recaída. E foi pior. (Mara)

[...] eu fui dividir com meu pai, partilhar com ele, que eu estava chegando aos dez meses limpo. Aí, meu pai chega e diz assim para mim: “E o que é que me interessa isso? Me interessa saber que você está nove meses limpo? É importante para você, que você passe dez anos limpo, que você passe o resto de sua vida limpo, agora ficar contando os dias, coisa mais sem nexos, sem lógica, para com isso, rapaz!”. Aí eu, “tum”, dentro de mim, quer dizer que não tem significado esse tempo que eu estou limpo, quer dizer que eu estou sem fumar, sem beber, sem me drogar, durante nove meses, passando, pensando do jeito que estou, trabalhando como um louco, alucinado, o cara vem dizer pra mim que não tem sentido. “Não tem sentido, então, vou tomar uma”. (Matias)

Aí pronto, eu fui para o mundo trabalhar, deixei de estudar, eu só vim concluir meu segundo grau oito anos depois, fui começar meu curso superior com 28 anos. Porque eu fiquei revoltada com aquilo (a mãe ter tomado a escola que era dela), aí tinha um período que eu bebia que era uma coisa para punir minha mãe. Eu obrigava minha mãe a pagar minhas dívidas de cachaça, e eu levei onze anos sem trabalhar, obrigando ela a me sustentar. (Alma)

Uma coisa que a gente nota de alguns anos para cá, um fator que mexe muito com Agnaldo é exatamente essa relação familiar de Agnaldo, né? É uma relação que ele tem com a esposa, companheira, né? Que acaba sendo um grande problema para ele, porque, assim, ele não é dono da casa como ele tanto fala aqui nas brigas a primeira coisa que ela faz é expulsar ele da casa e isso é uma coisa que desestabiliza muito Agnaldo. Se eu não me engano, esse ano aconteceu uma vez de ele chegar aqui completamente embriagado depois de uma dessas brigas que ele acabou tendo com essa pessoa, mas ao mesmo tempo ele não consegue se desvencilhar dela, e a vida segue, né? (psiquiatra de Agnaldo no CAPS AD)

De acordo com Medeiros (2015) essa importância da rede familiar na vida do usuário problemático de substâncias psicoativas estaria relacionada com uma certa “infantilização” deste usuário. Tal infantilização dificultaria o desapego do núcleo primário de relação e estaria ligada à dependência financeira e afetiva a este núcleo, que se agrava com as dificuldades relacionadas ao trabalho, vinculação com amigos,

problemas com a justiça, etc. Dessa forma, os familiares se tornam figuras centrais na busca e na implicação destas pessoas em relação ao tratamento e a conformação de seus itinerários terapêuticos.

8.6.1.1 A maternidade

No estudo das trajetórias foi possível observar a presença importante da questão da maternidade nas narrativas de Alma e Mara. A maternidade para Alma pode ser expressa como uma relação de ambiguidade. Ao mesmo tempo em que a chegada inesperada de uma criança provocou susto e desespero para ela, sua família e o CAPS onde ela se tratava, foi esta mesma maternidade que a auxiliou em sua decisão de ficar abstinente:

[...] eu não conseguia parar nem de fumar, nem de beber, então, um dia, eu caí bêbada na frente de meu filho, meu filho estava com um ano e um pouquinho, e ele me ofereceu a mão “pra” levantar, [...] e, ali, naquele momento, eu vi toda a minha infância se desenrolar, [...] me chocou, porque a minha infância foi assim, eu corria atrás de meu pai, [...] porque ele ia para os bares, eu ia atrás, ele caía de bêbado, eu caía junto com ele, tentando levá-lo para casa. Então, desde criança, eu via que aquilo não era uma vida muito legal de se viver. Eu tentei, de certa forma, fazer na vida dele, o que meu filho fez na minha. [...] foi o que meu filho fez comigo, naquele momento, eu vi que estava tudo errado, não era aquele caminho, o caminho da minha existência, e, aí, daquele dia em diante, nunca mais eu bebi. (Alma)

Neste trecho Alma se refere ao fato já citado anteriormente de ela ter crescido em um ambiente onde havia a presença do uso de álcool e este fato era um dos mais problemáticos dentro da dinâmica de sua família. Alma procura fazer uma história diferente com seu filho. Formada em Direito, ela atua como advogada e pode proporcionar uma situação material confortável para ele. No que diz respeito à relação entre Alma e seu filho, é possível perceber um esforço em exercer o papel de mãe, apresentando algumas dificuldades no que se refere aos limites, e, especialmente, uma crença de que ele deve ter algum problema psíquico ou neurológico provocado pelo seu uso de álcool durante a gestação.

[...] meu filho, meu filho também é complicado, porque ele tem uma personalidade forte, quando ele vê as coisas, ele quer as coisas, tudo que ele vê, ele quer. Isso me deixa nervosa, aí, também, eu evito sair, tenho que mudar esse perfil do meu filho, porque dá muito trabalho mesmo. (Alma)

Silva et. al. (2012) referem, em pesquisa, que as mulheres usuárias de substâncias psicoativas relatam dificuldade em exercer o papel de mãe (limites e regras, ser paciente, compreender as necessidades físicas e emocionais da criança) e justificam tal dificuldade afirmando que seus filhos têm a personalidade forte, são desobedientes. Elas têm que fazer um grande esforço para se manter no papel de mãe e este esforço se agrava com o crescimento da criança e o aumento da necessidade de interatividade mãe-criança.

Já Mara, a nossa segunda pesquisada, não teve essa oportunidade de exercer plenamente o papel de educadora da filha e enfrentar as dificuldades que isto pode trazer. Quando sua filha completou seis meses, Mara teve uma recaída no uso de crack. Desde então, passou por várias internações e os cuidados de sua filha passaram a ser compartilhados com seu pai. Ela tem muito desejo de exercer plenamente essa maternidade, mas ela voltou definitivamente para casa (ela mora atualmente com a mãe e a avó) e sua filha continua morando com seu pai. O pai tem a guarda de Laura.

O que eu mais quero é viver com minha filha, bem. Eu sei que não vou ter minha filha para mim nunca, assim sozinha, porque meu pai tem um vínculo de muito amor com ela. [...] ele tem a guarda dela na justiça e ele não daria para mim por questão de confiança, sei lá, ele confia em mim como mãe, mas não confia em me deixar com ela sozinha. (Mara)

Alma, apesar de ter uma convivência maior com o filho do que Mara, também deixou os cuidados básicos e a educação da criança praticamente a cargo de sua mãe, principalmente enquanto fazia uso de álcool. Quando conseguiu ficar abstinência, começou aos poucos a assumir o cuidado do filho e agora, finalmente, está morando sozinha com ele, em sua própria casa. De qualquer forma, nestes dois casos, fica visível que o apoio familiar é essencial para que estas mulheres possam exercer a maternidade de forma mais saudável, tanto para elas como para as crianças.

A participação da família como suporte direto nos cuidados com a criança aparece como elemento fundamental para o exercício do papel de mãe. Por outro lado, isso pode gerar um grande controle por parte dos familiares sobre a mãe e a criança, fazendo com que a primeira tenha sua autonomia e independência prejudicadas. Além disso, tal situação predispõe, também, a geração de conflitos familiares (SILVA, et. al. 2012). Nesta pesquisa também foi possível constatar que, apesar do apoio familiar ser essencial para Alma e Mara, em alguns momentos isso era motivo de disputas e conflitos familiares. Alma se queixava constantemente da mãe no que diz respeito à

falta de limites e regras na criação de seu filho. Ela sonhava com o momento de ir para a casa e poder educá-lo com menos influência da mãe. Esse assunto gerava conflitos constantes entre elas. Já Mara, ao retornar para casa, queria ter sua filha mais perto e tomar decisões sobre a educação dela. Porém, ao retornar ao seio familiar, entrou em conflito com a madrasta em relação ao modo de cuidar de sua filha, e não pôde tê-la tão perto como imaginou que teria. Assim, ambas estão negociando essa autonomia em relação aos seus filhos, tanto no que diz respeito ao que elas ainda precisam de apoio, como também naquilo que elas entendem que têm direito de intervir enquanto mães.

O suporte dado por um parceiro ou pelo pai da criança também é referido como muito importante pelas mães, mesmo quando eles também são usuários de substâncias psicoativas. Quando ambos iniciam o tratamento juntos, esse suporte se torna ainda mais efetivo (SILVA, et. al. 2012). Entretanto, no caso de Alma e Mara, não foi possível receber apoio dos parceiros. O parceiro de Alma não foi seu namorado, o filho é fruto de uma relação casual entre eles. Ele ajuda financeiramente de forma irregular e não participa ativamente da educação do menino. O namorado de Mara faleceu quando Laura nasceu, ele estava com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS). Mara também contraiu o vírus, descobriu quando fez os exames durante a gestação de Laura. Laura felizmente não adquiriu o vírus; Mara fez o tratamento preventivo.

Alma e Mara se referem aos serviços de saúde mental como importantes parceiros no acompanhamento de seu período gestacional. O tratamento associado ao suporte familiar permite que o impacto do uso de substâncias seja o menor possível, possibilitando que a mulher ultrapasse suas dificuldades no exercício da maternidade. É preciso aproveitar esse momento de “crise” e oportunidade de mudança para o oferecimento de tratamento (SILVA et. al. 2012). Para Alma, a gestação marcou um *turning point* (ponto de virada) em seu processo de desinstitucionalização, não voltou a passar por internações, continuou no CAPS AD e, posteriormente ficou em acompanhamento ambulatorial. Mara chegou a passar por internamentos após a gestação, ainda assim é possível perceber em sua fala que o distanciamento da filha foi fator motivacional no seu desejo de retomar o tratamento no CAPS AD.

Para Alma e Mara, a maternidade constituiu um fator motivador, impulsionador do processo de desinstitucionalização. Com suporte familiar e dos serviços de saúde mental, conseguiram fazer, de um “susto”, uma motivação para a vida.

Então assim, tinha o risco de ele nascer deformado mesmo e, mesmo assim, eu assumi o risco, e não me arrependo não, porque meu filho na minha vida foi só coisas boas. Eu não poderia ser o que eu sou hoje; se ele não tivesse nascido eu nem sei se eu estaria aqui. Então a partir dele eu pude me organizar, olhando para ele eu pude organizar a mim mesma. (Alma)

Para mim a maternidade é a coisa mais sublime do mundo, [...] é a realização maior que uma mulher tem na vida, é a maternidade. É você se doar inteiramente, [...] que traz tanta felicidade, tanto amor, tanto carinho, vontade de viver, [...] minha filha é tudo para mim, minha luz. [...] eu descobri que eu tinha AIDS, quando eu descobri que eu tinha Laura, e Laura foi quem me fortaleceu, me deu força para lutar, por ela mais e por mim. [...] tive quatro recaídas, mas agora não quero ter mais nenhuma, porque eu sei como é ficar sem a minha filha, ter ficado sem ela muito tempo, quase um ano e meio, e foi a pior fase da minha vida, e eu não quero perder mais nenhum dia da minha filha, nenhum dia. [...] eu sempre fui uma pessoa legal, do bem, eu mereço! (Mara)

Desta forma, para Mara e Alma, a maternidade foi, para além de sua ambiguidade intrínseca, um marcador de mudança, um chamado para a maturidade, para a responsabilização por si e por esse novo ser que chegava. Dentro de suas limitações e dificuldades, cada uma delas buscou exercer como pôde esse papel de mãe, e este exercício pôde trazer à tona uma gama de sentimentos e perspectivas que colocaram o uso problemático de substâncias em xeque.

8.6.2 O Trabalho

A questão do trabalho apareceu nas narrativas dos quatro pesquisados. Ela aparece relacionada principalmente à subsistência material, ao reconhecimento social e à capacidade de reorganização da vida.

Eu tenho que batalhar clientes e, quando você não tem nome de família, quando você entra na advocacia assim, é “matar um leão por dia”, e, hoje, eu tenho despesas, e eu não quero mais pedir nada a minha mãe, e as despesas só aumentam. (Alma)

Eu sou do centro da cidade, já vivi na rua, mas eu não sou rico, também não sou pobre, o que eu quiser fazer aqui nessa cidade eu tenho alguém que indique, sou conhecido no meu trabalho, na rua. Mais no trabalho do que em outros lugares. Engenheiro, mestre de obra, estagiário, todo mundo me conhece. (Agnaldo)

Em quase todos os casos, há um início precoce da vida laboral, que é interrompida ou fragmentada pelo sofrimento psíquico, ou pelo uso abusivo de substâncias. Tal uso aparece tendo influência de duas formas principais, impossibilitando a atividade em si, como perda de capacidade de comparecer ao trabalho ou de executá-lo; ou através da perda financeira vertiginosa, que impossibilita a

continuidade do trabalho (quando negócio próprio), ou torna o ganho obtido com o mesmo pouco proveitoso.

Comecei, comecei a trabalhar, depois fui para um curso de informática, comecei a trabalhar com o curso de informática. No DETRAN, comecei a trabalhar no DETRAN. Sempre fui produtivo. Depois com a droga é que eu fiquei improdutivo. (Matias)

Tive que morar com minha mãe, foi uma fase horrível na minha vida, que eu tive depressão de verdade, pedi demissão no trabalho. (Mara)

No meu tratamento independente, dependendo do álcool, eu quero deixar, porque eu estou em busca de trabalhar igual a um camelo. Só beber álcool, de ano em ano e olhe lá, se der a vontade ainda. (Agnaldo)

Em todos os casos pesquisados, foi possível observar uma valorização sempre positiva do trabalho e a passagem por uma variedade de atividades laborais, sejam elas formais, informais, ou negócios próprios. Alma trabalhou como professora, vendedora, vigilante e, atualmente é advogada. Mara já foi operadora de caixa e cabeleireira. Agnaldo já vendeu picolé, foi auxiliar de serviços gerais, fez reciclagem e, hoje trabalha como pedreiro. E Matias trabalhou como office boy, ator, professor de teatro, empreendedor com uma “Lan-house” e com uma clínica de terapias holísticas, ambos financiados pela família. Em todas as trajetórias, foi possível observar uma expectativa por parte de nossos interlocutores de conseguirem algum grau de autonomia financeira e independência da família. Ao falar de seus projetos futuros, todos eles, com exceção de Agnaldo, mencionam a independência financeira através da consolidação de um trabalho como parte central de seus projetos. Agnaldo, o mais velho entre os nossos interlocutores e com um maior histórico de trabalho, refere o desejo de se aposentar e ser beneficiado com programas sociais que lhe proporcionem uma casa própria e algum nível de conforto. Sobre a aquisição de benefícios e outros direitos sociais, falarei mais a frente ao tratar da rede formal de serviços de assistência.

Mara: Eu quero trabalhar. Quero tomar um curso de reciclagem de cabelo, que tenho curso de cabeleireiro.

Pesquisadora: Hum... você tem curso de cabeleireira?

Mara: Tenho. Tenho curso de cabeleireira. Aí, vou fazer uma reciclagem, que quero colorimetria. Que é de cor de cabelo, essas coisas, tinta, e de química. E corte, que eu nunca aprendi a cortar direito o cabelo. Mas de química, sei fazer tudo. Escovar, pranchar, relaxar, pintar. Mas eu quero tomar. Me profissionalizar mais.

Aí já conhece, sabe que a pessoa é precisado, tá entendendo? Necessita não de dinheiro, não de droga, não de nada, benefício... Estou conversando a

minha necessidade, não é a necessidade sua, da Luana, é a minha... Para mim só tem uma solução melhor depois que eu tiver um benefício, como essa casa mesmo do Minha Casa Minha... Com essa oportunidade, eu podia ter a oportunidade de ser, de sair das drogas, porque eu vou ter uma hora de sair, vou ter uma hora de chegar, vou ter uma hora de ir pra igreja, vou ter uma hora de ir pra qualquer lugar... Estou dando uma casa, uma vida! (Agnaldo)

A obtenção de uma casa própria ou morar fora da casa da família de origem apareceram também como uma forma de marcar independência e de conseguir algum nível de autocuidado com autonomia. Desta forma, a capacidade ou não de conseguir alguma independência financeira parece estar relacionada, para eles, com a capacidade de lidar com o sofrimento advindo do uso problemático e com a possibilidade de construção de um cotidiano mais produtivo, de uma nova inserção familiar e social.

[...] porque na casa de minha mãe, de certa forma, ela ainda “dirige meu carro”, porque eu saio, deixo meu filho lá, [...] eu começo a estudar sobre a espiritualidade na hora, eu acordo quatro horas da manhã, aí, já vou para o computador, fico lá estudando, se deixar, eu fico o dia todo, aí, chega a hora de meu filho ir para escola, ela vai dar banho, ela vai dar comida, mesmo eu pagando as minhas contas, eu ainda não assumo completamente a minha vida, né?! Então, aí, ele (psicólogo) fica “cutucando”, porque, quando eu sair daí, eu acho que a coisa, nesse aspecto, vai melhorar. (Alma)

Saraceno (2001), ao conceituar reabilitação psicossocial como um processo de reconstrução do exercício pleno da cidadania, destaca que essa reconstrução deve devolver ao sujeito o poder de contratualidade no que ele considera os três grandes cenários sociais: habitat, rede social, e trabalho com valor social. O trabalho apareceu, também para estas pessoas, como um dos pilares centrais de sua reabilitação psicossocial, como possibilidade de desenvolvimento da autonomia, da construção de um novo projeto de vida, e de alcançar a reconstrução dos outros dois pontos da tríade: o habitat e a rede social. Wanderley (2001) também destaca, ao tratar do tema da exclusão social, que a inserção privilegiada na sociedade moderna é a integração pelo trabalho.

8.6.3 A Religião

A religião apareceu também como um elemento de destaque nas narrativas das pessoas pesquisadas. Sua importância e o modo como ela atravessa a trajetória de cada um têm suas peculiaridades e singularidades, mas algumas características se cruzam,

como também exemplificam alguns fenômenos observados na prática clínica com essas pessoas.

O primeiro destes pontos é a iniciação em uma nova religião como forma de ritual de passagem de uma fase para outra da vida. Nos casos de Mara e Matias, essa iniciação em uma religião se coloca como uma nova chance de reestruturar suas vidas a partir de novos preceitos, como uma passagem para uma vida organizada por regras e leis que os permitirão dar um novo passo na reconstrução de suas vidas. Mara se batizou na Igreja Adventista e Matias se iniciou no Candomblé.

Quando você imerge na água, é como se você tivesse entrando na água e se purificando, e vai receber uma proteção maior de Deus, por sua decisão. Sabe, você quer servir a Deus, quer mudar de vida? Deus já está contemplando isso no seu coração. Então já é um bom passo. (Mara)

[...] eu tinha encontrado, na mística do candomblé, uma coisa que equilibrou com a minha mística natural, minha espiritualidade. "Pô, me encontrei! Encontrei o que eu sempre busquei, não era droga, não era álcool, era isso que eu queria". (Matias)

Apesar de Mara e Matias terem referido uma religião específica como eleita para sua afiliação, todas as pessoas pesquisadas trazem a importância da ter fé como algo que está acima da afiliação religiosa. Alma e Agnaldo, por exemplo, não têm uma única afiliação. Alma frequenta centros espíritas, templos budistas, centros de meditação. Agnaldo se diz católico, mas não frequenta a igreja e se mostra simpatizante das igrejas evangélicas. E Mara, apesar de se inclinar mais às igrejas evangélicas, também se mostra aberta a outras crenças. Nas narrativas fica evidenciada a ideia de que o mais importante é que a pessoa esteja confortável no espaço religioso e que este lhe faça se sentir bem.

[...] tem minha parte da minha fé religiosa, que eu sou religiosa, sou cristã, me batizei. Cada qual com sua fé, né? Tenho muita fé em Deus, só sei que eu creio em Deus e em Jesus, agora as denominações que a gente procura seguir é o que a gente acredita, o que a gente gosta, por conta de afinidade. Mas a crença, minha é fé só em Deus, eu não sou fanática, eu não sou doída, não penso coisas mirabolantes, como esse povo fica aí, "Jesus vai me salvar, Jesus vai me salvar!". Não importa se você está Maratã, se vai numa Igreja Católica, não importa, a gente segue o que a gente se sente bem. Acredito um pouco no espiritismo também, tem coisas que eu acredito, eu sou uma pessoa mística, sabe? Não sou aquela pessoa que fica impregnada não, eu tenho a mente um pouco aberta. (Mara)

Então, eu acho que, para um indivíduo que não tem, seja lá uma crença, como queira chamar, uma fé em alguma coisa maior do que ele. Isso se torna algo um pouco complicado, né? Não há fórmula, não há uma receita de bolo. Mas

eu acho que sem essa crença em algo natural, que te dê essa sensação de paz e de tranquilidade mesmo, para saber “olha o mundo é o que é, e eu sou o que sou”. (Alma)

Eu acredito que tenho, essa religião que eu tenho é católica, o catolicismo para mim foi uma religião que nunca me proibiu nada, mas daí também ali tem [...] as velhas passagens da palavra de Deus. [...] a católica é uma religião que nunca me incomodou em nada. Quando eu parto pra umas igrejas dessa evangélica, aí é diferente. Eu tenho aquela força sabe, de liberdade, mas, pra poder fazer o que, pegar as palavras. [...] Chegar junto daquela pessoa e comprar aquela alma pra Deus, e eu me sinto fácil para isso, comprar a alma das pessoas, devido ao meu conhecimento da vida, conhecimento também de eu me tratar de Deus, mas eu acho que para mim a católica ainda é mais negócio. Entendeu? Por causa da minha liberdade, liberdade do uso, de qualquer tipo de coisa que eu queira fazer. (Agnaldo)

A religião apareceu também como uma agência que torna possível mudanças no estilo de vida, adoção de novos comportamentos, novas práticas de autocuidado que levam a uma vida mais digna, mais saudável. A espiritualidade, a fé e a religião emergem também como orientadores, como sinalizadores do sentido da vida, que preenchem um vazio, uma falta que pode deixar a vida desorganizada, sem sentido.

Eu me converti, ou seja, eu aceitei Jesus como meu salvador. Você frequentar a igreja e um dia você determinar que vai seguir aquela religião por toda sua vida. Aquela doutrina que você aceita, pra poder ter um método de vida melhor, de acordo com o que acredita. Deus vai usar você pra fazer o melhor. Ou seja, não usar droga, não andar com pessoas erradas, não fazer mal a ninguém, não fornicar, não se prostituir. Ou seja, não ter relação fora do casamento. Ter uma vida digna, certa. (Mara)

E junte-se a tudo isso eu sempre tive uma natureza extremamente deprimida, desde os onze anos, eu tinha isso e foi o que me impulsionou a buscar Deus, [...]. Porque, fora destes ambientes (espiritualistas), eu sentia um buraco dentro de mim que nada conseguia preencher. Então eu passei a adolescência toda fazendo, estudando, essas coisas que eu gosto muito de ocultismo... (Alma)

Como algo que poderia me auxiliar melhor, se eu tivesse um enredo, como se eu fosse montar uma peça e não tivesse enredo, fosse tudo no improviso. [...] É isso, por isso que eu digo que eu não tenho espiritualidade, eu estou me mantendo afastado, estou vivendo simplesmente, um dia após o outro. Porque eu sou do candomblé. Eu sou de Ogun, entendeu? Eu sou de Ogun. Não tem quem me tire isso, não tem quem arranque isso de mim, eu sou de Ogun, eu sou de Ogun e pronto, eu preciso estar junto, eu preciso chegar lá, eu preciso fazer parte, minha vida precisa fazer parte disso. (Matias)

À fé também é atribuída a capacidade de superar situações de sofrimento psíquico e exacerbação do uso problemático de substâncias psicoativas. Nestes momentos de sofrimento, há uma busca dos espaços religiosos como forma de lidar com

a dor e como busca de uma experiência substituta da experiência de uso da substância, como forma de transcender essas vivências limítrofes, difíceis.

Eu não consegui me libertar, mas eu vou me libertar. Aí comecei a me envolver com os grupos da igreja que eu frequentava, eles começaram a ir a minha casa. Eu substitui a minha dor pela fé, e procurei buscar em Deus força que não tinha em mim, eu não tinha força em nada... (Mara)

E essa espiritualidade, que sempre foi minha, eu acho que, também, é fundamental no processo de recuperação. Você tem que saber que você é algo maior, porque a droga, ela é muito forte, a sensação de prazer que ela te dá, diante da sensibilidade que você tem, de um mundo que te choca, é uma coisa fantástica, porque você não aguenta, você tem uma natureza que é muito sensível, você não aguenta ver certas coisas, passar por certas coisas, e, aí, você vem, você “toma uma”. Acredito que, para quem gosta de fumar, de cheirar, deva ser ainda melhor, porque é uma coisa ainda mais forte. Você fica legal e esquece que aquilo existe, mesmo que depois o “pau quebre de novo” e seja muito pior, mas, naquele momento, você esqueceu que aquilo existe. E, aí, para ter aquela sensação, você vai buscar mais, mais e mais, e chega um momento que você não vive mais sem aquilo. Então, para você sair disso, que você acha, passa a achar que é um barato, você tem que saber que tem que ter uma sensação mais forte, dentro de você, que te dê esse prazer, de uma forma permanente, e só a sensação de que há algo bem maior do que isso, dentro de você, de uma forma natural, pode fazer isso. (Alma)

Esta inserção nos espaços religiosos e esta busca pela conexão com a espiritualidade aparecem também como substitutas ou complementares ao tratamento de saúde voltado para o uso problemático de substâncias. Em uma parte da trajetória de Matias, ele utilizou apenas o ambiente religioso como local de tratamento. Já Alma e Mara veem a espiritualidade como potencializadora do tratamento nos serviços de saúde. Agnaldo não utilizou a religião como forma de tratamento, a não ser de forma indireta, quando esteve internado em comunidades terapêuticas religiosas, mas aí ele não via as atividades religiosas como a parte mais importante do processo terapêutico.

Entrevistadora: Você não tinha nenhuma vontade? (de usar drogas).

Matias: Nenhuma vontade. Eu não estava no psicólogo, eu não estava, aqui no CAPS, eu não estava no AA, eu não estava em lugar nenhum, estava fazendo meu ritual, colocando garrafinha de água, lá em cima da mesa, olhava pra ela, depois tirava, guardava, no outro dia, fazia a mesma coisa, mesma coisa, todos os dias, sabe? Tomava meu banho de amassi, sabe? Meu banho de abô.

Cada dia mais eu acordo estimulada, mais com vontade de viver, olho pra esse céu lindo, pra esse verde (se refere aos jardins da CAASA). Aqui tem muito verde, eu gosto de planta. Aqui eu posso estimular minha espiritualidade, estudar a bíblia, com Lucas, o menino da limpeza. E aí, faço estudos bíblicos diariamente, todos os dias à tarde. E vou à igreja todo sábado, que eu gosto, é muito legal. (Mara)

Alma: E a compulsão foi embora que eu nem vi, eu tomava medicação, a medicação não controlava minha compulsão.

Pesquisadora: Sim. Você acha que o que controlou sua compulsão foi essa experiência no Centro (Centro Espírita)?

Alma: Foi. Agora, não resta dúvida que, depois que eu tive essa experiência, no Centro, a medicação, ela passou a agir melhor.

Revisões bibliográficas e estudos sobre a relação entre espiritualidade, religião e uso de substâncias psicoativas verificaram uma possível relação positiva entre religiosidade e redução ou abstinência do uso de drogas. Porém, os autores destacam a existência de poucos estudos científicos que avaliem as intervenções de base religiosa ou espiritual, ou a influência da espiritualidade no tratamento para a dependência. As relações positivas observadas carecem de informações mais detalhadas sobre como tal fenômeno pode ocorrer (SANCHES e NAPPO, 2007, 2008; LUCCHETTI e LUCCHETTI, 2014; TRELOAR et al., 2014). Essa possibilidade de relação positiva vem ao encontro do que aparece nos relatos acima. Esses relatos nos apontam que a presença desta espiritualidade influencia de forma a dar suporte à manutenção da redução ou da abstinência do uso de substâncias psicoativas, seja auxiliando no tratamento nos serviços de saúde, seja sendo a religião a própria protagonista do processo terapêutico.

Em estudo realizado no Brasil com evangélicos, espíritas e católicos, Sanches e Nappo (2008) concluíram que a religião, além da promoção da abstinência, oferece recursos sociais de reorganização do cotidiano, aumento da rede de apoio social, valorização das potencialidades individuais e apoio incondicional dos líderes religiosos. Ainda de acordo com estes autores, os “tratamentos” religiosos oferecem acolhimento e respeito que auxiliam na recuperação da autoestima e reinserção social. Estas potencialidades estariam relacionadas também com o alicerce na fé religiosa que promove o vínculo entre os crentes e oferece respostas para as questões da vida.

Nas trajetórias acompanhadas neste trabalho foi possível observar esse aumento dos recursos sociais e de recuperação da autoestima, principalmente nos casos de Mara, Matias e Alma. No caso de Mara, a fé aparece como esse elemento de fortalecimento da autoestima, da capacidade de mudança e como elemento reorganizador da vida. Para Alma, a espiritualidade dá um novo sentido à existência, fazendo com que ela acredite na possibilidade de transcender os valores e prazeres terrenos. Já para Matias, o candomblé foi um importante reorganizador do cotidiano, onde a autoridade e a lei puderam enfim se materializar, diferente do autoritarismo vivido no ambiente familiar.

8.6.4 Os Alcoólicos Anônimos

Outro tema emergente nas narrativas foi a relação de Alma e Matias com o A.A. O A.A., em ambos os casos se apresentou como um lugar de suporte para a manutenção da abstinência, e como possibilidade de construção de um determinado modo de compreensão do fenômeno do uso de substâncias. No caso de Matias, o seu entendimento sobre o uso de substâncias era um misto entre as concepções do A.A. e a Redução de Danos. Isso pode parecer à primeira vista contraditório, já que o A.A. prega a abstinência, mas, na verdade ele fazia uma bricolagem do conceito de usuário enquanto doente crônico do A.A., com a possibilidade de ser tratado com medidas de Redução de Danos em relação a algumas drogas. Isso ficava perceptível quando ele falava sobre o próprio uso, se denominava adicto incurável e fumava maconha como forma de segurar a fissura do álcool e do crack.

Mas eu acho que o sentido do álcool e das drogas pra mim foi que é uma doença, o alcoolismo é uma doença, a drogadicção também é uma doença, progressiva, incurável e fatal. Depende da sua caminhada. Antes eu não tinha isso na minha cabeça, uma compreensão de que isso me detonava, hoje eu tenho compreensão que isso me detona e tenho uma responsabilidade sobre essa autodestruição, sobre essa autossabotagem, mas não me julgo mais tanto quanto eu me julgava. É uma coisa que a maturidade vai trazendo. [...] Então eu tive várias experiências que me levaram hoje a compreender que, se eu não tomar meu Sertralina, se eu não tomar meu Fenegan, se eu não tomar meu Diazepan, eu não fico bem. Hoje eu uso maconha, eu fumo maconha terapêuticamente. Não é recreativamente, não é sensorialmente, não. Eu uso porque é uma forma de eu me acalmar, dormir bem, de eu me sentir bem. (Matias)

Já Alma, apesar de achar que a Redução de Danos poderia, de alguma forma, auxiliar os usuários, tem muitas críticas a essa lógica, principalmente devido à sua adesão ao modo de entendimento do A.A. em relação ao uso de substâncias psicoativas. Em relação a si própria, sempre colocou o alcance da abstinência como única possibilidade terapêutica, enfatizando que seu uso de álcool é uma compulsão, uma doença, e que ela precisa se colocar como impotente diante desta e incapaz de fazer um uso moderado.

Porque alguns dizem que o uso, hoje, se trabalha com redução de danos, que a redução de danos é um grande objetivo, hoje, tanto na área psicológica, como na área médica, mas eu não acredito que um compulsivo possa fazer

redução de danos, eu não acredito, porque desperta compulsão. Se ele faz redução de danos, ele nunca foi compulsivo, nunca foi, porque ele não vai conseguir, fazendo uma coisa que ele gosta, mantendo um nível de uso regular. Agora também essa redução de danos tem um outro viés, se o cara fuma crack, se o cara se acaba na cocaína, e ele muda para fumar maconha, e ele faz isso quando chega do trabalho dele para dormir legal, entendeu? Aí, eu acho até que pode ser válido em alguns casos, porque, diante da agressividade da substância, é melhor, até, que você vá trocando. (Alma)

O objetivo principal do A.A. é o alcance e manutenção da sobriedade de seus membros. Estes, considerados “doentes alcoólicos em recuperação”, devem buscar a abstinência em relação ao álcool, que atuaria ao mesmo tempo como princípio terapêutico e como valor organizativo da vida de seus membros. O alcoolismo para a irmandade seria uma “doença progressiva e incurável”, resultado de uma “sensibilidade física ao álcool” e “uma obsessão mental” em ingerir bebida alcoólica. Além disso, o A.A. define o alcoolismo como uma “doença espiritual”, sendo responsável por uma alteração do comportamento do indivíduo que o levaria a um estado de egocentrismo, uma confiança ilimitada que o faz acreditar ser capaz de controlar o próprio uso (CAMPOS 2010).

O modelo terapêutico do A.A. tem como base um programa de recuperação individualizado, onde o indivíduo é tomado na sua unidade ‘físico-espiritual’ a partir do qual se articula uma ordem de sentido, através da qual a experiência do alcoolismo pode ser ressignificada. Apesar de ter isentado os indivíduos da responsabilidade pela aquisição da doença, no A.A. ele é totalmente responsabilizado pela sua recuperação. Parar de beber é uma decisão individual, a manutenção da sobriedade se dá com a ajuda da irmandade (CAMPOS, 2010).

Este modelo terapêutico é composto na prática por reuniões periódicas. Estas reuniões têm como principal objetivo a manutenção da abstinência, evitar “o primeiro gole”. As “reuniões de recuperação” podem ser de dois tipos: “fechadas”, compostas apenas pelos “doentes”, e “abertas”, onde a presença de visitantes é permitida. Além destas, existem outras atividades voltadas para a organização da irmandade. As reuniões têm como base a literatura de A.A. O livro “Os Doze Passos e as Doze Tradições” é um dos mais importantes, onde se encontram os princípios de acordo com o quais os membros se orientam (CAMPOS, 2010). Matias citou um dos doze passos:

Dentro do Alcoólicos Anônimos existem os doze passos e o quarto passo é quando você se propõe a fazer um inventário moral de si mesmo, e que você pega isso aí que você quer fazer e você faz, sozinho, por si mesmo, sem

frescura, sem nenhum tipo de julgamento, você simplesmente escreve o que você é. E eu fui tudo de negativo que se possa ser, as histórias se repetem, e hoje eu vejo que as pessoas estão se destruindo. (Matias)

Alma e Matias se referem à importância desse conhecimento do estado de doente para a entrada no processo de recuperação. Esse conhecimento, aliado ao reconhecimento e à ajuda mútua proporcionados pela convivência com os pares nos grupos, são referidos como elementos potentes no processo terapêutico e no alcance da abstinência.

[...] apesar de não ter receita de bolo, o dependente químico, ele precisa de explicações, porque aquilo está acontecendo. Então, não adianta você internar só para proteger, só para preservar, e fazer terapia. Às vezes você não consegue na terapia, naquele curto espaço, encontrar. Não adianta você fazer terapia ocupacional, essas coisas todas, porque você só vai matar o tempo. É por isso que eu acho que, na Casa da Harmonia (clínica particular que, de acordo com Alma, trabalha com a lógica do A.A.), quando eles falam, e te põem em contato com a impotência frente à substância, eu acho que o grande “pulo do gato” na dependência química é esse, é o dependente se saber impotente diante da substância. (Alma)

Deu resultado foi Alcoólicos Anônimos, [...], mas primeiro me aprofundi na progressão da doença, depois eu me aprofundi na progressão da recuperação. O A.A. funciona, porque é uma logoterapia e eles têm um sistema rígido de vida. E já são pessoas tão lenhadas, tão “fudidas” pela vida, que você se identifica pela sua derrota. E lá você vê pessoas, tem um companheiro que é juiz, tem um companheiro que é servente de obras, tem um companheiro que é médico, tem um companheiro que é jornalista, mas, no momento do sofrimento, da dor, é todo mundo... (Matias)

[...] foi o único lugar que eu cheguei que, realmente, eu posso dizer assim: “minha compulsão sumia.” [...] Quando eu ia para o A.A. Em relação a isso, não teve terapia, não teve psiquiatra, não teve ninguém. A terapia me ajudou em outros aspectos da vida. [...] então, por conta disso, hoje, eu volto lá por gratidão, porque foi o lugar que eu encontrei, que me deu forças para sair da situação que eu estava, porque eu entrava lá com uma compulsão terrível, e eu conseguia sair com o coração calmo. Então, eu tenho muita gratidão por aquela instituição, por isso eu continuo indo uma vez ou outra. (Alma)

Além destas referências positivas ao A.A., Alma e Matias também fizeram críticas ao mesmo e, no final do período que os acompanhei, já não estavam frequentando as reuniões. Alma se refere ao fim de um ciclo nesse processo com o A.A., e que agora não faz mais sentido para ela a frequência às reuniões. Neste caso, podemos perceber aí tanto o reconhecimento de que ela não necessita mais de um espaço que lhe foi útil, ao mesmo tempo em que faz uma crítica ao método, visto que não deve existir “alta” no A.A., pois os “doentes” são incuráveis e devem continuar frequentando o grupo para evitar “o primeiro gole”. Já Matias se sentiu magoado com um episódio de discriminação por um dos membros da irmandade em relação à sua

perda de antebraço em um acidente com um ônibus e por isso abandonou o grupo que frequentava.

Pesquisadora: E você já sentiu algum outro tipo de discriminação? Fora a questão do uso.

Matias: Só agora com o braço, com a mutilação.

Pesquisadora: Você já se sentiu discriminado?

Matias: Já, já me discriminaram. Já me discriminaram e, inclusive, foi um companheiro de AA. Por incrível que pareça, por mais paradoxal que seja. Um companheiro de AA.

Pesquisadora: No ambiente do AA?

Matias: No ambiente do AA, indo para o ambiente do AA. [...] Por isso que eu estou hoje distante do AA. (Entrevista com Matias)

Ontem fui na reunião de Alcoólicos Anônimos, que teve uma festinha lá, de entrega de uma ficha, mas isso não é, isso para mim já não é mais, antes, era, Alcoólicos Anônimos era um boa distração, mas, agora, eu vou mais mesmo pelo sentido de gratidão. Os companheiros precisam também que a gente vá, às vezes, falar alguma coisa. Eu já não tenho interesse de ouvir as coisas que eu escuto lá, porque, para mim, elas tiveram um efeito durante um tempo. [...] o passado, eu entendo o passado, hoje, como uma fonte de aprendizado para mim, mas não como uma coisa que eu tenha que ficar voltando a ele, ao que eu fiz, porque eu fiz, não me interessa mais porque eu fiz, não me interessa mais o que foi que aconteceu para me fazer entrar naquilo, me importa o que eu passei, e o que eu aprendi com aquilo, e eu acho que Alcoólicos Anônimos tem muito isso, de você ficar lembrando o que fez, você ficar se chicoteando. (Alma)

Desta forma, o A.A. aparece como uma agência importante de cuidado para estas duas pessoas, uma agência que cumpriu uma função em um determinado período de suas trajetórias, e da qual eles se desvincularam, cada um por seu motivo. A motivação de Alma tem uma conotação mais positiva, no sentido de cumprimento da missão do grupo para ela. Já Matias se afasta de uma maneira mais negativa, com ressentimento de um grupo que ainda poderia lhe servir como suporte em seu processo terapêutico.

8.6.5 Outros aspectos relacionados à vida cotidiana: corporeidade, redes de sociabilidade, e violência.

Neste tópico serão abordados outros temas relacionados à vida cotidiana. Estes temas emergiram das narrativas dos nossos interlocutores ao falarem sobre a gestão de sua vida diária e sobre os facilitadores e obstáculos encontrados por eles na vivência

desse cotidiano. Agrupei estas informações em três grupos: uma parte das narrativas que girou em torno de questões relacionadas ao corpo e ao autocuidado, outra que diz respeito às relações interpessoais e redes de apoio e, por último, as questões relacionadas à violência vivenciada nos espaços de convivência.

8.6.5.1 O Corpo

Ao tratar das questões que envolvem o corpo, se destacou, nas narrativas, o cuidado com a saúde, estando contido nele o cuidado com a aparência, a higiene, o peso corporal, a gestão do uso de medicamentos, a busca de conhecimento e a gestão dos riscos e danos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Eu me depilo toda. Não gosto de pelo. Nem acho que é por falta de higiene, mas acho que pra mulher é uma coisa mais... né? Eu queria fazer de cera, mas, como não tenho possibilidade, eu faço com gilete. De três em três dias eu me depilo. Mas fico toda depilada, muito limpinho. Ela (ginecologista) falou “Você está bem asseada, muito bem limpinha, muito bem cuidada, pra quem estava morando no meio da rua, ficou cinco meses na rua. Você está com a pele ótima”. (Mara)

Pesquisadora: Como foi essa decisão de fazer a bariátrica?

Alma: Eu estava com 152 quilos. E, aí, eu não tinha mais como voltar, um peso daquele, ou, pelo menos, eu achava que não tinha.

Pesquisadora: O que foi que ocasionou esse “boom” de peso tão grande?

Alma: Eu casei, me acomodei, ficava em casa, não fazia mais nada, né?! Não trabalhava, só ficava bebendo, ele gostava, também, de beber, embora não fosse um alcoólatra, mas gostava de beber, e, aí, final de semana, a gente bebia muito, e, aí, quando eu vi, estava com 152 quilos. Hoje, eu tenho 77, engordei um quilo. Quando eu ia descendo, eu estava pensando ali: “Quero me livrar desse um quilo.” Eu quero perder mais uns três. Vou voltar para a academia. Hoje, eu engordo, engordei um pouquinho, já tenho que voltar. (Alma)

Mas eu gosto, gosto do meu esporte, gosto de brincar de bola, gosto de capoeira. [...] ia para academia [...]. Aí tinha um pessoal ali que eu pagava a matrícula. Aí eu ia para lá no dia que não tinha nada para fazer, ia fumar um no Pelourinho, e aí fui para academia. (Agnaldo)

As narrativas demonstram que todos as pessoas pesquisadas oscilaram em suas trajetórias entre momentos de preocupação e cuidado com o corpo, e outros de abandono do mesmo aos riscos e prejuízos relacionados ao uso de substâncias e outras vulnerabilidades. Durante o período da pesquisa, todos eles, com exceção de Matias, estavam numa fase de muito cuidado com o corpo, preocupados em recuperar os danos do período de uso intenso. Mara e Agnaldo estavam em acompanhamento com médicos clínicos gerais e especialistas, fazendo vários exames, tentando dar conta de questões

associadas ou não ao uso. Alma estava preocupada com o peso, tentando melhorar sua alimentação, se preocupando mais com a aparência ao trabalhar ou frequentar espaços públicos. Matias demonstrou alguma preocupação com o corpo após ter sofrido um acidente ao realizar uma tentativa de suicídio onde teve o antebraço amputado. Após a cirurgia de amputação ele se mostrou engajado no pós-operatório e buscou a possibilidade de reabilitação com a colocação de prótese. . Abaixo seguem trechos das narrativas relacionados aos riscos e danos ao corpo:

Eu estava recaído, passei uma semana recaído e, aí, num dia determinado, dia 17 de fevereiro, eu resolvi que ia me suicidar, né? Tentei me enforcar, tentei tomar veneno e, aí, usei drogas, vim para a casa de minha mãe. [...] Vim para a casa de minha mãe e, quando eu cheguei na casa de minha mãe, fui para o São Pedro (hospital), no São Pedro, eu tentei parar o ônibus e caí, caí embaixo do ônibus e meu braço caiu em baixo da roda, e o ônibus passou com a roda por cima, né? (Matias)

Só que o trabalho empata eu me alimentar, tomar uma vitamina, ao invés de tomar uma vitamina, fico tomando cerveja, cachaça. Aí eu penso que acaba a substância do meu remédio muitas vezes. Misturar o álcool com o remédio vai cortar o efeito, eu fumando também corta o efeito. (Agnaldo)

Aqui ó, isso aqui é uma queimadura. É uma cicatriz de queimadura. Eu fui fumar crack, aí coloquei a caixa de fósforos aqui e acendi. Quando acendi, a cabeça do fósforo quebrou e ficou aceso, colada aqui. Me queimou de uma forma que inflamou, porque o crack... muito, demasiadamente fumando, demais, ele não cicatrizava. Ficou um negócio grandão. Era pequenininho, se tornou uma coisa grande. (Mara)

A percepção que o indivíduo tem de seu corpo é muito importante para a compreensão de como ele se coloca no mundo, pois é através dele que o sujeito atua e se reconhece. A imagem construída sobre o próprio corpo traduz concepções, interpretações, e a experiência do indivíduo na coletividade. Em relação ao usuário de substâncias psicoativas, a aparência desse corpo pode provocar reações de estigmatização e isolamento, principalmente em relação àqueles que adquirem um aspecto magro, descuidado, sem vida, como pode ocorrer especialmente entre usuários de crack e álcool. Tal fato pode contribuir para a fragilização dos laços sociais e familiares, tanto pela estigmatização social, como pelo distanciamento do próprio usuário de situações de rejeição. Neste sentido, a recuperação do usuário também pode ser visivelmente notada pela melhoria do seu aspecto corporal e de sua autoestima, o que pode impulsionar sua reabilitação psicossocial e seu desejo de reconstruir os vínculos sociais (MEDEIROS, 2015).

Alma, Mara e Agnaldo se referiram às suas mudanças corporais como parte importante de seus processos terapêuticos e de reconstrução da autoestima. O ganho ou a perda de peso, a melhora dos cuidados com a higiene, a busca de cuidado e monitoramento de problemas clínicos apareceram nas narrativas como indicativo de melhora, de reconstrução da vida, de novas possibilidades de inserção no ambiente social.

Outro tema emergente em relação às formas de autocuidado foi a busca de informações sobre o próprio sofrimento/transtorno, e o automanejo de medicamentos. Matias fez um curso no Núcleo de Estudos e Atenção ao Uso de Drogas (NEAD) e refere ter participado de uma atividade educativa no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). Alma estuda temas relacionados à Psicologia Analítica e faz o uso dos medicamentos de acordo com o que ela julga necessário. Agnaldo manejava seu uso de medicamentos de modo a não deixá-lo vulnerável à violência e para que não interagisse com o uso de álcool. Mara foi a única que não referiu automanejo de medicamentos, mas fez referência ao conhecimento sobre seu diagnóstico e suas percepções de melhora ou piora, reconhecendo sintomas de proximidade de eclosão de uma crise.

Estudei, busquei estudar, fiz o curso do NEAD. Passei pelo CETAD em 1999 com Nery, logo no começo ainda não existia CAPS, não existia. Era apenas o CETAD e Nery ainda estava começando com o Consultório de Rua. (Matias)

Agora, eu acho que, às vezes, o remédio tem o seu efeito? Tem. Eu agora estou saindo do remédio, eu suspendi o remédio por conta própria, inclusive, porque eles (psiquiatras) não suspendem, eles dizem que, no meu caso, é perigoso, que eu já tomo há muito tempo. (Alma)

Pesquisadora: Você está tomando seu medicamento?

Agnaldo: Não, eu não estou mais tomando medicamento não.

Pesquisadora: Você está sem medicamento agora?

Agnaldo: Parei tudo, por enquanto eu não vou tomar medicação nenhuma. Eu ainda tenho uns dois remédios lá de Dr. Raul.

Pesquisadora: Mas não está tomando nada agora.

Agnaldo: Não quero, porque às vezes o Diabo atenta, vou tomar aquele remédio e encher a cabeça de cachaça, piora tudo de novo. Então eu não quero. (Entrevista com Agnaldo)

Eu amava, mas amava demais. Quando eu era feliz, eu era feliz demais. Também quando eu fiquei triste, eu fiquei triste demais, deitada na cama, queria morrer, queria tomar veneno, queria tomar chumbinho, queria me matar com a faca, queria pegar uma arma para me matar, tudo assim, no extremo. Aí foram descobrir que eu tinha bipolaridade, isso eu tinha desde criança, eu sempre fui compulsiva. Assim, eu estudava, queria estudar demais, até me acabar, até ficar cansada, até não aguentar mais nada. Não queria saber de passear, de viajar, quando eu estava querendo viajar também era tudo demais, sempre era assim. Eu não tinha aquela visão de uma pessoa

que estudou como uma psicóloga, uma terapeuta, uma coisa assim. Eu não enxergava em mim isso, porque eu só ia para uma coisa específica, só falava daquilo, não conversava, não me abria, nem nada, eu era uma pessoa mais retraída, era uma pessoa que falava pouco, devido à vida que eu tinha, depressão, essas coisas. Eu mudei muito da minha personalidade, assim, eu acho que eu amadureci, eu creio. (Mara)

Neste sentido, o conceito de “literacy” em saúde mental vem nos dar algumas pistas para o entendimento da importância desta busca de conhecimento do próprio processo de adoecimento/sofrimento. “Literacy” em saúde mental se refere aos conhecimentos e crenças em relação ao transtorno mental/sofrimento psíquico que possibilitam seu reconhecimento, prevenção e gestão. A “literacy” em saúde mental envolve conhecimentos que podem promover ou facilitar a busca de ajuda; conhecimentos em torno dos profissionais e tratamentos disponíveis; conhecimentos referentes às estratégias de autoajuda; competências para oferecer apoio e ajuda aos outros; como também conhecimentos relacionados à prevenção dos transtornos mentais (LOUREIRO, et. al., 2013). Em relação às trajetórias aqui analisadas, foi possível observar a “literacy” proporcionando algum grau de autonomia quanto à gestão de medicamentos e às escolhas de tratamento; reflexões sobre o próprio diagnóstico que podem propiciar a identificação precoce de crises ou recaídas; como também a possibilidade de realizar ações de reduções de danos em relação ao próprio uso de substâncias psicoativas.

8.6.5.2 As Redes de Sociabilidade

Outro importante fator observado nas narrativas foi a importância das redes de apoio e suporte social. As redes informais são construídas a partir das relações de solidariedade dentro de um determinado grupo. Tais relações caracterizam a cultura, os valores, as normas, as visões de mundo, que influenciam o sujeito em suas ações e seu modo de interpretar o mundo. A análise destas redes sociais é fundamental para estudar a trajetória dos usuários e para a compreensão do significado do uso de substâncias psicoativas, seus efeitos e como essas redes podem influenciar em questões relacionadas ao tratamento e à implicação do usuário com o mesmo. O conhecimento desta realidade pode subsidiar a busca de alternativas e programas terapêuticos eficazes (MEDEIROS, 2015).

Nas trajetórias aqui analisadas, foi possível observar que os modos de circular destas pessoas em seus contextos comunitários, o poder de contratualidade e articulação de serviços da rede formal e informal, o apoio de vizinhos, de companheiros de tratamento ou uso de substâncias ou até mesmo de pessoas desconhecidas, se mostraram como ferramentas decisivas para lidar com situações de risco e vulnerabilidade. Em todas as trajetórias, estas redes de sociabilidade se mostraram como fator importante para o processo terapêutico e para a reabilitação psicossocial destas pessoas.

Eu, também, nunca pensei que fosse morar na rua e que fosse tão acolhida, tão ajudada. Até pelas pessoas do moto-táxi, até donos de estabelecimentos e tudo o mais. Me davam carne, me davam tudo, eu trocava por droga. Teve um dia que um policial me deu uma compra de cento e cinquenta reais e eu troquei por cento e cinquenta reais na boca de tráfico. (Mara)

Porque meu pai chegava no meio da noite e botava todo mundo para fora embaixo de chuva. Minha mãe amanhecia o dia tentando acudir a gente debaixo de chuva no meio da rua. Às vezes os vizinhos colocavam para dentro. (Alma)

Por outro lado, estas pessoas também vivenciaram o lado oposto da moeda ao experimentarem situações de discriminação, principalmente devido ao uso de substâncias psicoativas.

Minha mãe já estava indo pra Curitiba, já estava achando que estava com depressão, os vizinhos perseguindo ela por minha causa, dizendo que eu estava drogada, que eu não tinha mais jeito, e ela querendo me defender, defender os filhos, e teve problemas com os vizinhos. (Mara)

A única vez que eu fui maltratado foi essa aí, que eu me senti mesmo na flor da pele, eu estava correndo atrás da minha saúde e aí nisso mesmo, não sabendo ele que eu estava pedindo um acolhimento diante de todas as coisas. [...] Quem é Agnaldo? Se aprontar diz “aquele ali é maluco, aquele ali é jogado, aquele é viciado”. (Agnaldo)

Segundo Lins e Scarparo (2010), a rede social pode exercer uma série de funções primordiais para o usuário de substâncias psicoativas. A primeira delas seria a companhia social e sua implicação na reconstrução dos sentidos e transmissão cultural, na reciprocidade da relação e na quebra de papéis estereotipados. O apoio emocional e o suporte para a autoestima teriam o poder de contribuir para a manutenção da proximidade e o evitamento de comportamentos agressivos. O compartilhamento de informações pessoais e sociais contribuiriam com a reconstrução de papéis por meio da exploração de recursos de saúde e potencialidades. A regulação social seria mediada pelo estabelecimento de normas de convivência, responsabilidades mútuas e construção

de relações solidárias. A ajuda material, ou física, possibilitaria a reorganização emocional e financeira. E, por último, a possibilidade de acessar novos contatos e redes sociais evitaria o isolamento e possibilitaria o compartilhamento de seus problemas.

Nas trajetórias aqui acompanhadas, essa rede foi de fundamental importância para lidar com situações limites, como a permanência em situação de rua e situações de violência. Auxiliou também o acesso a serviços da rede formal e possibilitou uma “costura” da rede com maior protagonismo dos sujeitos. Também foi possível observar que, quanto mais rica essa rede em termos da quantidade e qualidade dos vínculos, maior a capacidade de circulação e agenciamentos por parte das pessoas para lidar com suas necessidades, sejam elas materiais ou emocionais. As situações de discriminação relatadas não chegaram a impedir a circulação nas redes, mas foram colocadas como agudizadoras de situações já existentes de sofrimento.

8.6.5.3 A Violência

A violência apareceu em alguns dos relatos das pessoas pesquisadas, em especial nas histórias de Mara e Agnaldo, com mais expressividade. Eles relataram situações de violência no contexto do tráfico de drogas e em situação de rua.

Enfim, eu, voltando da casa da minha amiga, no final de semana, eles me pegaram (traficantes). Me pegaram, me bateram, pegaram meu relógio. Eu estava cheia de ouro, cheia de coisinhas que eu gostava, minhas bijuterias. [...] Minhas roupas, eles rasgaram, destruíram, me bateram muito. E começaram a me estuprar e a me forçar a usar o crack, me dizendo “Sua vagabunda!”, me socando mesmo. (Mara)

Quando nego toma a liberdade e cai para cima de mim, aí eu vou para a violência, então é isso aí também. Eu sou assim, não procuro, mas, se a pessoa ficar faltando com respeito [...], na rua, ficar mexendo no sexual, viado, [...] depois ficar brigando por uma questão dessa. (Agnaldo)

Eu apanhei de um segurança. Eu apanhei, porque o segurança queria me roubar, pegou minha sandália e eu disse que a sandália era minha e ele disse que era dele. “Rapaz essa sandália é minha”, ele me deu um murro e eu me senti machucado no meio “das caixas dos peitos”, aí eu fui para o posto. (Agnaldo)

Em relação à violência estrutural, Minayo (1994) a conceitua como aquela que se origina tanto das estruturas organizadas e institucionalizadas da família como também dos sistemas econômicos, culturais e políticos de forma a oprimir grupos, classes, nações e indivíduos. Tal violência se concretiza na negação de determinadas conquistas

sociais, tornando tais grupos ou indivíduos mais vulneráveis ao sofrimento e à morte. Mara e Agnaldo, por serem pertencentes a uma classe social vulnerável e moradores da periferia da cidade, estão mais expostos às situações de violência. Mara sofreu violência relacionada também ao seu gênero, no caso do estupro. Ela nega ter sofrido outras violências no contexto do tráfico depois de ter se tornado usuária, mas argumenta que isso se deveu ao seu carisma e poder de articulação, tendo sido convidada várias vezes para traficar. Já Agnaldo esteve muito exposto à violência no período em que ficou em situação de rua, tanto à violência advinda da convivência com outras pessoas em situação de rua, como à violência institucional perpetrada por policiais e outros agentes públicos. Atualmente ele refere que o bairro onde mora é violento, o que o faz evitar ter muitas amizades com os vizinhos.

Outro contexto onde a violência se fez presente foi no ambiente familiar. Mara, Agnaldo e Alma relataram situações da infância e do momento atual. Mara e Alma se referiram apenas à família de origem. Agnaldo fez referências à família de origem e à companheira atual.

[...] só que ele (o pai) era muito mulherengo, tinha vício de jogo, ele batia em minha mãe, espancava minha mãe, no começo era muito difícil. Eu cresci vendo aquilo, eu não aguentava mais. [...] Ela começou a dizer que ia se matar, que ia tomar veneno, que ia se matar, antes de ela sair de casa. Um dia ela esfaqueou a porta do quarto toda, e eu estava com ele dentro do quarto, “não mate meu pai, não mate meu pai!”, com medo de ela fazer alguma coisa com ele porque tinha espancado muito ela. (Mara)

Briguei com ela (companheira), briguei meio sem querer, parti a banda da cara, aquela coisa toda. Por isso que eu não gosto de misturar as duas coisas (álcool e maconha) [...] Ela veio pra cá me bater primeiro, trocado não dói, mas só que eu não gosto dessa violência. [...] Me deu um bocado de murro assim, eu digo assim “Vou soltar o murrão nela!”, aí fiquei quieto, tomei a faca, eu digo “Olha, vou pra casa!”, ela aí rasgou minha camisa toda, fiquei parecendo um sacizeiro na rua, correndo, eu digo “Que desgraça!”, xingando, uma raiva, uma vergonha da porra. (Agnaldo)

Nunca houve um dia que a gente deitasse e dissesse assim... porque já começava assim a gente deitava e não sabia se ia amanhecer. Porque meu pai chegava no meio da noite e botava todo mundo para fora embaixo de chuva. Minha mãe amanhecia o dia tentando acudir a gente debaixo de chuva no meio da rua. Às vezes os vizinhos colocavam para dentro. Um tempo, eu me lembro, quando eu era criança, eu tinha oito nove anos, ele arranhou uma arma, ameaçava se matar e matar todo mundo dentro de casa. (Alma)

Melo et. al. (2005) referem-se à violência na família como tendo sua origem em dois grandes grupos de fatores, um deles seriam os fatores intrafamiliares e o outro seriam os fatores sociais. Os fatores intrafamiliares estariam relacionados aos

relacionamentos familiares como um todo, com destaque para o uso da autoridade dos pais. Entre os fatores sociais, estariam fenômenos comuns da sociedade contemporânea, como o uso de álcool e outras drogas. Nos casos aqui acompanhados, estes fatores sociais tiveram forte preponderância sobre a ocorrência dos atos de violência familiar. No caso de Mara, a compulsão do pai pelo jogo. No caso de Alma e Agnaldo, a compulsão do pai pelo álcool e o uso de múltiplas drogas por Agnaldo e pela companheira. Estas situações de uso de substâncias, quando associadas a outras vulnerabilidades sociais (materiais, emocionais), tornam o quadro da violência ainda mais complexo, requerendo uma visão multifacetada da situação.

Esta análise acima empreendida dos fatores relacionados ao cotidiano nos dá um panorama dos temas emergentes no que diz respeito à rede social informal das pessoas acompanhadas. O trabalho, a família, as questões relacionadas ao corpo, à religião, o grupo de ajuda mútua (A.A.), as redes de sociabilidade e as questões relacionadas à violência nos trazem uma série de perspectivas de um “todo” complexo e interativo, que é o itinerário terapêutico de cada sujeito. Ainda na composição deste “todo”, temos a rede social formal, com os serviços de saúde e de outros setores sociais que também foram acessados e articulados por estas pessoas em seus itinerários. Agora vamos à próxima sessão acompanhar como se deu esse “caminhar” pela rede formal por parte dos nossos interlocutores.

8.7 Aspectos relacionados à rede formal de serviços de assistência social e de saúde

Nesta sessão do trabalho, discutirei a assistência nos serviços formais da rede social através de duas vias: caminhando pelos serviços que as pessoas acessaram em seus itinerários terapêuticos e reunindo algumas informações em categorias emergentes no que diz respeito à integralidade na atenção. Antes disso, gostaria de fazer um breve panorama da rede de saúde e assistência social de Salvador, onde nossos protagonistas circularam. Devido ao acesso às informações trarei aqui principalmente os dados da rede SUS e SUAS.

Atualmente Salvador conta em sua atenção especializada em saúde mental com três CAPS AD (um do tipo III e dois do tipo II), um CAPS I, treze CAPS II, dois CAPS i. Em relação a atenção residencial de caráter transitório conta uma UA infante juvenil. No que diz respeito às estratégias de desinstitucionalização conta com sete Serviços

Residenciais Terapêuticos. Tem três ambulatorios de saúde mental sob gestão municipal e outros ambulatorios que atendem casos de saúde mental ligados às Intituições de Ensino Superior e às Organizações Não Governamentais. Ainda tem dois hospitais psiquiátricos sob gestão estadual. Tem um serviço de internação para usuários de álcool em uma ONG. No que se refere à atenção básica tem cobertura de 36,06% e cobertura da estratégia de saúde da família de 28%. Em relação à atenção hospitalar conta com doze hospitais sob gestão estadual, nenhum deles tem leito de saúde mental habilitado. No que diz respeito à emergência existem quatro UPAS, um PA psiquiátrico e o SAMU.

A rede do Sistema Único da Assistência Social conta com sete Centros de Referências Especializados da Assistência Social (CREAS), vinte e oito Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), seis Unidades de Acolhimento (abrigos transitórios), três Centros de Referência para pessoas em situação de rua (Centro POP) e dezoito Conselhos Tutelares.

Em termos populacionais e pelas portarias do MS que regulamentam a implantação dos serviços da RAPS a rede de saúde mental de Salvador se mostra insuficiente para o tamanho da população e para um atendimento efetivo no território. Além disso, é preciso ainda verificar como tais unidades funcionam, o acesso aos serviços e sua articulação com a rede SUAS e outras políticas setoriais. As narrativas das pessoas acompanhadas nesta pesquisa nos dão pistas importantes deste funcionamento da rede e nos apontam avanços e desafios a serem problematizados quanto à atenção ofertada para os usuários de substâncias psicoativas. Além disso, tais narrativas nos chamam a atenção para o modo como os próprios usuários utilizam essas ofertas.

8.7.1 Os Centros de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial aparecem em todas as trajetórias aqui analisadas, pois, com exceção de Alma, foi através deles que tivemos acesso aos casos pesquisados. Ao narrar seus itinerários terapêuticos, os nossos interlocutores colocam o CAPS em um lugar de destaque, trazendo tanto aspectos positivos e de contribuição deste serviço para a integralidade e para o processo de desinstitucionalização, como também pontuando críticas ao seu modo de funcionamento.

Entre os aspectos que aparecem como positivos e de modo a contribuir para uma atenção integral, estão a presença de atividades de acolhimento que propiciam o vínculo; ações relacionadas ao território, como a articulação da rede intersetorial, visitas domiciliares e visitas institucionais; construção conjunta do projeto terapêutico, caracterizada pela centralidade do usuário e pela liberdade do mesmo; acompanhamento por técnico ou equipe de referência; atendimento familiar; intensificação de cuidados em momentos de Marae ou maior vulnerabilidade; presença de ações condizentes com a lógica da Redução de Danos; presença de práticas integrativas e complementares; atividades que denotam a presença do trabalho em equipe; e a interrupção do ciclo de internamentos. Tais aspectos podem ser observados em alguns dos trechos a seguir:

Mas eu tive muito apoio, nessa época, tive o apoio de Carla, eu tive o apoio de Elisa, tive apoio do CAPS inteiro. Porque o CAPS foi, assim, crucial, também, no meu processo de tratamento, de recuperação. [...] Foram mais de três anos. Foi Nova Vida, Casa da Harmonia, Renascer, Integral, até que eu cheguei no CAPS e acabou com isso, porque, quando eu cheguei no CAPS, eu pedi para ser internada, lá no CAPS é, aí foi que eu vim tirar, me descondicionar, porque eu estava condicionada; no final das contas, eu descobri que eu não aguentava viver na minha casa. (Alma)

E foi interessantíssimo, assim... me senti acolhida pelo CAPS. [...] “Como é que você está, Mara?! Sumiu!”. Ficava muitos dias sem ir, por causa da droga, né? Internada no crack direto. Eu sentia aquela necessidade de ir, pra conversar, pra me soltar. (Mara)

Matias: E continuo, recomeço o tratamento no CAPS, como agora, entende?

Pesquisadora: Entre idas e vindas, né? Esse tratamento no CAPS.

Matias: Isso, entre idas e vindas. Como agora, por exemplo. É, eu passei um tempo sem ir para o CAPS, sem ter o atendimento com Dr. Raul, do grupo dos sonhos, recaí, e, agora estou retornando de novo. O CAPS nunca me abandonou...

Mãe de Matias: Nunca.

Matias: ...eu abandonei o CAPS, mas o CAPS nunca me abandonou. (Entrevista com Matias e sua mãe)

Eu não sei se eu venho aqui pra ficar correndo pelo fundo do CAPS, escoltando vocês pra me dar uma força, que já me deram força pra caramba, e você sabe que quase todo mundo aqui é minha família, e eu tenho um tratamento meu. (Agnaldo)

Além destes aspectos positivos, críticas também foram feitas aos serviços prestados nos CAPS. Elas estão relacionadas a aspectos como a capacidade técnica dos profissionais; qualidade das atividades grupais oferecidas; a presença de uso de drogas dentro dos serviços; a incapacidade de oferecer um afastamento geográfico da droga; a falta de alguns medicamentos no elenco do serviço, ou problemas na reposição dos mesmos; e o tratamento por vezes centrado na terapia medicamentosa.

Pesquisadora: É o medicamento que não tinha lá no CAPS (CAPS AD)?

Mãe de Matias: Que não tinha, entendeu? Porque os medicamentos do CAPS ele têm todos, quando não tem, ele me dá receita, eu compro, certo? Quando tem, eu trago (para casa). Agora, esses, desse aí, ele não tem, ele me dá a receita, eu compro. (Entrevista com Matias e sua mãe)

Ah, era péssimo (o CAPS II), assim... lá não tinha algumas terapias. Era bem precário. Mas tinha algumas coisas, algumas oficinas de costura, alguma coisa assim... de fuxico. Eu me lembro que tinha homem fazendo essas oficinas. E tinha outras oficinas também, um grupo que se reunia, não sei pra que. Mas se reunia em grupo. Fora isso, a médica chegava lá, não olhava nem pra cara da gente. Medicava... Dra. Sinara. Prescrevia a receita lá, não olhava nem pra cara da gente, não perguntava como a gente estava, como foi... não tinha aquela coisa de paciente e médico. Era aquela coisa meio mecânica... só pra preencher o currículo dela. (Mara)

Pois é, e as coisas parecem que tão declinando aqui no CAPS (CAPS AD), tão declinando, cada vez mais, declinando, declinando. Teve uma época tão boa, que o CAPS estava subindo, ascendente, agora a coisa tá declinando, declinando. [...] Aqui no CAPS eu já passei... acho que desde 2011 eu estou aqui no CAPS, já tive idas e vindas. Nenhum psicólogo funcionou comigo aqui no CAPS. (Matias)

Algumas das avaliações positivas e das críticas em relação ao CAPS serão retomadas nas sessões seguintes onde discutirei alguns aspectos relacionados à integralidade e como aparecem nas narrativas de uma forma geral, nos serviços da rede como um todo. Em relação ao CAPS, o que o diferencia dos outros serviços mencionados é o vínculo destas pessoas ao serviço e como elas o colocam como um agente importante no que diz respeito às mudanças nos seus padrões de uso, suporte em momentos decisivos de suas trajetórias e à possibilidade de interrupção do ciclo de internamentos. Essa possibilidade de interrupção, somada à potencialidade para a reabilitação psicossocial, também presente na fala dos sujeitos, chama a atenção para o papel desta instituição na atenção integral e na desinstitucionalização.

Retomando a introdução teórica deste trabalho, podemos nos lembrar de que estes centros têm como objetivo prestar atenção psicossocial no território através de atendimentos individuais e em grupo a usuários e familiares, como também o desenvolvimento de ações territoriais, funcionando sob a lógica da Redução de Danos. A finalidade de tais ações é a oferta de atenção integral e a promoção da reinserção social dos usuários (BRASIL, 2002, 2011). As narrativas nos demonstram que tais objetivos, nos casos aqui analisados, estão em cumprimento em maior ou menor grau a depender de cada sujeito. Com exceção de Matias, que faleceu logo após o fim das entrevistas, os demais casos que passaram (Alma) ou continuam (Agnaldo e Mara) no

CAPS AD, denotam que a assistência neste serviço funciona como potencializadora de seus processos de desinstitucionalização através de uma atenção que se pretende integral, e que o cumpre na medida do possível.

Essa “medida do possível” esbarra em algumas dificuldades encontradas pelo serviço CAPS na materialização de suas atividades. As críticas trazidas pelas pessoas pesquisadas apontam em dois sentidos. O primeiro diz respeito à precariedade da conformação da instituição em si, contratação de profissionais capacitados tecnicamente, ausência de insumos e materiais e pobreza das atividades oferecidas. O segundo se refere à própria lógica do serviço, que, ao funcionar de portas abertas, dentro do território do usuário, e sob a lógica da Redução de Danos, fomenta a necessidade de discussão e construção de uma lógica diferente daquela tradicionalmente utilizada até então pelos serviços voltados aos usuários de drogas. Essa construção de uma nova lógica vem acompanhada de muitos impasses. As queixas dos interlocutores sobre a utilização de drogas dentro dos serviços e a impossibilidade de distanciamento geográfico da área de uso nos falam de um pedido ainda existente por parte dos mesmos das técnicas tradicionais. Além disso, para os próprios profissionais ainda é um enorme desafio o manejo destas situações.

Uma mãe que nunca conseguiu dar essa continência, né?! Então ela (Alma) dizia assim: “Eu sempre fiz tudo o que eu quis. Ninguém nunca me parou.” E aí, quando ela começa a vincular comigo, ela começa a me pedir borda, né? Então ela leva (bebida alcoólica) e aí... eu não digo nada, a primeira vez, porque eu não sabia, eu não sabia o que fazer. Aí, na segunda, eu decido que não. Que isso precisa ser dito. Aí, na segunda, ela leva... a gente conversa sobre aquilo, e aí a gente pactua de que, pelo menos, enquanto ela tiver na sala, se for possível pra ela, não beber. Que seria legal e se era possível fazer aquele pacto. (psicóloga do CAPS AD III)

Estas situações apontam também para o que já foi dito na introdução teórica no que diz respeito à dificuldade da construção desta nova lógica quando ainda há a manutenção de práticas de fundamentação asilar e a convivência simultânea de atitudes frente aos usuários de substâncias psicoativas que refletem os diferentes modos de entender o uso de drogas na sociedade (SCHNEIDER e LIMA, 2011; ASSIS et, al., 2013). Este emprego de uma mistura de modelos de análise sobre o fenômeno do uso de drogas, baseados em diferentes pressupostos teóricos e epistemológicos, influencia nas práticas e compromete a efetividade da atenção (SCHNEIDER e LIMA, 2011). Desta forma, fica o desafio para os CAPS de fazer a travessia entre ações baseadas nos modelos de entendimento jurídico-moral e médico para as estratégias baseadas nos

modelos psicossocial e sociocultural. Trabalhar com a lógica antimanicomial e da Redução de Danos requer essa travessia. O que as narrativas desta pesquisa apontam é que essa travessia está em curso, mas usuários e profissionais refletem em suas ações o próprio conflito social contemporâneo em torno do complexo fenômeno do uso de substâncias psicoativas.

8.7.2 As Unidades para Internamento

Em relação aos serviços destinados ao internamento dos usuários de substâncias psicoativas, apareceram três tipos de serviços nas narrativas: a clínica particular (CP), a comunidade terapêutica (CT), e o hospital psiquiátrico (HP). Sobre estes serviços, apareceram aspectos avaliados de forma positiva por nossos interlocutores, como também aspectos passíveis de crítica e de eliminação desta escolha de tratamento.

Entre os fatores avaliados como positivos por nossos interlocutores, apareceram a possibilidade de distanciamento geográfico do ambiente de uso; a possibilidade de refletir sobre a vida e o uso de drogas; o aprendizado de novas habilidades sociais relacionadas ao trabalho, à religião, ao uso de substâncias psicoativas, à arte; e o “descanso” do uso mortífero em ambiente que possibilita uma rotina mais confortável do que a encontrada em seu ambiente familiar e social. Abaixo seguem alguns trechos que trazem aspectos dessa avaliação:

Pesquisadora: Por que você ama tanto assim o trabalho?

Agnaldo: Poxa! Eu não sei de onde saiu isso de dentro de mim não, porque foi uma coisa que abriu meus olhos, entendeu? Como eu lhe falei, lá no centro de recuperação, esse também foi uma benção que eu nunca vi na minha vida. Uma benção quando eu falo desse centro, quando eu falo do CD que eu trouxe de presente de lá.

Pesquisadora: Então você acha que lá no centro que você aprendeu essa coisa do valor do trabalho?

Agnaldo: Aprendi o trabalho, aprendi o trabalho e também aprendi a gostar do trabalho, que é do trabalho que vêm as coisas, entendeu? Mas hoje em dia todo mundo tá dizendo que tudo é trabalho, tudo é trabalho, todo o resto vem do trabalho, aí eu me apeguei muito no trabalho.

[...] depois que eu caí nas clínicas de recuperação (clínicas particulares), eu não queria outra vida, porque eu tinha uma dieta balanceada, eu tinha comida na mesa na hora certa, eu tinha um quarto, que, a depender da clínica era só para mim, como na Renascer, eu passei três meses na Renascer. [...] porque na Renascer eu tinha nutricionista, cozinheira, que fazia para mim direitinho, tinha um quarto que era só para mim. Saía de manhã, deixava lá, a moça ia, limpava. Ia para aqueles tratamentos ali, aquela coisa, num determinado horário, no fim da tarde, ia para a piscina fazer meus exercícios, que a moça já tinha me treinado lá, a professora, já sabia como fazer, eu queria mais o

quê? E sem o mundo para me agoniar, eu queria mais o quê da vida, me diga aí?! (Alma)

Foi um período bom, porque eu estava muito magrinha, acabada, então comecei a me alimentar. Fiquei muito na abstinência, vontade de usar a droga, então você come demais, demasiado. E lá (hospital psiquiátrico), o alimento é bom, a comida é boa e em quantidade grande, e tudo muito gostoso. (Mara)

Então, é... fiz muito teatro lá dentro (clínica particular), porque eu tinha uma relação com o cara que era arte-terapeuta de lá, bem bacana! Aquilo foi me fazendo mudar o meu foco em relação ao que eu via de arte, ele ia me mostrando as coisas como se eu estivesse na parte clara da arte, a parte positiva da arte. Eu sempre vi o lado mais negativo, sempre fui ver os poetas malditos, os atores malditos, os autores, teatrólogos, literatas, tal, malditos e negativos, o lado negativo da coisa. Eu fui vendo o outro lado, a coisa mais branda, mais suave, e eu aí fiz muito teatro lá dentro. (Matias)

No que diz respeito aos aspectos vistos como negativos por nossos interlocutores, apareceram alguns fatores como sensação de isolamento e abandono; tratamento centrado no medicamento (no caso dos hospitais psiquiátricos) ou com a proibição de medicamentos (comunidades terapêuticas); ambiente hostil, violento (violência física e psíquica), e sob vigilância constante; estrutura física precária; imposição de crença e atividades religiosas (no caso das comunidades terapêuticas); rotina maçante, repetitiva e alienante; regras rígidas e autoritarismo; exploração da mão de obra para o trabalho; e baixa resolutividade em relação à compulsão pelo uso de substâncias psicoativas. Alguns destes aspectos podem ser observados nas narrativas que seguem:

Eu fui para uma casa de recuperação, em Camaçari, chamada Servir, uma casa de recuperação que, hoje, não existe mais, que era uma fazenda evangélica, e, lá, nós tínhamos atividade de cortar lenha, pegar água, arar terra e missa, missa não, como é que chama? [...] Culto, culto. Culto de você ficar duas horas, ouvindo o cara falar, o pastor falar de Deus e de Jesus, e de Deus e de Jesus, e ia dormir. No outro dia, café da manhã, almoço, janta e culto. Chegou um tempo que eu enchi o saco. (Matias)

Eu olhava assim pra ela (pastora da comunidade terapêutica), “Meu Deus, a senhora é Maratã? De verdade? Uma bispa, pastora? Da Assembleia? Assembleana? Depois da Igreja Católica, a segunda Igreja mais poderosa daqui do Brasil? É, assim, grande, conhecida no mundo todo e a senhora tem coragem de chamar a gente de vagabunda, marginal, drogada? Não tem condições! Estamos aqui nos tratando, tentando largar...” “Você é ousada! Você é uma neguinha muito ousada. Sua cabeça, sua inteligência... você tem que me respeitar.” “Eu não tenho que lhe respeitar. A senhora tem que me respeitar também. Estou pagando. Estou trabalhando de graça aqui dentro, fazendo tudo pra vocês. Faço jejum, faço oração, fazendo tudo. Me empenhando pro meu bem-estar. Quem gosta de mim sou eu e minha família. Você não gosta de ninguém”. (Mara)

[...] no lugar não tinha uma merenda, uma palavra boa, longe dos parentes e, às vezes, alguém na cadeia não ficava tão isolado como eu ficava lá. Tem gente que tá na cadeia que tem família, né? Então eu chamei o obreiro e mostrei o braço (braço ferido de uma briga com outro interno), depois ele chamou todo mundo para o culto. (Agnaldo)

É... logo depois ao sair do São Daniel (hospital psiquiátrico) recai e fui para o João de Deus (hospital psiquiátrico), aí eu fiquei mais uma semana, quinze dias, no São João de Deus. Ali foi o inferno, ali é onde o filho chora e a mãe não vê, ali é fim de carreira mesmo. Sabe, de todos os centros que eu passei, casas de recuperação, o São João de Deus é o inferno, um pesadelo. É como se você chegasse num lugar no purgatório e já na beira do inferno é o São João de Deus. Não me lembro como é, só sei... eu me lembro que eram umas camas amontoadas umas do lado das outras, a gente ficava no nível mais abaixo, aí tinha o nível das mulheres, as pessoas andam nuas, defecam em qualquer lugar, é ruim, é ruim demais. (Matias)

Às vezes eu vou ao Centro (centro especializado em uso de substâncias psicoativas), eu escuto as pessoas falando da clínica (clínica particular) como se fosse o último bastião; é uma ilusão, você só atrasa sua recuperação, porque você passa a viver num mundo artificial. E acha que aquilo ali, o adicto, o dependente químico, o compulsivo, seja lá que nome tenha, ele tem que estar no mundo, porque só no mundo é que ele vai poder ver até que ponto ele pode ir. Eu acho que elas são válidas em determinadas circunstâncias para preservar a vida, mas são casos extremos, e não é o que se vê hoje. Se vê hoje que as clínicas se tornaram um refúgio até de marginal. Quando eu estava na Casa da Harmonia, tinha um marginal perigosíssimo escondido lá, entende? Então, quer dizer, um traficante. Então, quer dizer, as clínicas se tornaram e, na verdade, as pessoas usam lá dentro, quando elas querem. (Alma)

Os temas emergentes relacionados aos locais de internamento estão intimamente relacionados aos modelos jurídico-moral e médico, predominando nas críticas feitas por nossos interlocutores a esses serviços as ações voltadas para a educação, de cunho repressivo, tendo como meta o alcance da abstinência e do controle da compulsão (“cura”). Para o alcance destas metas, cada instituição usa sua própria metodologia. As clínicas particulares apostam no isolamento combinado com uma gama de atividades terapêuticas individuais e em grupo, num ambiente materialmente confortável. Já as comunidades terapêuticas combinam o isolamento às atividades laborais e de cunho religioso. Os hospitais psiquiátricos somam o isolamento ao tratamento predominantemente medicamentoso. Como já foi exposto nas avaliações positivas que as pessoas fizeram sobre suas vivências nestes espaços, tais métodos podem proporcionar algumas vantagens e algum nível de conforto para estas pessoas, principalmente no que se refere aos ganhos relacionados à distância mantida da substância ou do seu ambiente social.

Entretanto, as comunidades terapêuticas, por exemplo, estão ainda muito distantes do ideal pressuposto na RDC nº 101, citada na introdução teórica deste

trabalho, principalmente porque tal RDC se coloca como baseada no modelo psicossocial. Além disto, as informações emergentes das narrativas coadunam com o ambiente hostil descrito no Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos, produzido pela Comissão Nacional de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (CFP), e com as observações de Sabino e Cazenave (2005) sobre o fato de serem encontrados nestas instituições usuários que não teriam perfil para as mesmas. Tal quadro me devolve à pergunta, que fiz anteriormente neste mesmo trabalho, sobre o custo-benefício deste isolamento em relação às perdas provocadas pelo mesmo. As narrativas das pessoas acompanhadas caminham para uma relação onde os custos se tornam maiores que os benefícios, principalmente no que se refere à eficácia em lidar com o uso problemático no pós-internamento.

Essa foi a segunda de seis internações que eu passei. Seis, seis tentativas. Nenhuma delas resolveu. Nenhuma, nenhuma, nem para desintoxicação, nem pra cura, nem pra nenhum tipo de libertação, Jesus ou Candomblé, que eu passei também pelo Candomblé. Fiquei internado numa roça de Candomblé, fiquei internado numa casa de recuperação evangélica, fiquei internado no São João de Deus (hospital psiquiátrico), no São Daniel (hospital psiquiátrico), no CAPS AD III, nenhum deu resultado. (Matias)

Não estava conseguindo ficar presa, aquele lugar fechado, aquela coisa assim. Não podia ver minha família, lugar distante, longe de casa, era no interior... Feira de Santana, aquela coisa assim. Mas aí fui e não consegui ficar os nove meses. Fiquei sete, porque fiquei depressiva lá dentro. Não estava tomando medicamento. [...] Não é centro de recuperação que vai salvar ninguém, te afastar da droga, do lugar que você convive, só. Mas não tira da sua cabeça. (Mara)

Eu acho que eu perdi um tempo (o tempo das internações) que eu poderia estar investindo em mim, na minha profissão, porque não tiveram um efeito prático na minha vida, não tiveram, eu passei três meses na Renascer, passei três meses lá, sem beber; no dia que eu saí, eu parei direto na praia e tomei todas, no dia que eu saí, no caminho de casa. [...] Só que, hoje, eu percebo que eu tive prejuízos, porque eu deixei de me graduar corretamente, hoje, eu tenho dificuldades em minha profissão, porque não estudei, na época, como deveria. Eu ficava dentro das clínicas, lendo os romances que eu desejava, construindo, quer dizer, uma torre de marfim, e um mundo, como diz Adenauer: “A vida acontece aqui fora, não acontece no sonho”. (Alma)

Dessa forma, as consequências da institucionalização precisam ser levadas em conta no momento da escolha de um internamento enquanto forma de tratamento, principalmente se esse internamento for de longo prazo. Outras questões que não estão relacionadas diretamente aos problemas de saúde devido ao uso problemático de substâncias psicoativas podem ter peso nesta escolha, como questões sociais, envolvendo alta vulnerabilidade social, criminalidade/tráfico, ou “varredura” dos

espaços de circulação das cidades. Entre os casos aqui acompanhados, o de Agnaldo denota ter alguma relação com sua vulnerabilidade social. Para Agnaldo, o internamento também era uma forma de sair da situação de rua. Porém, Agnaldo reconhece essa função social das Comunidades Terapêuticas na trajetória dele, mas não associa estas passagens com a melhora de seu uso problemático.

Por fim, é importante sinalizar, também, a associação entre os vários internamentos, que aparecem nas trajetórias e o fenômeno da “porta giratória”. Tal fenômeno, caracterizado por frequentes reinternações em um curto espaço de tempo nos hospitais psiquiátricos, pode ser usado como análogo às reinternações em outros serviços, no caso dos usuários de substâncias psicoativas. O momento de transição entre os modelos hospitalocêntrico e o modelo psicossocial, a precária rede de saúde mental, o funcionamento inadequado dos serviços substitutivos e a lenta e gradual mudança cultural da sociedade são fatores para a continuidade das reinternações das pessoas com transtorno mental nos hospitais psiquiátricos (RAMOS et. al., 2011). O mesmo se aplica, diria até que em proporções mais alarmantes nos últimos anos, aos casos de reinternamento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas. No caso do uso de substâncias psicoativas, como já foi dito anteriormente, se tem ainda o agravante das questões relacionadas à criminalidade e ao tráfico.

8.7.3 O Acesso e a Organização dos Serviços

Ao explorar os itinerários terapêuticos, no que diz respeito à circulação das pessoas acompanhadas nos diversos serviços da rede formal, foi possível observar as facilidades ou dificuldades encontradas por estas pessoas em termos de acesso ou continuidade do tratamento oferecido. Utilizarei aqui o termo acesso como conceito relacionado ao desempenho dos sistemas de saúde no que diz respeito à oferta de serviços, principalmente em relação ao momento da entrada inicial (TRAVASSOS e MARTINS, 2004). Neste quesito do acesso, os principais problemas encontrados pelas pessoas acompanhadas foram dificuldades na admissão em alguns hospitais, tanto psiquiátricos como gerais; ausência de vacinas nas unidades básicas de saúde; dificuldade para conseguir realizar exames laboratoriais e de imagem; e a dificuldade de agendamento de consulta com profissionais médicos especialistas. Seguem alguns trechos das narrativas sobre estas dificuldades:

Porque que a gente ia no médico, né? “Ah, não liberou a vacina”. A única vez que tive dificuldade foi na vacina de Laura. Porque, toda vez que eu ia no posto de saúde, a médica dificulta no posto de saúde, né? Aí, não tem a vacina. Não tinha. Aí eu tinha que ir pra outro posto. Como meu irmão tinha carro, aí sempre meu irmão estava em casa e levava a gente pra poder tomar vacina. Aí era mais fácil, porque de ônibus fica terrível. Vai pra um bairro, não tem. Vai em São Caetano, não tem. Vai no Alto do Peru, não tem. Ia na San Martín, às vezes tinha, às vezes não tinha. O mais difícil era tomar vacina. (Mara)

Agnaldo: Aí eu descí para lá (ambulatório das Obras Sociais Irmã Dulce) com o encaminhamento do Dr. Raul, ou acho que foi Dra. Beatriz, uma altona, ela “Vai lá, Agnaldo, fazer esse exame de cabeça”. Cheguei lá, o doutor estava lá, mas só que o segurança disse que era pouca gente, e aquela agonia danada. O doutor chegou, não chegou, aquela coisa. Eu não tive paciência não. Aí, depois que eu cheguei lá de junto dos instrutores, eu sei que entreguei essa requisição, ele olhou assim “Esse tratamento não faz aqui não!”, aquela coisa assim, e fui para fora e também abandonei esse tratamento [...].

Pesquisadora: Era um exame?

Agnaldo: Era um exame. Exame de cabeça que me mandaram fazer. Aí eu fui, e não deixaram fazer. O médico naquela agonia toda. Olha! Deixa essa porra da minha cabeça quieta! Eu esquento, fico estressado mesmo, minha memória, não lembro de nada, esqueço um bocado de coisa.

As principais facilidades ou avaliações positivas em relação ao acesso foram o bom acolhimento; possibilidade de retornar ao serviço mesmo após abandono do tratamento; e a possibilidade de ter atendimentos e atividades diversas com profissionais de diferentes formações dentro de um mesmo serviço. Seguem alguns trechos das narrativas sobre estas facilidades:

Pesquisadora: Na verdade, assim, eu estou falando de quando você teve plano de saúde até agora, como é que você tem se virado quando você precisa de atendimento médico?

Matias: SUS, ou CAPS, ou particular, pago.

Pesquisadora: E como é que tem sido se virar com esses recursos?

Matias: Não, tem sido tranquilo. Não tenho tido tanto problema não.

Pesquisadora: Certo. Tem conseguido ter os atendimentos que você tem buscado.

Matias: Tenho, tenho.

Chegando no médico, no centro especializado em HIV, estava em greve. Só que minha infectologista estava conversando com um grupo de funcionários, na porta, e quando me viu, “Entra, Mara. Cadê o cabelo? Vendeu o cabelo?” eu disse, “Não! Eu tive que cortar, porque estava todo acabado, estava rastafári. Fiquei um mês na rua.” “Então, foi por isso que você nunca mais veio aqui? Entre, entre.” Eu entrei, estava tendo atendimento de alguns pacientes, né? Não estava totalmente sem funcionar, a farmácia estava aberta dando medicação. Tinha infectologista. (Mara)

Outro aspecto importante diz respeito à organização dos serviços. Na continuidade do tratamento, a forma como os serviços se organizam ao lado da

capacidade técnica dos profissionais serão determinantes para o alcance dos objetivos que tiveram início com o acesso. Retomando Mattos (2001), a organização deve ser capaz de perceber as necessidades e de encontrar a melhor forma de atendimento das mesmas, de forma dialógica com a população atendida. Neste sentido, foi possível observar nas narrativas alguns aspectos que se mostraram relevantes na organização dos serviços. Um deles foi a capacidade de alguns serviços, principalmente os CAPS, de se adaptarem ao perfil e às necessidades do usuário; ainda em relação aos CAPS apareceu também uma possibilidade de flexibilização das regras institucionais para lidar com situações de crise; também nesse serviço foi citada a atuação em equipe, passando ao usuário a sensação de que a equipe agia conjuntamente, não de forma fragmentada; em relação às Clínicas Particulares e Comunidades Terapêuticas, relatou-se a disposição de um cronograma rígido de atividades como organizador do cotidiano; a possibilidade de construção de um conhecimento sobre a própria doença oportunizada por uma das clínicas particulares e pelos CAPS; a possibilidade de aprender novas habilidades para lidar com o cotidiano; e a resolutividade de situações de emergência com continuidade do acompanhamento nos hospitais gerais. Abaixo seguem alguns trechos sobre a organização dos serviços:

Na Casa da Harmonia, eram terapias em grupo, o tempo inteiro, algumas pessoas tinham a sessão com o psicólogo, mas era muito pouco; o mote do tratamento mesmo era o grupo, que a gente começava muito cedo. Tinha o horário para acordar, tomar o café e depois logo ir para o tratamento, porque depois eles trancavam os quartos, inclusive, para ninguém ficar dentro dos quartos. E, depois de um tempo, se você não respondia ao tratamento, eles desligavam. Eu acho, que, de todas essas clínicas, eu indicaria Casa da Harmonia para uma pessoa que está em busca, realmente, de uma recuperação, de todas que eu passei. (Alma)

Pesquisadora: Continua indo lá no Hospital Geral São Lucas?

Matias: Continuo.

Pesquisadora: Como que tem sido esse acompanhamento (pós-cirúrgico da amputação do antebraço)?

Matias: Ambulatorial. Eles vão, observam, limpam, olham se tem algum problema, passam algum medicamento. Pronto!

Pesquisadora: Com que frequência que você tem ido lá no Hospital Geral São Lucas?

Matias: Tem um mês que eu fui e agora, estou indo agora em maio, dia 05 de maio. Geralmente eles colocam um mês, um mês e meio, por aí.

Pesquisadora: Entre um atendimento e outro.

Matias: Sim.

Pesquisadora: E eles já falaram assim por quanto tempo você vai ficar com esse atendimento lá?

Matias: Não, acho que essa deve ser a última.

Em termos das dificuldades encontradas na organização dos serviços, os aspectos que apareceram nas narrativas foram a ausência de insumos e materiais que dificultaram a oferta de serviços; o desvio de medicamentos de um usuário para outro; a rigidez das regras institucionais, principalmente nas comunidades terapêuticas; a centralização do tratamento na terapia medicamentosa, principalmente nos hospitais psiquiátricos; baixa resolutividade dos tratamentos oferecidos, principalmente nas clínicas particulares e comunidades terapêuticas; e pouca diversidade, ou atividades pouco atraentes, nos serviços oferecidos por um dos CAPS e pelas comunidades terapêuticas. Alguns destes aspectos já foram tratados anteriormente nas sessões específicas sobre alguns serviços (CAPS e unidades de internamento). Seguem abaixo trechos referentes a essas dificuldades:

Mara me contou (por telefone) que não estava mais abrigada na CAASA, pois teve problemas com seus medicamentos. Disse que os funcionários da instituição estavam desviando seus medicamentos para outros usuários, fazendo com que ela ficasse com menos remédios. Ela disse que essa situação desencadeou um início de depressão e que sua família decidiu tirar ela de lá. (Diário de campo de Mara, 10 de dezembro de 2015)

Matias: E recaí, ao sair da casa de recuperação, eu recaí e, aí, dentro dessa casa de recuperação, a mesma coisa, cortar lenha, cuidar de bicho, arar a terra, aí se torna uma rotina, vira uma rotina, não tem muita coisa, sabe? A diferença dessa para a outra casa de recuperação é que nessa eu tinha que acordar 6:30 da manhã e tomar café 7:00 horas, só que, de 6:30 até 7:00 horas, eu ficava ajoelhado meia hora orando para Deus, pedindo perdão para Deus pelos meus pecados, né?

Pesquisadora: Como é que você vê essas atividades em relação ao tratamento? Como é que você enxerga a efetividade?

Matias: Como alienação, alienação, uma alienação. No fundo, não funciona, sabe? Cria mais uma sensação de culpa para o cara, eles levam muito a culpa, jogam muito na sua cara a culpa. (Entrevista com Matias)

Pesquisadora: E, no Nova Vida (clínica particular), quais eram as atividades que vocês tinham?

Alma: Nenhuma, no Nova Vida, a gente só ia para o pátio tomar sol e namorar. Eu nunca namorei lá dentro, mas o povo namora “adoidado”, que não tem nada para fazer.

Pesquisadora: Lá, eles só fazem o atendimento psiquiátrico...

Alma: Só, só.

Pesquisadora: ...e nada além?!

Alma: E nada além, e, aí, se fuma muito, as pessoas que fumam, porque não tem o que fazer mesmo. É um inferno na vida, é o Nova Vida, acho que não tem nada pior do que aquele lugar. (Entrevista com Alma)

De um modo geral, essas dificuldades na organização dos serviços impactaram na qualidade e na resolutividade do serviço prestado nas instituições, implicando em

maior ou menor vínculo dos sujeitos às mesmas e, conseqüentemente, fragilizando a possibilidade de um olhar integral sobre as pessoas atendidas.

8.7.4 Os Profissionais

O vínculo com os profissionais e a avaliação de suas práticas também apareceram de forma bastante recorrente nas narrativas. As avaliações positivas e negativas, as descrições de boas ou más práticas, estiveram presentes nos relatos relacionados a boa parte das instituições por onde estas pessoas passaram. Seguem alguns trechos onde os profissionais e a equipe das instituições foram avaliados positivamente:

Eu tive Luísa, que era uma pessoa que fazia cromoterapia. Eu tive Marília, eu tive uma equipe inteira, que cuidou de mim com muito amor, sem piedade, que, hoje, eu enxergo, hoje, eu vejo as coisas com uma outra visão. Naquela época, eu ia para lá (CAPS AD III), e eu achava que não, porque, às vezes, eu ia sem vontade de ir, mas eu ia, que eu sempre fui assim, eu achava que havia alguma coisa errada comigo, eu me obrigava aos tratamentos. Às vezes eu enchia a bolsa de lata e ia, aí, tomava lá, antes do tratamento, antes de ir para a terapia. No dia que eu estava muito “cheia”, Carla não me atendia, conversava um pouquinho comigo, dava, assim, uma enrolada, me mandava para casa, mas, aí, eu voltava no outro dia. (Alma)

Fui pro CAPS AD II, conheci Dr. Raul. Excelente profissional. [...] É meu amigo, meu pai, meu tio, meu tudo, meu guru. Eu chamo ele de guru, ele adora. É uma pessoa bem solícita. Ele tem Deus no coração, ele é humano. Ele gosta da gente. Ele não é só um profissional psiquiatra. Ele é amigo, ele é paciente, ele é compreensivo, ele é amoroso. Eu tenho um vínculo afetivo, de amor, com ele. Adoro ele, adoro Luciana. Amo, amo minhas psicólogas, amadas do coração. (Mara)

A avaliação positiva e a demonstração de vínculo aos profissionais aparecem nas narrativas associadas à disponibilidade (presença) dos mesmos para o acolhimento e o exercício do cuidado; à capacidade de orientar, propiciar o desenvolvimento de novas habilidades, e mostrar novas perspectivas sobre o uso de substâncias ou sobre outras questões do cotidiano; ao exercício das atividades com demonstração de capacidade técnica, conhecimento e segurança na atuação; ao acompanhamento em outras atividades fora do serviço (visitas domiciliares, institucionais, articulação com outros serviços); e à capacidade de demonstrar o vínculo através de manifestações de carinho, amizade e aceitação do usuário com suas características psíquicas e sociais. Estas

características, que aparecem com cunho positivo, foram relacionadas a profissionais das mais diferentes instituições. Mesmo quando a instituição como um todo teve uma avaliação negativa por parte das pessoas, algumas vezes elas julgaram que a equipe, ou alguns profissionais daquela instituição, exercia boas práticas. Isso se deu especialmente na avaliação dos hospitais psiquiátricos.

[...] estive quarenta e cinco dias internado no São Daniel e foi uma temporada boa, atendimento bom, a infraestrutura que é uma porcaria, mas os médicos, os terapeutas são bons, não tenho do que reclamar. (Matias)

Assim, eu fiz terapia lá, no Hospital Dia, no São João de Deus (hospital psiquiátrico). Fiz terapia com dona Matilde. Excelente pessoa. Uma coroa magnânima, magnífica. Assim, pra cima, alto astral. Ficava muito bem lá, eu gostava de lá. Até o João de Deus, que era uma coisa terrível, uma coisa drástica, eu ficava muito bem lá. Conhecia muitos técnicos. (Mara)

Estas características apontadas pelas pessoas estudadas estão intimamente relacionadas ao que Merry (2013) chama de tecnologia leve em saúde. A tecnologia dura é composta pelas ferramentas-máquinas, como instrumentos para exames, fichários, entre outros materiais. A tecnologia leve-dura é formada pelos saberes estruturados em torno de uma determinada clínica ou campo de conhecimento, não tão dura quanto a máquina, mas estruturada por protocolos, normatizações, etc. Já a tecnologia leve se traduz no trabalho vivo em ato, no campo das relações, expectativas, produções, interpretações, no qual há produção ou não de acolhida, cumplicidade, co-responsabilização, confiança, vínculo e aceitação. É sobre esta última tecnologia que as pessoas mais se referiram nas narrativas, apesar de também mencionarem a tecnologia leve-dura ao se referirem a algumas normas e a aspectos organizacionais dos serviços, como atividades oferecidas, rotinas, horários, etc. Na atenção ao sofrimento psíquico esta tecnologia leve apareceu como definidora da qualidade do atendimento prestado. Apesar de sabermos da importância das três tecnologias para o trabalho em saúde, este dado sobre a importância da tecnologia leve para estes usuários não pode ser ignorado.

Neste sentido, Merry (2013) nos alerta para o fato de que qualquer profissional de saúde é sempre um operador do cuidado e, como tal, deve estar capacitado, minimamente, neste terreno das tecnologias leves. Esta capacitação deve tornar possível a produção de acolhimento, responsabilização e vínculo. O profissional também deve operar como um gerenciador do projeto terapêutico singular (PTS) através da administração das técnicas, tecnologias e da rede necessária dentro e fora das unidades de saúde. Como já citado neste trabalho, ao exercer esse ato do cuidado, os profissionais

precisam estar atentos e com um olhar integral voltado às necessidades dos sujeitos, mantendo neste exercício a prudência de não medicalizar a vida (MATTOS, 2001). E, quando se trata de usuários substâncias psicoativas, como destaca Lancetti (2015), tal olhar integral requer dos profissionais, além das habilidades técnicas formais, o atletismo afetivo e a plasticidade psíquica.

Além das avaliações positivas, que caminham no esteio do alcance deste olhar integral, nas narrativas aparecem também trechos com avaliações negativas sobre a atuação dos profissionais. Seguem alguns deles:

Pesquisadora: Você ficou quanto tempo lá nesse centro?

Agnaldo: Nesse de Simões filho eu fiquei dois meses. Depois pedi pra vir embora e fui pro Albergue e fiquei uns quinze dias, “e aí Agnaldo, você não quer nada, vai voltar, ou não vai?”, “o senhor me leva para um canto que eu nem sei que porra é esse lugar que o senhor tá me levando!”.

Alma: Mas eu tinha um psiquiatra que era uma peste, ele só me queria internada, porque achava que fora eu não tinha condições.

Pesquisadora: De lá da Nova Vida?

Alma: É. Hoje eu vejo por outro viés, eu acho que era a questão mercadológica, no caso dele. Tanto é que, uma vez, quando eu disse que ia para a Casa da Harmonia, ele disse que não era um lugar apropriado para mim.

“Eu não atendo esse rapaz não!” Mesmo assim, eu logo comecei a chorar, porque o que eu queria mais é que ele fosse atendido, eu logo comecei a chorar. “E por que a senhora não tem condições?” Mesmo assim, me ofendendo, e Clarice do meu lado, e Matias para um lado e para cá, para um lado e para outro, e ele: “Pode sair daqui!”. Botou a gente para fora, como cachorro, de lá do hospital, de lá, do São Daniel. (mãe de Matias)

Os trechos acima revelam atos que caminham na direção oposta de uma boa operação da tecnologia leve. As avaliações negativas presentes nas narrativas giraram em torno da falta de capacidade de acolhimento; ausência de vínculo; falta de capacidade técnica; ausência de empatia em situações de crise; verticalidade e autoritarismo na construção do projeto terapêutico; interesses mercadológicos ou financeiros em conflito com o cuidado; e violência física e psíquica. Tais características demonstram como ainda há muitos obstáculos em termos da capacidade dos profissionais para prestarem uma atenção integral nos serviços da rede formal. É importante esclarecer que tais críticas à atenção dos profissionais ocorreram em relação a quase todos os serviços acessados, mas com as devidas diferenças e proporções a depender do serviço. Críticas sobre a atenção psicossocial e a atenção nas unidades de internamento apareceram também nas sessões correspondentes a cada serviço.

8.7.5 A Intersetorialidade e a Articulação de Rede

Nas narrativas aqui analisadas, foi possível observar que os serviços da rede social formal que foram acessados faziam parte principalmente de dois setores, o setor saúde e a assistência social. No setor saúde, foram acessados serviços especializados da atenção terciária como os hospitais gerais e psiquiátricos, e as maternidades; serviços da atenção secundária como os CAPS e o centro especializado em HIV; e serviços da atenção primária, como as unidades básicas de saúde. Como já visto nos itinerários descritos de cada usuário, os serviços da atenção terciária e secundária tiveram um destaque muito maior nas trajetórias, sendo acessados diversas vezes e de forma contínua por nossos interlocutores; já os serviços da atenção primária foram acessados de forma pontual e fragmentária. Tal processo se mostra na contramão do fluxo ideal nos serviços de atenção à saúde.

Apesar de as orientações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2003) de que a Atenção Básica deve articular as ações de saúde mental no território, as práticas de saúde mental têm se concretizado de forma ainda insuficiente no cotidiano dos serviços nesse primeiro nível de atenção (NEVES, et. al., 2010; ROSA e LABATE, 2003). Nunes et. al. (2007) acrescentam ainda que, no âmbito das práticas, as unidades de saúde da família não têm conseguido englobar as ações de saúde mental em seu trabalho de cuidado no território com foco na saúde das famílias. Para além deste fato, mesmo ações referentes a outras áreas da saúde foram parcamente citadas, demonstrando aqui um baixo alcance desta atenção no cotidiano destas pessoas. Alguns fatores podem estar associados a esse baixo alcance, tais como a cultura da população em relação à busca de serviços da atenção terciária, como também a baixa cobertura de Equipes de Saúde da Família em Salvador, tendo apenas 27,16% da população coberta até junho de 2016 (BRASIL, 2017). Além disto, Soalheiro et. al, (2016) referem em resultado de pesquisa que as pessoas que têm demandas relacionadas ao uso problemático de substâncias psicoativas foram vistas pelos profissionais das equipes de saúde da família como casos muito difíceis e estigmatizados, o que dificultaria a aproximação de tais usuários e o acompanhamento de suas questões biopsicossociais.

De acordo com Paim e Vieira-da-Silva (2010), a integralidade pode ser contemplada a partir de quatro perspectivas: (a) integração das ações que compõem os três níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e a garantia da continuidade da

atenção em todos os níveis do sistema; (b) atuação profissional que contemple o sujeito enquanto biopsicossocial; (c) a integração das ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação; e (d) a articulação de políticas públicas por meio de ações intersetoriais de modo a incidir sobre os determinantes do adoecimento. Como já foi dito na parte teórica deste trabalho, a integralidade parte tanto de um serviço, no seu atender de modo integral o sujeito (“integralidade focalizada”), quanto no alcance de uma rede ampliada de outros serviços, que, em conjunto, propiciarão o atendimento de várias necessidades rumo à qualidade de vida (“integralidade ampliada”) (CECÍLIO, 2001).

No que diz respeito aos serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), apenas Agnaldo acessou esses serviços. Agnaldo recebeu apoio da SETAD e foi abrigado em dois albergues diferentes do município, uma casa de passagem e em casa alugada pela Secretaria. Também foi encaminhado por uma assistente social para fazer curso profissionalizante nas obras assistenciais prestadas por uma Ordem da Igreja Católica. Ao considerar o acesso que Agnaldo teve a serviços para além do setor saúde, é importante destacar, como Oliveira et. al. (2012), que não basta o oferecimento de ações ligadas apenas ao setor saúde, mas se deve dispor de uma rede ampliada que possibilite uma maior oferta de ações ao sujeito em sofrimento psíquico, promovendo, dessa forma, a reinserção social e o resgate de sua autonomia.

Além das obras assistenciais da Ordem, estiveram presentes também outras organizações não governamentais na rede acessada por nossos interlocutores. Entre elas apareceram uma organização voltada para pessoas com AIDS, e o setor saúde de uma organização não governamental maior, que envolve uma série de obras sociais e está relacionada à Igreja Católica. A organização voltada para pessoas com AIDS teve um papel bastante significativo na trajetória de Mara, servindo como moradia e ponto de recomeço da sua trajetória de cuidados, de onde ela pôde acessar outros serviços de saúde e de outros setores da rede social. A articulação de rede proporcionada pela organização voltada para pessoas com AIDS, e outros serviços acessados por nossos interlocutores, possibilitou a circulação destes em outros pontos da rede, apesar da visível centralização no setor saúde. É importante ressaltar que essa articulação de rede também foi bastante “costurada” pelos próprios usuários, fato que discutirei em sessão posterior. Nas narrativas abaixo, é possível observar algumas das articulações feitas pelos serviços da rede formal:

Pesquisadora: Agnaldo, você não me falou ainda, como foi que você conheceu o CAPS?

Agnaldo: Eu conheci o CAPS através do Albergue, e uma pessoa do órgão do estado da Bahia me encaminhou, ele me falou desse CAPS. A assistente social do Albergue me encaminhou. É gente conhecida da gente, esqueci o nome dela.

Pesquisadora: Então a instituição tem essa ligação com outros hospitais da cidade?

Mara: Com outros hospitais. É. Eles já conhecem o trabalho aqui da casa (CAASA), tão acostumados há anos. Tem vinte anos de casa aqui. Então, tem um certo renome, assim. Pessoas soropositivas são prioridades, aí... meu exame eu não fiz semana passada. Sexta-feira eu perdi minha ginecologista e não consegui fazer exame de sangue.

Pesquisadora: Não conseguiu também? Por quê?

Mara: Ela disse que é pra eu voltar amanhã pra fazer, por causa do meu RG. Chegou... eu fiz aqui no Pedro Melo. Até com o Pedro Melo (Secretaria de Segurança Pública), eles têm ligação.

[...] final de 2013, aí eu passei dezembro, janeiro, fevereiro, recaído, quando eu cheguei em fevereiro e vim para aqui, para o CAPS (CAPS AD II), eu estava já com um tempo aqui no CAPS, minha mãe pediu pra Dr. Raul para encontrar um lugar para eu ficar, que ela não estava aguentando mais, ela já não aguentava mais e estava querendo me tirar, me deixar na rua. Foi quando informaram sobre o Gey Espinheira (CAPS AD III), que você pode ficar no regime de semi-internamento, e eu passei uma semana lá no Gey Espinheira. (Matias)

A importância desta articulação de rede está também na possibilidade de fazer circular o cuidado para pessoas em uso problemático de substâncias psicoativas, fortalecendo a Rede de Atenção Psicossocial que tenta se estabelecer a partir do movimento da Reforma Psiquiátrica. Dimenstein e Liberato (2009) afirmam que “desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias” (p. 09), o usuário da rede de saúde mental precisa deixar de ser visto como objeto específico da saúde. A articulação de outros setores e serviços da sociedade possibilitam a reinserção social e a co-responsabilização de outras políticas públicas. A intersetorialidade e o trabalho em rede são essenciais para a adoção de modelos de atenção integral de base territorial (DIMENSTEIN e LIBERATO, 2009). As narrativas aqui analisadas apontam que ainda há um longo caminho pela frente neste sentido, haja vista a centralização dos itinerários nos serviços de saúde ou serviços especializados para dependência química.

8.8 A construção do Cuidado: uma trama tecida a muitas mãos.

Nesta sessão da dissertação, discutirei os itinerários terapêuticos das pessoas acompanhadas, buscando compreender como estas redes sociais formal e informal foram articuladas, entrelaçadas, trazendo a participação dos sujeitos da pesquisa como parte essencial da construção do Cuidado. O objetivo é que essa compreensão possa nos dar pistas de como essa articulação, como essa trama tecida a muitas mãos, pode se construir rumo ao alcance da integralidade do cuidado.

Para esta discussão, o primeiro ponto que gostaria de destacar é a importância da concepção que estas pessoas têm sobre seu próprio uso de substâncias psicoativas na conformação de seus itinerários terapêuticos. A busca pelos serviços, articulações entre eles, mudanças de estratégias com a troca de serviços, estão intimamente relacionadas com o entendimento que cada sujeito faz do uso problemático de substâncias. Tal entendimento se articula à rede social onde estes sujeitos se inserem, dando o tom de seus modos de construir seus itinerários, reconstruindo, reformulando e dando novos contornos a esse entendimento.

Entre as pessoas pesquisadas, existem algumas confluências importantes sobre o que seria esse uso problemático. Todos eles iniciaram seus itinerários terapêuticos em relação ao uso de substâncias a partir da percepção de que havia um uso em grande quantidade que acarretava problemas sociais e de saúde. É importante destacar que, entre os interlocutores desta pesquisa, essa percepção é narrada como algo que não se deu só pelos outros mais próximos, mas também por eles próprios. Isto nem sempre acontece em relação ao usuário de substâncias, algumas vezes os primeiros tratamentos são iniciados por um pedido da família, sem nenhuma percepção de problema por parte do usuário.

As concepções sobre o fenômeno do uso problemático das pessoas pesquisadas demonstram terem se construído no percurso dos seus itinerários terapêuticos. Na medida em que eles vivenciavam os problemas advindos do uso, eles agregavam elementos de várias agências presentes no seu cotidiano, principalmente as agências de suporte (A.A., religião) e as agências de tratamento no campo da saúde (CAPS, CP, CT, HP). Estas concepções se construíam e dialogavam com estas agências, conformando os itinerários e as costuras realizadas pelos mesmos entre as diversas agências acessadas. Retomando Alves e Souza (1999), os conhecimentos em torno dos eventos médicos se conformam numa mistura de diversos conhecimentos que são produzidos pela negociação de significados com outras pessoas, esta negociação ocorre de forma constante no curso dos

itinerários, estando relacionada às imagens construídas sobre os tratamentos, influenciando as escolhas terapêuticas. Seguem abaixo algumas dessas concepções:

Cada um veio de mundos diferentes, famílias diferentes, de histórias diferentes, situações diferentes. Eu vim de um estupro e tudo o mais. Têm pessoas que vão por influência de amizade, outras por curiosidade de querer conhecer, e aí ficam presas às drogas, e aí adquirem HIV. São histórias, assim, bem parecidas e, ao mesmo tempo, diferentes, né? Porque são situações diferentes. Cada um tem a sua ligação pessoal com a história. E pra gente, assim, é muito bom ver que têm pessoas que são parecidas conosco. Porém, a gente tem formas diferentes de ver a solução, né? [...] O local ficava anestesiado, você não sente tanta dor. Então foi isso que me ajudou a sobreviver àquilo (ao estupro). Era uma coisa que estava me fazendo mal, mas foi uma coisa que pôde ter me salvado naquela hora, naquele momento. [...] Me viciiei mesmo e não tinha nada que substituísse aquele prazer. Nada substitui. Já experimentei maconha, já experimentei cocaína. Nada substituí. Não conseguia. Não tinha como me desprender. Eu não conseguia... não sei explicar... era um prazer imensurável. Inexplicável. Não sei... (Mara)

Mas eu acho que o sentido do álcool e das drogas pra mim foi que é uma doença, o alcoolismo é uma doença, a drogadição também é uma doença progressiva, incurável e fatal. Depende da sua caminhada. [...] Antes eu não tinha isso na minha cabeça, uma compreensão de que isso me detonava. Hoje eu tenho compreensão que isso me detona e tenho uma responsabilidade sobre essa autodestruição, sobre essa autosabotagem, mas não me julgo mais tanto quanto eu me julgava. É uma coisa que a maturidade vai trazendo. [...] esse tratamento (uso controlado de maconha) que eu falei para você, ele é um tratamento que tem funcionado pra mim, porque me alivia... me desestressa, mas é controlado, é responsável, não é uma coisa, como era antes, sabe? Muito intenso, visceral, não é. Não é, porque não funciona, entendeu? (Matias)

[...] eu não vejo, necessariamente, que sejam pessoas piores ou, como se vê no mundo, fracassadas, ou problemáticas, eu não consigo ver dessa forma, eu acho que são pessoas que têm uma sensibilidade a mais e, por conta disso, não conseguem, de alguma forma, lidar com alguns problemas. É o que eu vejo, é... a minha vivência na dependência química tem me mostrado isso, ao longo dos anos. [...] O problema do conflito, também para quem usa, é uma coisa muito grande, porque você está sempre: faço ou não faço, faço ou não faço. E nessa coisa de faço, não faço, você vai, você enche a cara para esquecer essa dualidade, que lhe consome todo o tempo. Agora, eu acho que a pessoa, também, que tem esse problema, ela precisa buscar, porque, hoje, eu penso que a única coisa que existe é “o conhece-te a ti mesmo” e mais nada, não está escrito em lugar nenhum. [...] todo dependente químico, ele tem um pé grande no mundo dos sonhos, porque não suporta a realidade que é dura demais e por isso que foge, é por isso que sai. [...] o problema do compulsivo é ele mesmo. Então, quando ele entra em contato com uma coisa que anestesia suas dores, ele vai usar, usar, usar, cada vez mais. (Alma)

Os trechos acima apontam algumas dessas concepções das pessoas pesquisadas. O único que não esboçou uma concepção mais formulada sobre o uso foi Agnaldo.

Apenas sugeriu, em alguns de seus relatos, que o uso é constantemente associado à marginalidade. No mais, sua forma de se colocar frente ao seu próprio uso aponta para um uso muitas vezes funcional, como forma de lidar com questões do cotidiano (frio, fome, estresse). Ele referiu também a dificuldade de abandonar o uso devido à sua companheira, que não lhe apoia nos tratamentos, e também faz uso de álcool e tabaco. Entre os quatro interlocutores, a trajetória de Agnaldo é a mais representativa no que diz respeito às influências de problemas sociais graves no padrão e na forma de interpretar o uso; sua história é fortemente marcada, principalmente na adolescência e início da vida adulta, por questões relacionadas à exclusão social. Já as concepções de Alma, Matias e Mara trazem esse uso funcional fortemente ligado à dor, ao sofrimento psíquico. O uso de substâncias seria uma forma de não entrar em contato direto com a realidade, pois ela é causadora de sofrimento. Então o prazer advindo da droga seria o grande anestésico dessa dor. O problema é que esse uso se torna incontrolável, a busca desse prazer se torna incessante. Para Alma e Matias, que passaram pelo A.A., essa busca incessante é uma compulsão, uma doença que necessita de tratamento. Para Matias, ela não tem cura, assim como afirma a literatura do A.A. Para Alma, esse é um ponto de controvérsia, e ela prefere o termo “compulsão” ao invés de “doença incurável”.

A partir destas concepções os nossos interlocutores também apontaram fatores que eles interpretavam como associados à piora ou à melhora dos problemas relacionados ao uso. Entre os fatores apontados como associados à melhora eles citaram o alcance da abstinência ou mudanças no padrão de uso; a não exposição a situações de vulnerabilidade, como a situação de rua; a formulação de metas e projetos e a realização dos mesmos; o exercício da maternidade; o exercício de alguma atividade laboral; ter algum credo religioso ou o exercício de atividades voltadas para a espiritualidade; o tratamento em locais considerados efetivos para lidar com essa problemática; a melhora das condições materiais, financeiras; e ter maturidade para fazer as mudanças necessárias no que diz respeito ao problema com o uso.

Eu creio, assim, que nosso corpo, nossa mente comanda nosso corpo. Se você tem uma mente boa, a coisa flui mais, né? “Eu vou mudar, eu vou sair daqui.” Tanto que, pra você se internar, você tem que querer. (Mara)

[...] o réveillon mesmo, no réveillon eu não bebi, eu fui lá para o Comércio, que chegou ao Comércio eu disse “olha, eu vou catar umas latas”, ela (companheira) “ah, eu não quero catar lata”, aí eu “rapaz, meu sistema é catar lata, trabalhar, véi”, eu sou louco por trabalho, véi! (Agnaldo)

Em relação aos fatores associados à piora, as pessoas acompanhadas citaram: as complicações clínicas relacionadas ao uso (problemas cardíacos, infecção por HIV, tuberculose, etc.); a piora de outros transtornos mentais; a exposição a situações de vulnerabilidade física e social; a perda de emprego; problemas familiares; a progressão descontrolada do uso e as recaídas recorrentes; a frequência a meios relacionados ao uso de drogas (meio artístico, situação de rua, etc.); problemas com a justiça; problemas com o tráfico; o estar em posse de dinheiro “vivo”; a perda de bens materiais; problemas com a comunidade; o internamento involuntário; o abandono ou desobediência de credo religioso; e o abandono do tratamento.

Eu tentava largar, largava dois, três dias, mas recaía (em situação de rua). Sem ajuda de CAPS, sem ajuda de psicólogo, sem ajuda de ninguém. Nem medicamento, eu fiquei sem tomar antirretroviral durante cinco meses, no tempo de pegar uma doença oportunista, fiquei com uma suspeita de tuberculose [...]. Você não pode se internar forçado. Se for no centro de recuperação, fica difícil, está ali obrigado. Você fica mais revoltado, fica mais ansioso, com vontade de sair e sai pior. Como tinha gente lá, que fugia pra ir usar droga. (Mara)

Nisso foi um mês, dois meses, três meses, quando chegou ao quarto mês, comecei a fazer teatro, a universidade em frente a um bar, e teatro, aquela relação, todo mundo, aquela coisa. Se você deve ter conhecidos, ou você deve saber, a relação do teatro, sempre teve uma coisa louca com a droga, com o álcool, com a liberdade de expressão, e essa frescura toda. Então, eu estava me segurando, me segurando, vinha me segurando, me segurando. Eu não vou dar... eu não vou nem chegar perto do bar, mas eu cheguei no bar, e aí não teve muito sentido, não teve muito mistério, eu simplesmente pedi uma cerveja, fui lá tomei a cerveja, depois tomei outra cerveja, depois tomei outra cerveja, depois não voltei para a aula, fiquei, quando deu três horas da manhã eu ainda estava lá. (Matias)

Matias: dez meses eu me mantive limpo, me mantive firme, alerta, me mantive bem seguro, do que eu estava fazendo e tinha segurança, também, do caboclo comigo. Aí, um dia, eu resolvi não fazer o ritual, eu não fiz o ritual, recaí. Tão certo assim, dessa forma que aconteceu, eu não fiz, eu não fiz, eu não coloquei, digamos, a água em cima da mesa, eu recaí.

Pesquisadora: E você acha que há uma relação de causalidade aí?

Matias: Se não há, foi muita coincidência. Foi desobediência, foi desobediência e não tem quem me tire isso da cabeça, porque a minha relação com o pai de santo não terminou muito boa.

Pesquisadora: Mas você fala de desobediência, desobediência a quem? Desobediência ao pai de santo, desobediência ao caboclo?

Matias: Desobediência ao axé.

Estes fatores associados à piora e à melhora em relação ao uso problemático de substâncias demonstram a complexidade e o entrelaçamento de diversas áreas da vida destas pessoas enquanto influências, determinantes das relações entre o usuário e as substâncias. Essa trama de fatores tem em seus fios as questões financeiras, familiares, religiosas, jurídicas, sociais, relacionadas ao tratamento, às comorbidades, à capacidade de construção de um cotidiano organizado, com metas, projetos, resultados. Para lidar com tantos fatores, os nossos interlocutores contaram com sua rede social formal e informal, mas também, principalmente, com sua capacidade de articular os diversos meios existentes de fazer isto. As narrativas apontam que a participação dos nossos interlocutores neste processo de busca e articulação de rede foi fundamental para a sobrevivência dos mesmos e para o alcance de alguns desfechos favoráveis à vida.

Estes achados vão ao encontro do que foi discutido na sessão sobre integralidade e saúde mental. Retomando Oliveira et. al. (2012), são as necessidades sociais, afetivas e espirituais que devem balizar as ofertas de cuidado, e não o contrário. Desse modo é necessário que estes usuários tenham voz e possam atuar efetivamente na construção de ações condizentes com sua realidade e que façam sentido em termos de seus projetos de vida. Neste sentido, podemos retomar também Certeau (2014) ao falar sobre as “maneiras de fazer” das práticas cotidianas, especialmente as *táticas*, ou seja, modos de tirar proveito, jogar com os acontecimentos, construir “ocasiões”, captar movimentos e tirar partido das forças que surgem. Nas trajetórias acompanhadas, foi possível observar o uso das táticas de modo a articular os serviços da rede formal à rede de apoio informal, de modo a atravessar as dificuldades, encontrar novas vias para lidar com os obstáculos frente aos problemas e ao uso abusivo. Mesmo em situações sociais e de uso diferentes, em todos os casos foi possível apreender momentos onde os nossos interlocutores criaram novas formas de resolver suas necessidades, de dar conta de suas demandas. Nos casos de Mara e Agnaldo, que advinham de uma situação social precária, e passaram por momentos em situação de rua, isto fica ainda mais evidente.

Esse uso das táticas nos remete também ao uso particular que cada usuário fez dos serviços ou das redes por onde passou. Um dos achados mais interessantes desta pesquisa foi a forma como os nossos interlocutores fizeram uso do espaço do internamento, por exemplo. Todos eles afirmaram que a maior parte dos internamentos pelos quais passaram não lhes serviu de forma substancial ao tratamento do uso de

substâncias, mas todos eles encontraram nas instituições onde se internaram algum proveito. A regulação das atividades do cotidiano, o conforto material, uma pausa para pensar, uma saída do ambiente familiar, uma fuga geográfica foram formas que cada um encontrou de usar esse espaço de isolamento em seu próprio benefício, mesmo que depois não tenha havido ganhos diretos em relação ao uso, ou que tenha havido alguma perda em relação à vida que corria fora das instituições. Esse exemplo chama a atenção para o fato de que os serviços em si, com suas características e modos de funcionamento, não determinam a participação que terão no itinerário terapêutico do usuário. O modo de construir o cotidiano de cada usuário, seu caminhar no itinerário, é uma peça chave para a compreensão do papel das redes na construção de uma possível integralidade da atenção.

Apesar de os serviços tradicionais de tratamento (CP, CT e HP) para usuários de substâncias psicoativas terem como base os modelos jurídico-moral e médico, e de ter havido um crescente avanço no número de CTs nos últimos anos, os modelos psicossocial e sociocultural vêm ganhando terreno nas políticas voltadas para a atenção destes usuários. Os estudos sobre as práticas e contextos socioculturais em relação ao uso de substâncias, como já visto em sessão anterior, trazem o usuário e sua conformação no ambiente social para o centro da discussão sobre o uso, e as formas de lidar com os problemas em torno do mesmo. Dessa forma, o acesso às teorias das Ciências Sociais, como as citadas neste trabalho, através de autores como Berger e Luckmann, Bourdieu, e Certeau, são essenciais para o entendimento dessa formação dos sujeitos na dialética com o ambiente social e para a compreensão de como esse processo pode ser útil para a proposição de novas formas de atuação na busca da integralidade do cuidado.

As trajetórias acompanhadas nos falam de como o modo como cada uma dessas pessoas se gestou, em seu ambiente sociocultural, ganhou relevância no modo como elas lidaram com seu uso de substâncias. O lugar que a família, o trabalho e a religião ocuparam nas narrativas, demonstra a força destas instituições não só na formação dos hábitos, mas também na possibilidade de construir novas formas de estar no mundo, tanto pelos próprios sujeitos, como com ajuda daqueles que ofertam algum tipo de cuidado aos mesmos. O reconhecimento destas pessoas enquanto pessoas com uma história, uma classe, uma cor de pele, uma comunidade de pertencimento, uma linguagem próprias ao mundo onde se gestaram fornece elementos essenciais a uma

compreensão de quem são, de suas identidades, de como se constroem seus sofrimentos psíquicos e sociais e das possíveis ofertas de cuidado que possam fazer sentido para essas pessoas.

Retomando os termos de Bourdieu, a oferta de cuidados só fará sentido se levar em conta o *habitus* deste sujeito e o espaço social onde sua trajetória se constrói. Quais os capitais que esse sujeito dispõe para a circulação nas redes sociais informais e formais, para o exercício da contratualidade, para a aquisição de bens e serviços? Nesta pesquisa pôde-se observar como as diferenças de acúmulos referentes a alguns tipos de capitais tornaram as trajetórias de nossos pesquisados muito diferentes. Alma, por exemplo, tem um capital cultural e econômico que possibilitaram que ela fosse a única entre os quatro a conseguir terminar o nível superior, mesmo fazendo o curso durante as várias internações por que passou. Mara e Agnaldo, apesar de não terem um grande acúmulo de capital econômico, têm capital social o suficiente para mobilizar diversas redes de apoio em torno de si (família, vizinhos, colegas de trabalho, profissionais dos serviços, etc.), fazendo com que não lhes falte meios para lidar com situações de crise. Já Matias tinha um capital econômico favorável, como também havia acumulado algum capital cultural através da arte, mas não conseguiu manejá-los de modo a construir uma vida mais autônoma. Esta dificuldade aparecia em seu discurso como algo relacionado à sua personalidade, quando dizia, por exemplo, ter dificuldade com a autoridade, ou perder o interesse nas atividades que não eram mais desafiadoras. Tais características parecem estar relacionadas ao ambiente social proporcionado pela família, marcado pela ambivalência entre o autoritarismo e a permissividade.

Estas observações podem subsidiar diversas possibilidades em termos das ofertas de cuidado para cada uma das pessoas acima. O CAPS AD III investiu junto com a família no apoio a Alma para que ela pudesse exercer a maternidade e finalizasse o curso de Direito; a comunidade ofereceu alimentação e abrigo para Mara enquanto ela estava em situação de rua, tempo o suficiente para a família e o CAPS AD contribuírem para o retorno dela para casa e para o tratamento; Agnaldo ficou em albergues, encontrou a companheira, pulou pelos tratamentos de saúde, chegou ao CAPS AD e conseguiu obter trabalho com carteira assinada; Matias montou peças teatrais nos internamentos, foi professor de Teatro, montou negócios próprios com a ajuda da família e tinha o apoio do A.A. São trechos das trajetórias que nos remetem ao fato de que as redes sociais formais e informais se entrelaçam e oferecem o material para a

construção dos Projetos Terapêuticos Singulares, mas para tal é preciso que os profissionais estejam atentos às questões socioculturais e explorem essas possibilidades.

Estar atento às questões culturais passa por reconhecer esse sujeito complexo do qual viemos falando, sem reduzi-lo a nenhum dos rótulos ou posições que por ventura a sociedade os imponha (drogado, maconheiro, marginal, etc.). Como apontam Ayres (2011) e Pinheiro (2011) em sessão anterior desse trabalho, Cuidado envolve reconhecimento, responsabilidade, reciprocidade. Isto só é possível quando há diálogo entre sujeitos que interpenetram de alguma maneira suas culturas, que compartilham sentidos, interesses, desejos. Tal Cuidado deve atravessar as relações entre profissional e usuário e atingir as macroestruturas dos sistemas de saúde, de modo a criar possibilidades para a integralidade da atenção. Ao mesmo tempo, como pontua Camargo Júnior (2007), há de se prevenir a medicalização da vida e da sociedade, cuidar dos indivíduos em sua totalidade pode deslizar para o controle de suas existências.

Campos (2002), ao tratar do tema da saúde e da cultura, faz uma importante reflexão neste sentido, ao reconhecer que a forma tradicional de oferecer a atenção em saúde se dá pela via do controle e da normatização da vida dos indivíduos, com regras e normas rígidas sobre como viver de forma saudável e como tratar um problema de saúde. Ele diz que esse modelo tradicional está mais preocupado com o “interesse de sobreviver” do que com o desejo dos indivíduos. Tal “interesse de sobreviver” serve de justificativa para muitas medidas de controle e proteção em nome da saúde. Por outro lado, ele já apontava à época, o surgimento no Brasil de uma forma alternativa de pensar a saúde, levando em consideração não só a sobrevivência, mas a cultura, o desejo, o prazer, a realização, o sujeito e o contexto onde vive. Ele falava da Redução de Danos, que já abordei anteriormente, e de uma noção de promoção e prevenção em saúde que coloca como centro o sujeito e sua cultura. Campos (2002) propõem que possa haver um cruzamento entre a cultura técnica, clínica e sanitária, com a cultura das pessoas, seus desejos, interesses, e tradições. Neste sentido caminham os modelos psicossocial e sociocultural.

As trajetórias aqui acompanhadas nos apontam que duas vias precisam ser levadas em conta, quando olhamos para estas histórias: as redes e serviços acessados em si, com seus modelos próprios de funcionamento, e como as pessoas que os acessaram puderam “imprimir sua marca” na construção de seus itinerários terapêuticos. Qual

margem essas redes puderam possibilitar para que esses usuários tivessem voz e fossem protagonistas de seus próprios processos? Através destas histórias foi possível notar que, quanto mais as pessoas se aproximaram de seus projetos pessoais, da realização de seus desejos, da construção da vida que elas imaginaram para si, mais próximo da conquista de autonomia, do empoderamento, e de uma melhor qualidade de vida, elas estiveram. A valorização destes projetos pessoais, seja pelos serviços, seja por outras fontes de apoio (família, religião, trabalho, redes de sociabilidade), se mostrou como uma importante ferramenta de cuidado e desinstitucionalização. Tal achado coaduna com a afirmação de Ayres (2004) sobre a importância dos “projetos de felicidade” na atenção à saúde:

Este é o elemento que se quer destacar: o projeto de felicidade, nesse duplo aspecto, de ser projeto e desse projeto ter como norte a felicidade. O aspecto felicidade [...] diz respeito a um horizonte normativo que enraíza na vida efetivamente vivida pelas pessoas aquilo que elas querem e acham que deve ser a saúde e a atenção à saúde. Mas o aspecto projeto não é menos importante. Ele remete a uma característica que parece um traço constitutivo do modo de ser (do) humano e que estabelece uma ponte entre uma reflexão ontológica, sobre o sentido da existência, e as questões mais diretamente relacionadas à experiência da saúde e da atenção à saúde. (p 21)

Desta forma, quando se pensa em realização de projetos pessoais e “projetos de felicidade”, deve-se pensar em um sujeito inteiro, com seus sonhos, suas capacidades física e psíquica, sua rede de suporte social, sua vida implicada em ser ou alcançar aquilo que se deseja. Quando falamos de uso de substâncias psicoativas, como foi visto nas próprias narrativas dos nossos interlocutores, estamos falando de “descontrole” do desejo, de perda de alguns desejos, de medo dos desejos que se contradizem. Estamos a todo tempo no campo do desejo. Onde mora o “problema” mora a potência de lidar com ele. Para Guattari e Rolnik (1996) desejo poderia ser denominado como “todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores” (p. 215). O desejo que pode se mostrar mortífero, mas que ainda assim fala do que move o sujeito. O desejo é essa força motriz que a sociedade tenta moldar, disciplinar, que deve se adequar a uma determinada ordem social. Qual é a medida que diferencia o cuidado que protege e orienta esse desejo por caminhos menos mortíferos, e aquele que aprisiona e incapacita o sujeito?

Como já discuti anteriormente, essa intenção de controlar os usuários de substâncias psicoativas, de curá-los, ou até mesmo de bani-los, atravessa muitas das

ações do Estado, e está também no cerne dos modelos jurídico-moral e médico. Então, essa forma de lidar com o desejo, que também se afina com a forma manicomial de lidar com a loucura (através do isolamento e do controle), se mostra como obstáculo no que diz respeito ao alcance desses projetos pessoais e da vivência destes desejos. De fato, as narrativas aqui analisadas apontam para as ações de controle, cerceamento, isolamento, violência, como ações que não contribuíram positivamente para a desinstitucionalização, independente de onde elas partiram (serviços, família, sociedade, etc.). Por outro lado, em termos de serviços da rede formal, ficou evidente que essas ações estiveram presentes, em sua maior parte, nos serviços que funcionavam de acordo com o modelo jurídico-moral e médico (CT, CP, e HP).

Os serviços supracitados (CT, CP, e HP) se mostraram nas narrativas mais distantes das premissas apontadas por Alves e Guljor (2006) como essenciais para o cuidado integral em saúde mental, principalmente em termos do isolamento, da busca de cura e da exclusão das questões sociais, da falta de ações relacionadas à garantia de direitos e à autonomia, e no que diz ao respeito à singularidade. Os serviços mais afinados com os modelos psicossocial e sociocultural (CAPS) apareceram como mais próximos do que seria um olhar integral voltado para a desinstitucionalização, em termos da manutenção da liberdade, da tentativa de um olhar para o sujeito em suas dimensões biopsicossocial, no que diz respeito às questões relacionadas ao risco social, por auxiliar na busca de direitos dos usuários, e por ter em alguns dos seus profissionais agenciadores das redes de cuidado e do PTS. Estes serviços apresentaram também falhas e dificuldades nesta tentativa do olhar integral, principalmente no que diz respeito à oferta de atividades voltadas para a produção de autonomia, como também nos limites para lidar com o grande risco social vivenciado pelos usuários.

Por fim, essa discussão empreendida nesta última sessão aponta para a importância de trilharmos o caminho do cuidado integral a partir dessas perspectivas acima mencionadas: o conhecimento (e reconhecimento) das concepções dos sujeitos sobre seus próprios problemas sociais e de saúde, da rede social informal da qual fazem parte e por onde circulam, da rede social formal disponível, de como eles costuram e articulam essas redes, e com que “linhas de desejo” eles o fazem. Dessa forma, os serviços e seus profissionais podem se tornar os agenciadores de um cuidado integral, podem tecer em conjunto com os usuários esse Cuidado, que se faz com liberdade, respeito, cumplicidade e sonho.

9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Retomando meu objetivo nesta pesquisa, que foi o de “analisar itinerários terapêuticos e trajetórias sociais de pessoas com experiência de uso problemático de álcool e outras drogas de modo a conhecer como aspectos relacionados à integralidade do cuidado estão envolvidos na promoção de seus processos de desinstitucionalização”, posso dizer que esta pesquisa conseguiu apontar para alguns destes aspectos buscados. O primeiro que eu gostaria de destacar é a articulação entre o modo como os usuários “costuram” as redes formais e informais e a maneira como estas redes interferem na trajetória destas pessoas. Os resultados demonstraram que o modo como aspectos destas redes apareceram na vida destas pessoas produziram uma “trama” totalmente diferente para cada um deles, mesmo quando eles acessaram os mesmos serviços, ou passaram por situações sociais parecidas. A potência desses arranjos entre os aspectos da rede formal e informal é uma fonte importante de ações desinstitucionalizadoras. Essa potência pode ser explorada pelos serviços e seus profissionais na medida em que eles se debruçam sobre o conhecimento das “táticas” utilizadas por estas pessoas na articulação das redes, e de como as redes foram e podem ser acessadas por eles.

O segundo aspecto de destaque é justamente esse das “táticas”. Estas “táticas” utilizadas pelos sujeitos ao acessar os serviços e no lidar com questões cotidianas apontam para dois pontos importantes: o fato de que as redes em si, com suas características e modos de funcionamento, não determinam a participação que terão no itinerário terapêutico, visto que cada sujeito explora seus recursos de modo diverso e singular; e que as táticas podem ser potencializadas por estratégias, ou seja, ofertas (como também modelos) de cuidado realizadas pelas redes formais e informais, que levem em conta sua existência e seus modos de operar. Dessa forma, a discussão anteriormente empreendida sobre os modelos de base dos serviços de atenção (modelos jurídico-moral, médico, psicossocial e sociocultural), e as questões relacionadas à rede informal (família, religião, trabalho, etc.), perdem o sentido se não forem devidamente articuladas aos modos de estar no mundo de cada sujeito. Para conhecer como estas redes podem se organizar de forma a criarem oportunidades ou obstáculos ao processo de desinstitucionalização, é preciso explorar a trajetória social de cada sujeito, conhecer

suas “táticas”, seus “projetos de felicidade” e construir, em conjunto com eles, novas “tramas” propiciadoras do Cuidado integral.

Não estou retirando aqui o caráter essencial da necessidade de reconhecer quais os modelos que embasam o funcionamento das redes, nem as facilidades ou obstáculos colocados pelas mesmas nos processos de desinstitucionalização. Os achados desta pesquisa sobre o funcionamento das unidades de internamento como mais afinadas aos modelos jurídico-moral e médico e mais distantes dos princípios da integralidade; como também a proximidade dos serviços substitutivos (CAPS) aos modelos psicossocial e sociocultural e das ações que caminham no sentido do olhar integral, apontam para aspectos importantes em termos da organização das redes e serviços de saúde e da formulação e implementação de políticas voltadas para a atenção dos usuários de substâncias psicoativas. Estes resultados reforçam a importância de continuarmos discutindo a banalização das internações destes usuários, as questões políticas e mercadológicas envolvidas na escolha da internação como método de tratamento e o avanço crescente do número das CT, sendo inclusive reconhecidas como serviços de saúde pertencentes à RAPS. Este avanço nos faz questionar sobre como lidar com a necessidade que alguns usuários apresentam de ficar temporariamente em local distante do seu território, em distanciamento do ambiente de uso de drogas, num espaço protegido e com rotina organizada e num lugar que lhes proporcione uma “parada para pensar”. Será que as CT crescem porque estão aí para preencher essa lacuna, mesmo com todas as críticas dirigidas a elas? Será que outros serviços da RAPS poderiam cumprir essa função de modo mais qualificado? A função das Comunidades Terapêuticas na RAPS e como a implantação das Unidades de Acolhimento pode interferir nesse processo do crescimento das internações são importantes temas para futuras pesquisas.

Outro ponto que eu gostaria de destacar é a valorosa oportunidade de ter acesso aos modos de enxergar as redes formais e informais a partir de quem vive o processo de busca do cuidado. O uso dos itinerários terapêuticos propiciou conhecermos questões relacionadas ao Cuidado integral “por dentro”, a partir de quem demanda, de quem recebe os serviços e que nos conta como “tal” ou “qual” aspecto impactou ou modificou seu percurso terapêutico. Essa centralidade do discurso (e da observação) do usuário de substâncias psicoativas nos propiciou conhecer desde o entendimento que eles têm sobre a eclosão do problema com o uso, conceitos relacionados à motivação do uso

problemático, passando pelas funções atribuídas pelos mesmos a cada agência terapêutica, culminando com avaliações e reflexões dos mesmos sobre seu próprio modo de estar no mundo e como esse modo influenciou na chegada ao ponto onde estão em suas trajetórias. De uma forma geral, podemos dizer que esses quatro usuários falaram das dores que as substâncias ajudaram a suportar, nos apontaram quem pôde acolher e manejar com eles essas dores e deram pistas de como esse acolhimento e esse olhar integral podem ser qualificados.

Foram quatro trajetórias pessoais e sociais analisadas em profundidade, histórias de vida que, como nos aponta Minayo (2004), nos fornecem, através de suas experiências subjetivas, dados que falam além e através deles sobre um fato vivido e seu período histórico. Assim, Alma, Mara, Agnaldo e Matias nos ofertaram retratos que podem estar relacionados com outras dezenas de histórias que ouvimos nos serviços de saúde onde recebemos estes usuários. A riqueza das informações ofertadas por eles não pôde ser completamente explorada nesta dissertação. Temas emergentes relacionados à rede social informal, como a família, o trabalho, a religião, a violência, as redes de sociabilidade, que dariam por si só material para uma nova pesquisa, foram trazidos aqui como mais um “fio” que compõe essa grande “trama” do Cuidado. O mesmo posso dizer sobre os diversos temas emergentes nas redes formais, como o acesso, a organização dos serviços, a articulação de rede, os principais serviços de atenção, todos eles trazem em si um potencial enorme para pesquisa; principalmente no que diz respeito à pesquisa sobre atenção aos usuários de substâncias psicoativas. Para construir a “trama” desta dissertação, precisei captar desses temas o suficiente para amarrá-los a outros, como fios que vão se cruzando, fazendo nós, criando desenhos que se expressaram nos resultados que aqui apresentei.

Por fim, encerro esse trabalho dispondo estes “fios” de conhecimento para aqueles que queiram fazer novas “amarrações”, “tramas” ou “tecidos”. Desejo que estes “fios” possam alcançar não só pesquisadores, que almejem aprofundar os temas aqui abordados, mas principalmente os profissionais dos serviços da rede formal, que são importantes coadjuvantes desta construção de “tramas” do Cuidado junto aos usuários. A Integralidade do Cuidado e a Desinstitucionalização são importantes “bandeiras de luta” da saúde e da luta antimanicomial e, por vezes, podem nos parecer projetos utópicos diante das mudanças paradigmáticas que as mesmas requerem. Os resultados desta pesquisa nos apontam que estamos no caminho certo, com muitos debates e

mudanças em curso, com avanços e com sensações de retrocesso, com muito mais a construir ainda; mas, mesmo com limitações, no território, no palco da vida, a construção das “tramas” do Cuidado acontece.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALARCON, S. A Síndrome de Elêusis: considerações sobre as políticas públicas no campo da atenção ao usuário de álcool e outras drogas. In: ALARCON, S.; JORGE, M. A. S. (Org.) **Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012, p. 45-62.

ALVES, D. S.; GULJOR, A. P. O Cuidado em Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 221-240. ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, Míriam C. M.; ALVES, Paulo C. B.; SOUZA, Iara M. A (Org.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ALVES, P. C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1547-1554, Agos. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800003&lng=en&nrm=iso. Acesso em abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2006000800003>.

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico, cuidados à saúde e a experiência de adoecimento. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 125-144.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998, p. 21-50.

ARAÚJO, T. **Almanaque das drogas: um guia informal para o debate racional**. São Paulo: Leya, 2014. 2 ed. p. 22-89.

ARAÚJO, M. R.; MOREIRA, F. G. Histórias das Drogas. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 9-14.

ARENARI, B.; DUTRA, R. A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 191-208.

ASSIS, J. T. de; BARREIROS, G. B.; CONCEICAO, M. I. G. A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n.4, Dez. 2013. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142013000400007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 06 março 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-47142013000400007>.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 16-29, dez. 2004 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 26 mar. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>.

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado e o espaço público da saúde: virtude, vontade e reconhecimento na construção política da integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. da (Org) **Cidadania no Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC, 2011, p. 27-44.

BARROS, M. de. **Retrato do artista quando coisa**. São Paulo: LeYa, 2013. p. 61.

BASAGLIA, F. As instituições da violência. In: BASAGLIA, Franco. (Org). **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1985. p. 99-133.

BRANDÃO, B.; CARVALHO, J. “AQUI NÃO É UMA COMUNIDADE TERAPÊUTICA”: entre a diversidade e a normatividade em tratamentos com usuários abusivos de drogas. **Revista Teias** v. 17, n. 45, abr./jun. 2016: Drogas, Medicalização e Educação. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistateias/article/view/24596>>. Acesso em: 12 de mar. de 2017.

BRASIL. Casa Civil. Decreto-Lei n.891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/1937-1946/De10891.htm>. Acesso em 16 de mar. de 2017.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm>. Acesso em 16 de mar. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 10.216, de 06 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, seção 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em 28 de set. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC Nº 101, de 30 de maio de 2001. Dispõe sobre o regulamento técnico disciplinando as exigências mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial, também conhecidos como Comunidades Terapêuticas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Disponível em:

<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&sqi=2&ved=0CDMQFjAB&url=http%3A%2F%2Fportal.saude.gov.br%2Fportal%2Farquivos%2Fpdf%2FPortaria%2520GM%2520336-2002.pdf&ei=rL1QUuq9L4yO9AS-joC4BA&usq=AFQjCNHCSHAAGHFALuMq43FTAIPwJsLAMA>>. Acesso em 03 de out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2015.

Brasil. Gabinete de Segurança Institucional. Conselho Nacional Antidrogas. (2005). **Resolução nº3/GSIPR/CH/CONAD**, de 27 de outubro de 2005. Aprova a Política Nacional Sobre Drogas. . Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/biblioteca/legislacoes/1.0_PoliticaNacionalSobreDrogas_Portugues.pdf>. Acesso em 16 de mar. de 2017.

BRASIL. Casa Civil. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em 16 de mar. de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução - RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 03 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3088**, 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 28 de set. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3088**, 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em 28 de set. de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde **Portaria N° 121**, de 25 de janeiro de 2012. Institui a Unidade de Acolhimento para pessoas com necessidades decorrentes do uso de Crack, Álcool e Outras Drogas (Unidade de Acolhimento), no componente de atenção residencial de caráter transitório da Rede de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0121_25_01_2012.html. Acesso em: 03 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n° 1.482**, de 25 de outubro de 2016. Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde. Disponível em: < <http://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2016/11/portaria1482.pdf>>. Acesso em 16 de mar. de 2017.

BRASIL. **Observatório Crack, é possível vencer**. 2016. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/index.html>. Acesso em: 26 julho 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica**, 2017. Disponível em: < <http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 24 fev. 2017.

BEDIN, D. M.; SCARPARO, H. B. K. Integralidade e saúde mental no SUS à luz da teoria da complexidade de Edgar Morin. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, São Paulo, 13(2):195-208, 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a15.pdf>. Acesso em: 16 fevereiro 2016.

BERGER, P. L., LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**. 36. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014.

BOURDIEU, P. A trajetória construída. In: _____. **As Regras da Arte: gênese e estrutura do campo literário**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996. Segunda parte, Cap. 02, p. 292-294.

BOURDIEU, P. Espaço social e espaço simbólico. In: _____. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papius Editora, 2008. p. 13-33.

BOURDIEU, P. A ilusão biográfica. In: _____. **Razões Práticas: Sobre a teoria da ação**. Campinas: Papius Editora, 2008. Apêndice 01, Cap. 03, p. 74-82.

BOURDIEU, P. What makes a social class? On the theoretical and practical existence of groups. **Berkeley Journal of Sociology**, n.32, p. 1-49, 1987.

BUNING, E. Vinte e Cinco Anos de Redução de Danos: A Experiência de Amsterdã. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 345-354.

CABRAL, A. L. L. V.; MARTINEZ-HERMÁEZ, A.; ANDRADE, E. I. G.; CHERCHIGLIA, M. L. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, 2011; 16(11): 4433-4442. Disponível em: <<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjcwIj6vNbLAhWEfpAKHYOnD9EQFggfMAA&url=http%3>

A%2F%2Fwww.scielosp.org%2Fpdf%2Fcsc%2Fv16n11%2Fa16v16n11.pdf&usg=AFQjCNFWp1tgPuAmPTI27r-4gyxC-bkYeg>. Acesso em 15 de mar de 2016.

CALDAS, A. de A.; NOBRE, J. C. de A. Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica Brasileira: Reflexões Acerca da Cidadania dos Portadores de Transtornos Mentais. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 20, dez. 2012. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/cadernos/edicao/20/71-83.pdf>. Acesso em: 05 de maio 2016.

CAMARGO JR, K. R. As Muitas Vozes da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os Sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 11-15.

CAMARGO JR, K. R. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. p. 37-45.

CAMPOS, E. A. de. **‘Nosso remédio é a palavra’**: uma etnografia sobre o modelo terapêutico de alcoólicos anônimos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 192 p.

CAMPOS, G. W. S. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p. 105-115, jul. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902002000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902002000100011>.

CASTEL, R. **A Ordem Psiquiátrica: A Idade de Ouro do Alienismo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1978.

CECILIO, L. C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os Sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CERTEAU, M. de. Introdução geral. In: _____. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014. p. 37-51.

CERTEAU, M. de. Fazer com: usos e táticas. In: _____. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014. p. 86-100.

COHEN, A.; PATEL, V.; MINAS H. A brief history of global mental health. In: V. PATEL et al. (org.). **Global mental health: Principles and practice**, p.3-26. Oxford, UK: Oxford University Press; 2014.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Disponível em: <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf>. Acesso em 20 de set. de 2015.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - **Resolução CNS nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 28 de set. de 2015.

COSTA, S. F. O processo de reinserção social do dependente químico após completar o ciclo de tratamento em uma comunidade terapêutica. *Serv. Soc. Rev.*, Londrina, v. 3, n. 2, p. 215-242, jan./jun. 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_processo.htm>. Acesso em 06 mar. 2015.

COSTA, M. C. S. Intersubjetividade e historicidade: contribuições da moderna hermenêutica à pesquisa etnográfica. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 372-382, junho 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692002000300011&lng=en&nrm=iso. Acesso em abril 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692002000300011>

COSTA, M. C. O. et al . Experimentação e uso regular de bebidas alcoólicas, cigarros e outras substâncias psicoativas/SPA na adolescência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 5, p. 1143-1154, Out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500011>.

COURTWRIGHT, D. T. **Forces of habit: drugs and the making of the modern world**. Cambridge: Harvard University Press, 2001. p. 9-30. Disponível em: <https://openlibrary.org/works/OL15967712W/Forces_of_habit>. Acesso em 01 setembro 2016.

CROCQ, M. Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. **Dialog. Clin. Neurosci.** 9 (4), p. 355-361. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202501/>>. Acesso em: 01 setembro 2016.

DENZIN, N. **The research act: a theoretical introduction to sociological methods**. New Jersey: Prentice Hall, 1989. p. 182-209.

DIMENSTEIN, M.; LIBERATO, M.T. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersetorialidade e do trabalho em rede. **Cad. Bras. Saude Mental**, v.1, n.1, p.1-10, 2009. Disponível em: <http://stat.intraducoes.incubadora.ufsc.br/index.php/cbsm/article/viewFile/1016/1142>>. Acesso em: 23 fev. 2017.

ESCOHOTADO, A. **Historia General de las Drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998.

FEBRACT. **Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas**. 2016. Disponível em: <<http://www.febract.org.br/>>. Acesso em: 22 julho 2016.

FERNANDES, F. M. B. Considerações Metodológicas sobre a Técnica da Observação Participante. In: MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das**

políticas de saúde, 2011. p. 262-274. Disponível em: www.ims.uerj.br/ccaps. Acesso em maio 2016.

FERNANDES, F. M. B.; MOREIRA, M. R. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 511-529, junho 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000200010&lng=en&nrm=iso. Acesso em maio 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000200010>.

FOUCAULT, M. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1972.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 65-73.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil**. Livreto epidemiológico, 2013. Disponível em: <http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID=%7b0FCDC036-D0AF-4EDB-B2D5-140DF943F56C%7d&ServiceInstUID=%7b74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1%7d>. Acesso em 30 de set. 2015.

FRACASSO, L. **COMUNIDADE TERAPÊUTICA: UMA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL**. Encontro Interdisciplinar: Dependência Química, Saúde e Responsabilidade Social: Educando e Transformando Através da Educação Física. Campinas: APOT/Universidade Estadual de Campinas/Faculdade de Educação Física. 03-04 nov. 2008.

GADAMER, H-G. **Verdade e Método**. 3 ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W. & GASKELL, G. **Observação e coleta de dados sensoriais: sons, imagens, sensações. Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: Um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002. P. 64-89.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 2008.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 27-97.

GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. In: PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; SILVA JUNIOR, A. G. da; DI LEO, P. F.; PONCE, M.; VENTURIELLO, M. P. (Orgs). **Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para a efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2014. p. 255-270.

GIARD, L. História de uma pesquisa. In: CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. 21. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2014. p. 09-31.

GILMAN, S. L. Madness as disability. **History of Psychiatry**, December 2014 25:441-449. Disponível em: <http://hpy.sagepub.com/content/25/4/441.abstract>. Acesso em 14 fevereiro 2016. DOI: 10.1177/0957154X14545846

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974.

GRUND, J. -P.C., **Drug Use as a Social Ritual- Functionality, Symbolism and Determinants of Self-Regulation**. Rotterdam, Instituut voor Verslavingsonderzoek (IVO), Erasmus Universiteit, 1993.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Ann Intern Med**. 1978; 88:251-258. doi:10.7326/0003-4819-88-2-251

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

LINS, M. R. S. W.; SCARPARO, H. B. K. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia e Argumento**, 28(62), 261-271, 2010.

LÓPEZ, Y. A. A. **Experiências de enfermidade e itinerários terapêuticos de portadores de Leucemia Mieloide Crônica nas cidades de Medellín, Colômbia e Salvador – BA, Brasil**. 2014. 177 f. Tese (Doutorado) - Curso do Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2014. Disponível em: < <https://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/16324>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

LOUREIRO, L. M. de J. et al . Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens portugueses sobre abuso de álcool. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, p. 474-481, Ago. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300474&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 fev. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300010>.

LUCCHETTI, G.; LUCCHETTI, A. L. G. Spirituality, Religiosity and Substance use: Evidence and Proposed Mechanisms. **Journal of Substance Abuse & Alcoholism** 2(2): 1016, 2014.

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. **Revista História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul.-set. 2007. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702007000300007&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 01 setembro 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702007000300007>.

MACRAE, E. **Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos**. s.n.t. 04p. Disponível em: <http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>. Acesso em: 24 maio 2016.

MACRAE, E. **A subcultura da droga e prevenção**. Centro de Terapia ao Abuso de Drogas, Salvador, 2003. Disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_edw5.pdf. Acesso em: 24 maio 2016.

MACRAE, E. Abordagens qualitativas da compreensão do uso de psicoativos. In: TAVARES, L. A.; ALMEIDA, A. R. B.; MACRAE, E.; FERREIRA, O. S.; NERY FILHO, A. (Orgs.). **Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo**. Salvador: EDUFBA; CETAD/UFBA, 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. **Ver. Antropol.**, v.49, n.2, p. 645-666, 2006.

MALINOWSKI, B. **Argonautas do Pacífico Ocidental**. Coleção Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1978. p. 17-34.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Integralidade e construção de novas profissões no contexto dos serviços substitutivos de saúde mental. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 115-122, set./ dez., 2006. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/13993/15811>. Acesso em: 16 fevereiro 2016.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Rev. Ter. Ocup.** Univ. São Paulo, v.19, n.3, p.176-182, set./dez. 2008. Disponível em <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/14045>>. Acesso em 20 de set de 2014. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v19i3p176-182>.

MATTOS, R. A, de. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os Sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MATTOS, R. A. de. Cuidado Prudente para uma Vida Decente. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.) **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CAPESC/UERJ, ABRASCO, 2006. p. 119-133.

MEDEIROS, R. A Importância das Redes Sociais com Dependentes de Crack e outras Drogas. In: SILVA, E. A. da; ZUGMAN, D. K.; MOURA, Y. G. de (Orgs.). **Vulnerabilidades, Resiliência e Redes – Uso, abuso e dependência de drogas**. São Paulo: Red Publicações, 2015. p. 301-319.

MEDEIROS, T. L.; NUNES, M. O. Discurso sobre drogas e atenção à saúde dos usuários nas conferências nacionais de saúde mental. Coleção drogas: clínica e cultura. 2016, no prelo.

MELO, Z. M., CALDAS, M. T., CARVALHO, M. M. C.; LIMA, A. T. Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. **Psicologia em Estudo**, 10(2), 201-208, 2005.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelos assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 68-94.

MINAYO, M. C. S. Violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 10 (Suppl. 1), S7-S18, 1994.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-ABRASCO, 2004. 8ª ed. Cap. 03. p. 105-196.

MOLINER, J. de; LOPES, S. M. B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saude soc.**, São Paulo , v. 22, n. 4, p. 1072-1083, Dez. 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 17 fevereiro 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902013000400010>.

NEVES, H. G., LUCCHESI, R.; MUNARI, D. B. Saúde Mental na atenção primária: necessária constituição de competências. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(4), 666-670, 2010.

NOWLIS, H. **La drogue démythifiée**. Paris : Les Presses de l'Unesco, 1975.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2375-2384; 2007.

NUNES, M. et. al. **Integralidade do cuidado e reinserção social como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis**. Projeto de Pesquisa. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2014.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M. Abordagem etnográfica na pesquisa e intervenção em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18 (10): 2859-2868, 2013.

OLIVEIRA, R. F. de; ANDRADE, L. O. M. de; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 3069-3078, Nov. 2012 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

81232012001100023&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 fevereiro 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012001100023>.

OLIVEIRA, M. G. P. N. de. **Consultório de Rua**: relato de uma experiência. 2009. Dissertação de Mestrado – Curso de Mestrado em Saúde Comunitária, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/10405>>. Acesso em 12 de set. de 2015.

OLIVEIRA, I. B. H. de.; GONÇALVES, P. G. A realidade marginal e a relevância da teoria agnóstica da pena como forma de contenção ao grande encarceramento. In: ALMEIDA, B. R.; CHIES, L. A. B. Anais do Seminário Internacional de Execução Penal: Estado, Cárcere e Direitos. Resumos expandidos apresentados. Pelotas: Cópias Santa Cruz, 2016. p. 21-24. Disponível em:
<http://wp.ufpel.edu.br/libertas/files/2014/09/ANAIS-Semin%C3%A1rio-Internacional-de-Execu%C3%A7%C3%A3o-Penal.pdf>. Acesso em: 01 setembro 2016.

ORTH, A. P. da S.; MORÉ, C. L. O. O. Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. **Psicologia Argumento**, 26(55), 2008. 293-303.

PAULA de., M. L.; JORGE, M. S. B.; VASCONCELOS, M. G. F.; ALBUQUERQUE, R. A. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. **Revista Psicologia em Estudo**, Maringá, v.19, n.2, p. 223-233, abr/jun. 2014. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722014000200006&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de fevereiro 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-737222025006>.

PEREIRA, M. E. C. Pínel – a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. **Revista Latino-americana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 7, n.3, 113-116. Set. 2004. Disponível em:
http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/revistas/volume07/n3/pinel_a_mania_o_tratamento_moral_e_os_inicios_da_psiquiatria_contemporanea.pdf. Acesso em: 12 de março 2016.

PERREAULT, M. Rites, marges et usages des drogues: représentations sociales et normativité contextuelle. **Drogues, santé et société**. Montreal, v. 8, n. 1, 11-55. Jun. 2009.

PERRONE, P. A. K. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, Feb. 2014. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000200569&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.00382013>.

PETUCO, D. R. S. O pomo da discórdia: a constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigidas a pessoas que usam álcool e outras drogas no Brasil. 2016. 460 f. Tese (Doutorado) - Curso do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2016.

PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de (Org.) **Os Sentidos da Integralidade**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2001. p. 65-112.

PINHEIRO, R. Integralidade do cuidado: a promessa da política e a confiança no direito. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Org.) **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 51-66.

PINHEIRO, R.; GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. O “estado do conhecimento” sobre os itinerários terapêuticos e suas implicações teóricas e metodológicas na Saúde Coletiva e integralidade do cuidado. In: GERHARDT, T. E.; PINHEIRO, R.; RUIZ, E. N. F.; SILVA JUNIOR, A. G. da. (Orgs). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. p. 13-24.

PINHO, P. A.; PEREIRA, P. P. G. Itinerários Terapêuticos: trajetórias intrecruzadas na busca por cuidados. **Revista Interface** (Botucatu) 2012; 16(41): 435-447. Disponível em:

<<https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjinfWVwtbLAhUKFpAKHZ2ZBJ0QFggkMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.redalyc.org%2Fpdf%2F1801%2F180122933016.pdf&usg=AFQjCNHjerVxkCUN8HrRzBdc7p72sAKryQ>>. Acesso em 10 de mar. de 2016.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 25, n. 2, p. 203-211, Junho de 2009. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722009000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 12 de março de 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722009000200008>.

PORIER, J.; CLAPIER-VALLADON, S.; RAYBAUT, P. **Histórias de Vida : Teoria e Prática**. Oueiras/Portugal: Celta Editora, 1999, p. 49-94.

PUYANA, Y. V.; BARRETO J. G. La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. **Revista Maguaré**, Bogotá, n. 10, 1994. Disponível em: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196>. Acesso em: 02 mar. 2016.

RAMOS, D. K. R.; GUICRISES, J.; ENDERS, B. C. Análise contextual de reinternações frequentes de portador de transtorno mental. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 519-527, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 fev. 2017. Epub 13-Maio-2011.

RAUPP, L. M.; MILNITISKY-SAPIRO, C. A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 24, n. 3, Sept. 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722008000300013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>.

RICOEUR, P. **Interpretação e ideologias**. 4 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves Editora, 1990.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 13(6), 1027-1034, 2005.

ROTELLI, F. A instituição inventada. Em: NICÁCIO, F. (org.) **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 89-100.

SABINO, N. Di M.; CAZENAVE, S. de O. S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 22, n. 2, Jun 2005. Disponível em:
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2005000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 mar. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2005000200006>.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 265-272, Abril. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000200011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008000200011>.

SANCHEZ, Z. M.; NAPPO, S. A. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 73-81, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 fev. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832007000700010>

SARACENO, B. (2001). Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Ed.), **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Editora Hucitec. p. 13-18

SCHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. 164p.

SCHNEIDER, D. R.; LIMA, D. S. de. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**, Florianópolis, v. 42, n. 2, p.168-178, abr./jun 2011. Disponível em:
 <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/7153>>. Acesso em: 06 mar. 2015.

SILVA, S. A; PIRES, A. P; GUERREIRO, C.; CARDOSO, A. Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. **Journal Health Psychol**, 2012. Disponível em: <http://hpq.sagepub.com/content/18/3/359> DOI: 10.1177/1359105312443399 2013 18: 359.

SOALHEIRO, N. I.; RABELLO, E. T.; CALICCHIO, R. R.; FERREIRA, P. S.; PEREIRA, D. M.; MOTA, F. S. Território, violência e adoecimento: reflexões para a saúde mental e a atenção básica. In: NUNES, M.; LANDIM, F. L. P. (Org.), **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p. 143-173.

SOUZA, J. A doença da humilhação. In: SOUZA, J. (Org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016. p. 29-37.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Cienc. Saúde**. Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, abr. 2002. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 mar. de 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

TRAD, S. do N. S. **A trajetória da prevenção às drogas no Brasil: do proibicionismo à redução de danos e seus reflexos nas políticas locais**. 2010. 299 f. Tese (Doutorado) - Curso de Programa de Doctorat D'antropologia de La Medicina, Departament D'antropologia, Filosofia I Treball Social, Universitat Rovira I Virgili, Tarragona, 2010. Disponível em:
<<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/34577/TESI.pdf;jsessionid=636C18456785280AB3793C54DF7CDC30.tdx1?sequence=1>>. Acesso em: 22 mar. 2015.

TRAD, L. A. B. Trabalho de campo, narrativa e produção de conhecimento na pesquisa etnográfica contemporânea: subsídios ao campo da saúde. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, Mar. 2012. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 de set. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000300008>.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S190-S198, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 fev. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800014>.

TRELOAR, H. R.; DUBREUIL, M. E.; MIRANDA JR, R. Spirituality and Treatment of Addictive Disorders. **Rhode Island Medical Journal**. Março, 2014.

TRIGUEIRO, D. P.; HAIEK, R. de C. Estratégias de Redução de Danos entre usuários de drogas injetáveis. In: SILVEIRA, D. X. ; MOREIRA, F. G. (Org.) **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Editora Atheneu, 2006. p. 355-360.

VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, B. C. et. al. (orgs.) **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-64.

VERAS, E. Historia de Vida: ¿Un método para las ciencias sociales? **Revista Cinta de Moebio**, 2010. 39: 142-152. Disponível em: <
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3709435>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

WADLEY, G. How psychoactive drugs shape human culture: A multi-disciplinary perspective. *Brain Res. Bull.* (2016).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.brainresbull.2016.04.008>

WANDERLEY, M. B. (2001). Refletindo sobre a noção de exclusão. In: SAWAIA, B. (Ed.), **As Artimanhas da Exclusão: Análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 2ª Ed. Petrópolis/R.J.: Ed. Vozes.

ZINBERG, N. "The Social Setting as a Control Mechanism in Intoxicant Use". In: LETTIERI, D.J., MAYERS, M., PEARSON, H.W. (eds) **Theories on Drug Abuse**, NIDA Research Monograph 30, NIDA, Rockville, 1980, pp.236-244.

Anexo 01

Critérios de inclusão dos participantes, principais conceitos e dimensões de observação.

História anterior de internação	História atual de internação	Conceitos	Espaços a explorar	Dimensões de Observação (dificuldades e conquistas)
Estadia ≥ 6 meses em:	Há 5 anos sem hospitalização	Itinerário Terapêutico	Mundo da família e dos afetos	Gestão da vida privada/íntima Relações/dinâmicas familiares Relações de parentalidade Emoções expressas.
Hospital psiquiátrico	Frequentemente e hospitalizado (≥ 3 hospitalizações em 2 anos seguidos)	Circulação em Redes		
Hospital de custódia/prisão		Relações sociais (de poder, de troca, de constrangimento e de consentimento, relações dialógicas/escutadas).		
Comunidade terapêutica	Cárcere privado	Estratégias de enfrentamento/resistência.	Mundo do cuidado	Práticas Terapêuticas Gestão de medicamentos Gestão da higiene Contenção mecânica
Clínicas particulares		Corporeidade Experiência	Mundo da religiosidade/e espiritualidade	Práticas rituais Relações de “parentesco religioso” Significantes religiosos
			Mundo do trabalho e Mundo da Assistência social	Geração de renda Estratégias de sobrevivência BPC Gestão da renda Produção/criação Consumo
			Mundo da militância	Politização Protagonismo
			Mundo do	Diversão,

lazer, da natureza e das artes	fruição, criação, esportes, viagens. Estética pessoal e da vida Relação com a natureza
Mundo das redes de apoio (incluindo internet)	Gestão da vida social Solidariedade Redes de socialidade Biossocialidad e
Mundo dos equipamentos sociais	Transporte Moradia Educação Conhecimento (leitura) Assessoria jurídica
Mundo imaginário e da alteridade	Delírios Mistérios

Fonte: Nunes et. al. (2014)

Anexo 02

Categorias de análise da “pesquisa-mãe”.

PESQUISA PPSUS - Integralidade, reinserção social e autonomia como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis (Nunes et. al., 2014).

CATEGORIAS DE ANÁLISE

A - Caracterização do/a participante da pesquisa = código de identificação do sujeito

Idade: _____

Escolaridade: Analfabeto Ensino fundamental I Ensino Fundamental II
Ensino Médio Nível Superior

Sexo: _____

Relações de gênero: _____

Classe/posição social atual - soma de todos os rendimentos familiares (salários, benefícios, renda, doações fixas, mesadas etc.)

- até R\$227,00 – extremamente pobre
- de R\$ 228,00 até R\$648,00 – pobre, mas não extremamente pobre
- de R\$649,00 até R\$1.030,00 – vulnerável
- de R\$1.031,00 até R\$1.540,00 – baixa classe média
- de R\$1.541,00 até R\$1.925,00 – Média classe média
- de R\$1.925,00 até R\$2.813,00 – Alta classe média
- de R\$2.814,00 até R\$4.845,00 – Baixa classe alta
- de R\$4.846,00 até R\$12.988,00 – Média classe alta
- maior que R\$12.989,00 – Alta classe alta

Avaliação da trajetória do rendimento familiar/classe social ao longo dos anos:

crescente

Motivos: _____

decrescente

Motivos: _____

estável

Motivos: _____

Raça/cor: Branco Preto Pardo Amarelo Indígena

Autorreferida: _____

Tem filho/a(s): () Sim () Não

Mora: () em casa () em SRT () em abrigo () na rua () outros:

Número de membros da família que moram na mesma casa: _____

Diagnóstico atual + Comorbidades: _____

Outros: _____

Tempo de internação no passado: _____ meses

Número de internações no último ano: _____

Tipo de instituição: () Hospital Psiquiátrico () Hospital Geral () Clínica psiquiátrica () HCT () Presídio () Comunidade Terapêutica () Anexo Psiquiátrico () Outras: _____

Medicações psiquiátricas/neurológicas em uso:

Cárcere privado: () Sim () Não

B- Categorias de análise

Processo de desinstitucionalização: processo complexo e não linear que envolve práticas e significados produtores de desligamento, distanciamento e/ou ruptura no que tange à experiência de manicomialização, seja o manicômio tomado como instituição ou como função.

1. Conceitos operadores de desinstitucionalização: mediam a materialização dos processos de desinstitucionalização em diversas formas de expressão nas práticas concretas.

1.1. Operadores de equidade social:

1.1.1. Geral (EQU-GER): estratégias que reduzem as diferenças produzidas pelos determinantes sociais de saúde e ampliam processos de inclusão social pelo meio de práticas de geração de emprego e renda, concessão de benefícios sociais, garantia de moradia, transporte, acesso a lazer, medicação, alimentação de qualidade, acesso a educação formal.

1.1.2. Direitos sociais (EQU-DIR): Garantia de direitos sociais, principalmente, a partir das políticas públicas e sociais (ex. Minha casa, minha vida; bolsa família, passe livre).

1.1.3. Redes de apoio (EQU-REDE): Inserção em redes de apoio social, formal ou informal, como a participação em igrejas, associações, ONGs, ou entidades filantrópicas, vizinhos e amigos que promovam acesso a bens materiais e a relações de solidariedade.

1.1.4. Informação e comunicação (EQU-INF): Acesso a tecnologias que ampliem sua capacidade de informação e comunicação e participação em redes sociais (facebook, whatsapp, e-mails).

1.2. Desigualdades sociais como fator de adoecimento/sofrimento/comportamento desviante:

1.2.1. **Geral (DES-GER):** situações que agudizam as diferenças produzidas pelos determinantes sociais de saúde e dificultam processos de inclusão social pela negação de práticas de geração de emprego e renda, concessão de benefícios sociais, garantia de moradia, transporte, acesso a lazer, medicação, alimentação de qualidade, acesso a educação formal.

1.2.2. **Exploração de pessoas e expropriação de bens (DES-EXPL):** Participação em redes familiares, sociais ou instituições religiosas, filantrópicas ou de outra natureza que expropriem ou usurpem os bens materiais das pessoas em sofrimento mental, ou explorem o seu trabalho sem contrapartida evidente.

1.2.3. **Violência estrutural extrema (DES-VIOL):** situação de grande vulnerabilidade social, situação de rua, situação de presídio, asilo, perdas por situações de guerra ou acidentes naturais.

1.3. Operadores de autonomia e empoderamento:

1.3.1. **Geral (EMP-GER):** ações que promovem advocacy e redução do estigma e da discriminação (incluindo aquelas exacerbadas por relações de gênero, de classe e étnico-raciais), além de táticas produzidas para lidar e negociar com a alteridade e que manifestem resistência e positividade frente às supostas desvantagens e conflitos psicossociais gerados pela sua expressão, além de práticas emancipatórias. Aumento do capital simbólico.

1.3.2. **Militância (EMP-MIL):** Práticas militantes que incluem reposicionamento, reinterpretção de sintomas e de reações sociais à manifestação do adoecimento, resiliência, resistência, participação em movimentos sociais e ações de contra-estigmatização.

1.3.3. **Arte (EMP-ARTE):** Práticas artísticas e criativas que ampliem as possibilidades de descoberta, compreensão e produção de si e potencializem a capacidade de expressão de si.

1.3.4. **Corpo (EMP-CORP):** Práticas corporais que favoreçam a afirmação da diferença, o aumento da estima de si (o estar bem na própria pele) e do amor próprio, que permitam o exercício da sexualidade e o cuidado de si.

1.3.5. **Religião (EMP-REL):** Práticas religiosas e espiritualistas que criem novas relações de parentesco, que estabeleçam alianças positivas com divindades, que estreitem relações com o mundo natural e sobrenatural de modo considerado positivo e auspicioso para o sujeito, que produzam novas alternativas de lidar com a alteridade e de enfrentar dificuldades relacionais e de domínio das regras da vida cotidiana.

1.3.6. **Vida cotidiana (EMP-COT):** Práticas que ampliem os recursos de gestão da vida cotidiana (práticas higiênicas, de alimentação, de uso de tecnologias – eletrodomésticos, celulares, computadores, etc.) - e da gestão dos espaços (de trânsito pelo bairro ou pela cidade), de gestão do medicamento. *Literacy* (práticas competentes e esclarecidas por conhecimento específico) quando se refere a aumento de autonomia da vida ou empoderamento do sujeito.

1.3.7. **Família (EMP-FAM):** Aspectos saudáveis ligados à vida da família sem relação necessariamente direta com o adoecimento do parente. Práticas familiares de proteção e de estímulo à autoconfiança e à autonomia, atitudes de ajuda na realização de tarefas cotidianas e no provimento do sustento, etc. Relações amorosas. Relações afetivas reatadas. Protagonismo do sujeito e oferecimento de suporte e apoio aos familiares. Relações de parentalidade favoráveis (relações intergeracionais de identificação positivas, relações de proteção, expressões de afeto e vínculo construtivos, etc.).

1.4. Relações de constrangimento e vulnerabilidade:

1.4.1. **Geral (CONST-GER):** atitudes e julgamentos autoritários, discriminatórios, desvalorizadores, impositivos, de rechaço e rejeição, de duplo vínculo, que constriam as pessoas com sofrimento psíquico ou aquele/as que lhes são próximo/as.

1.4.2. **Corpo (CONST-CORP):** Práticas de contenção corporal e de excessivo controle químico. Práticas restritivas de circulação pelos espaços da casa ou urbanos, de baixo poder contratual para negociar nas relações sociais. Ultra-exposição do corpo. Descuido e não adesão ao cuidado referente a outras morbidades.

1.4.3. **Religião (CONST-REL):** Práticas religiosas e espiritualistas autoritárias, de exploração ou que tendam a produzir alienação de si e do mundo.

1.4.4. **Vida cotidiana (CONST-COT):** Práticas cotidianas repetitivas, massificadoras e destituídas de sentido para o sujeito. Práticas de risco (exposição a situações de violência, relações com o tráfico, prostituição, ações transgressoras que envolvam a justiça, etc.). Restrição na circulação no espaço social.

1.4.5. **Família (CONST-FAM):** Aspectos negativos ligados à vida da família que possam ter relação com o adoecimento do parente. Práticas familiares que apresentem emoções expressas negativas (superproteção, julgamentos negativos, rechaço, etc.), que desenvolvam relações de subalternidade e de dominação, mudanças abruptas na família (perdas de entes queridos, separação amorosa); relações de parentalidade problemáticas (separação conflituosa dos pais, impedimento de convívio com os filhos, julgamentos negativos ou comentários desautorizadores em relação a um dos pais ou a ambos, relações intergeracionais de identificação negativas, etc.).

1.4.6. **Rede social (CONST-REDE):** Rede social restrita, isolamento. Atitudes discriminatórias, intolerantes.

1.4.7. **Violência (CONST-VIOL):** Violência e assédio físico, psicológico, moral cometidos contra a pessoa pesquisada.

1.5. Operadores de integralidade:

1.5.1. **Geral (INT-GER):** práticas de cuidado, que se orientem para as necessidades biopsicossociais das pessoas e que evidenciem uma atuação em rede setorial e intersetorial, no caso das práticas formais, e em redes terapêuticas e sociais, no caso das práticas informais. Práticas de promoção da saúde e de prevenção de adoecimento.

1.5.2. **Cuidado integral (INT-CUID):** observação por parte do cuidador das dimensões biopsicossociais do sujeito; relações de acolhimento; relação terapeuta-paciente; vínculo; projeto terapêutico singular. Práticas de autocuidado. *Literacy* (práticas competentes e esclarecidas por conhecimento específico) referindo-se aqui a mudanças de intervenção sobre o cuidado.

1.5.3. **Itinerário terapêutico (INT-IT):** Configuração dos itinerários; acesso, inserção e interação nos mais diversos serviços e sistemas das mais diversas políticas públicas (SUS, SUAS e outras políticas cidadãs) e sistemas privados e informais.

1.5.4. **Relações participativas (INT-PART):** participação de vários atores na produção do cuidado, horizontalidade das relações.

1.6. Fragmentação das práticas, desassistência, precariedade do cuidado:

1.6.1. **Geral (FRAG-GER):** itinerários terapêuticos que indiquem barreiras de acesso aos serviços de saúde, precariedade dos serviços, falta de medicações essenciais, funcionamento atomizado e caótico, condições de trabalho inadequadas, profissionais desmotivados e/ou precarizados, descontinuidade nos cuidados, desarticulação, dificuldades na regulação.

1.6.2. **Cuidado desumanizador (FRAG-CUID):** Cuidado inadequado e desumanizado, incompetência técnica, práticas dessubjetivadoras, que tendam a produzir um processo

de corrosão do eu e direcionar o sujeito para uma carreira moral de doente, práticas de exploração da força de trabalho da pessoa em sofrimento psíquico (significada de forma negativa). Práticas de contenção corporal e de excessivo controle químico. Situações de cárcere. Negligência do autocuidado.

1.6.3. **Relações hierárquicas (FRAG-HIER):** Relações institucionais hierárquicas e não participativas.

1.7. Articulação da experiência do adoecimento/comportamentos problemáticos/sofrimento:

1.7.1. **Eclosão do problema (EXP-ECL):** quando apareceu a experiência vivida por si ou pelos outros como problemática ou produtora de sofrimento.

1.7.2. **Mudanças imediatas após eclosão do problema (EXP-MUD):** mudanças de comportamento, reações de terceiros e perdas provocadas pelo modo diferente de estar no mundo, adoecimento/comportamento problemático.

1.7.3. **Interpretação do modo diferente de estar no mundo, problema ou fatores associados ao mesmo (EXP-INT):** explicações e sentimentos associados aos fatores motivadores do modo diferente de estar no mundo, ou adoecimento/sofrimento.

1.7.4. **Modos de estar no mundo e comportamentos problemáticos ou que produzam sofrimento (EXP-COMP):** sinais, sintomas, comportamentos, sentimentos que indicam um modo diferente de estar no mundo ou que causam sofrimento ou dificuldade adaptativa. Incluir comportamentos interpretados por outros como problemáticos, a exemplo de violência contra terceiros.

1.7.5. **Modos de estar no mundo e comportamentos que indiquem melhora (EXP-MELH):** sinais, sintomas, comportamentos, sentimentos que indicam alívio ou melhora do que antes causava sofrimento ou dificuldade adaptativa.

1.7.6. **Interpretação da melhora ou fatores associados à mesma (EXP-MELINT):** explicações e sentimentos associados aos fatores associados à melhora em relação ao que antes causava sofrimento ou dificuldade adaptativa.

1.7.7. **Modos de estar no mundo e comportamentos que indiquem piora (EXP-PIO):** sinais, sintomas, comportamentos, sentimentos que indicam agravamento ou deterioração do sofrimento ou dificuldade adaptativa.

1.7.8. **Interpretação da piora ou fatores associados à mesma (EXP-PIO-INT):** explicações e sentimentos associados aos fatores associados à piora em relação ao sofrimento ou dificuldade adaptativa.

1.7.9. **Projetos de futuro (EXP-PROJ):** Planos ou ideias referidas à sua vida futura.

1.7.10. **Ausência de projetos de futuro (EXP-AUS-PROJ):** Ausência ou insuficiência de projetos de futuro ou expectativas para a vida.

Anexo 03

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a),

Gostaríamos de convidá-lo(a) para participar da nossa pesquisa. Para isso, vamos começar com algumas informações sobre a mesma para que o(a) senhor(a) possa decidir sobre sua participação, após estar esclarecido sobre a mesma.

Esta pesquisa, que tem o nome de “**Integralidade, reinserção social e autonomia como operadores de desinstitucionalização para pessoas com sofrimento psíquico e/ou uso abusivo de álcool e outras drogas pertencentes a grupos vulneráveis**”, será coordenada pelo Instituto de Saúde Coletiva – UFBA e terá a participação da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), da Universidade Estadual de Santa Cruz (UESC) e da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB).

A pesquisa tem como objetivo principal analisar experiências/trajetórias de (des)institucionalização de pessoas com sofrimento psíquico e em uso abusivo de álcool e outras drogas, comparando essas pessoas em função das suas condições de vida, dos seus recursos e das suas dificuldades na vida.

Pretende-se, através da pesquisa, ajudar no avanço da reforma psiquiátrica e da organização dos serviços de saúde mental no estado da Bahia com a produção de documentos que possam contribuir para a diminuição na taxa de hospitalização de pessoas com sofrimento psíquico e para a sua maior aceitação pela sociedade, identificando o que facilita e o que dificulta a permanência dessas pessoas fora dos hospitais. Buscaremos também realizar reuniões com gestores do governo, profissionais de saúde mental, usuários, familiares, associações de usuários e familiares para pensar conjuntamente sobre as situações-problema identificadas e para apontar soluções práticas de enfrentamento a curto, médio e longo prazo desses problemas.

Concretamente, na nossa pesquisa, serão realizadas observações do dia a dia de alguns informantes e realizadas entrevistas para as quais serão utilizados gravadores de áudio e vídeo para se garantir que todos os dados fornecidos pelas pessoas da pesquisa possam ser recuperados e analisados posteriormente. Pedimos ainda permissão para que as imagens sejam divulgadas com o objetivo de disseminação do conhecimento em ambientes educativos, destacando principalmente a história daquelas pessoas que têm conseguido superar seus problemas com a ajuda dos profissionais de saúde, das suas famílias, amigos, vizinhos ou de outros modos.

(Rubrica do participante da pesquisa)

(Rubrica do Pesquisador)

É nosso compromisso preservar a identidade e a privacidade dos sujeitos da pesquisa, quando da transcrição das falas e incorporação das informações na redação do relatório de pesquisa, garantindo que seus nomes não serão revelados, exceto daquelas pessoas que concordarem com a publicação da sua imagem em vídeos.

O(A) senhor(a) tem liberdade para se recusar a participar, ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem que tenha nenhum tipo de prejuízo. Vale dizer que não haverá qualquer tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa.

Ressaltamos ainda que a pesquisa não oferece nenhum desconforto ou risco em potencial. Caso surja algum incômodo decorrente das entrevistas ou da observação participante, você deve relatar aos pesquisadores e os mesmos terão o compromisso de lhe fornecer o devido suporte, fazendo o encaminhamento para um serviço de saúde, caso seja pertinente e do seu interesse, mesmo que a pesquisa esteja em fase de finalização.

Os pesquisadores se comprometem também a prestar quaisquer tipos de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa, sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados a ela.

Informamos ainda que o retorno dos resultados da pesquisa será feito em várias etapas da pesquisa, de modo a gerar questionamentos da realidade com vistas a ampliar o potencial de reinserção social das pessoas acometidas por problemas psíquicos e de uso de álcool e outras drogas, buscando discutir, em rodas de conversa com gestores, profissionais e usuários, possibilidades de redirecionar trajetórias na perspectiva da que as pessoas sejam verdadeiramente desinstitucionalizadas.

Sendo assim, pelo presente instrumento que atende às exigências legais, após leitura minuciosa das informações sobre a pesquisa e ciente dos objetivos e procedimentos da mesma, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, o(a) Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, firma seu **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO** concordando em participar da pesquisa proposta. Esse termo será assinado em duas vias, sendo um deles entregue ao sujeito pesquisado.

E, por estarem de acordo, assinam o presente termo.

Salvador/BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

A sua participação em qualquer pesquisa é voluntária. Em caso de dúvida, entre em contato com a coordenadora da pesquisa, a Profa. Mônica de Oliveira Nunes de Torrenté pelo telefone (71) 3283-743 ou pelo e-mail monicatorrente11@gmail.com. Você pode também falar com o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva. O Comitê de Ética é composto por professores que aprovam e acompanham os projetos, sendo responsável por cobrar dos responsáveis por cada estudo o cumprimento do que está acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O referido Comitê funciona na Rua Basílio da Gama s/n 2º andar,

Campus do Canela, Salvador, Bahia, de 2ª a 6ª feira, das 14h às 17h e o telefone de contato é (71) 3283-7438

Solicitação para veiculação da imagem

Caso o senhor(a) aprove que as suas imagens filmadas e fotografadas sejam usadas em vídeos ou em livros, com a finalidade de divulgar experiências bem sucedidas (vitoriosas) de integração social ou de superação do estigma (discriminação), bem como algumas situações de dificuldades vividas pelo senhor(a) nas suas relações com pessoas da sua família, vizinhança, trabalho, serviços de saúde, entre outros, peço-lhe que assine o consentimento na linha abaixo.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora