



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Ciências Sociais – ICS
Departamento de Antropologia – DAN
Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social – PPGAS
Dissertação de Mestrado

**LEVAR A VIDA COM UM "BOM CUIDADO":
Narrativas e perspectivas sobre sofrimento, pertencimento e tratamento
de usuários de drogas atendidos em CAPS AD no Distrito Federal**

Luiza Gomes Luz Rosa

Brasília
2024

LUIZA GOMES LUZ ROSA

**LEVAR A VIDA COM UM "BOM CUIDADO":
Narrativas e perspectivas sobre sofrimento, pertencimento e tratamento
de usuários de drogas atendidos em CAPS AD no Distrito Federal**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Orientadora: Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer.

Brasília

2024

LUIZA GOMES LUZ ROSA

**LEVAR A VIDA COM UM "BOM CUIDADO":
Narrativas e perspectivas sobre sofrimento, pertencimento e tratamento
de usuários de drogas atendidos em CAPS AD no Distrito Federal**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia do Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Brasília, para obtenção do título de Mestre em Antropologia Social.

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Soraya Resende Fleischer – Orientadora
DAN/UnB

Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva – Membro Titular Interno
FCE/UnB

Prof. Dr. Daniel Schroeter Simião – Membro Suplente Interno
DAN/UnB

Prof. Dr. Ana Gretel Echazú Böschemeier – Membro Titular Externo
DAN/UFRN

Brasília, 30 de agosto de 2024.

Às pessoas estruturalmente posicionadas pelo estigma social, que buscam dignidade, pertencimento social e cuidado durante toda a vida.

À Priscila Farfan Barroso, pela coragem, dedicação e amor que teve com os usuários e com a ciência, até o seu último respirar.

AGRADECIMENTOS

Ao longo de minha vida, a principal orientação recebida de meus pais foi a de que eu deveria estudar. Minha mãe, uma pedagoga incrível, criativa e talentosa, foi minha primeira professora. Meu pai, um excelente marceneiro, detalhista e atento, fez sua graduação por volta dos 40 anos de idade. O encontro dos dois aconteceu em Brasília, uma saiu do Amazonas e o outro, do Espírito Santo. A graça desse encontro deu vida a mim, Matheus e Leandro, meus irmãos. A criatividade de minha mãe e o esmero de meu pai se tornaram características também minhas e me estimularam a pensar em grandes projetos para a vida, como esse mestrado.

Por isso, eu agradeço aos meus primeiros educadores, Joelma e Richard, por todo afeto. Seja com ligações de vídeo, visitas na minha casa, almoços gostosos, abraços, colo, orações e conselhos. A presença de vocês foi capaz de me trazer calma e acolhimento, principalmente nesses últimos anos desafiadores. Agradeço aos meus irmãos, Matheus e Leandro, pelas brincadeiras, parceria e fidelidade desde sempre. Sou muito sortuda de ter crescido com duas pessoas com tão bom coração, que me defendem e zelam por mim de um jeito sincero e amoroso.

Saindo de minha primeira casa, encontrei outra ideia de família e aconchego com a Adriana. Eu falo que já são cinco anos que eu não passo um dia sequer sem dar uma risada dentro de casa, por causa de você, Drica. Sua alegria, inteligência, energia, dedicação e amizade são valiosas e me mantém olhando para cima. A possibilidade de dividir o meu cotidiano com você é uma das coisas mais felizes que me aconteceram até hoje. Obrigada pelas revisões neste texto, pelos “cafés da manhã da família”, pelas noites de vinho, pelas conversas intermináveis, por estar e permanecer ao meu lado e, por em todos os dias, me fazer sentir tão amada.

Minha força é minha rede de relações e, por isso, é importante agradecer pessoas que acreditam no valor da comunicação e amizade. Agradeço à Maria Luiza, pela escuta atenta, pela leitura do meu trabalho, pelos xeque-mates e queijos, e por aquele carinho mineiro só seu. Pelo amor sutil, pelo acolhimento que tive dentro de sua casa, por me alimentar até quando eu não conseguia pensar nisso e por ser tão fiel, agradeço à Elisa (Pedrinho e Igor são parte disso!). Agradeço às generosas amigas, Marina e Flávia, duas psicólogas que seguraram minhas mãos e minhas lágrimas em tantas situações e que se colocam à disposição para dividir comigo o melhor da vida, a partilha. Ao Lucas Cravo, pela sabedoria, pelas conversas sérias (e

não sérias), por ser esse amigo que quero levar para sempre no coração. Diego com sua paz e serenidade de um cão labrador! Estar perto de você e Flávia me tranquiliza tanto e, por isso, te agradeço. Agradeço ao Rafael Mesquita, uma amizade feita na pandemia, no Departamento de Antropologia Social, que foi importante para que eu não desistisse desse processo e que me ensinou muito sobre saúde mental e limites. Juliana, Nayá, Aniele e Nathália, agradeço por, desde a infância/adolescência, me mostrarem o lado mais compreensivo, espontâneo e duradouro da amizade, na nossa relação que sempre envolveu muito amor. Agradeço à Maria Isabel e Isabella por vibrarem em cada conquista minha e por cada café que me abastece de energia e alegria.

Agradeço a todas que entenderam a minha necessidade de pausa e distância neste período de escrita, mas que sempre deixaram a seguinte mensagem em meu WhatsApp: “Luiza, eu te amo.” – Jaqueline B., Nöelle S., Andressa L., Juliana E., Marcela M., Bárbara C., Bruna L. e Thais F. E por todos os amigos e amigas que, de alguma forma, participaram desta etapa de reclamações, preocupações e perdas, mas que não me soltaram e valorizaram nossa relação.

Por seu amor azulzinho, calmo e singelo, agradeço ao Augusto. A sua chegada em minha vida, em meio a processos difíceis, me trouxe a certeza de um amor sincero e paciente. Te agradeço pela cumplicidade, por aceitar dividir algumas dificuldades, mas querendo sempre construir a felicidade comigo. Obrigada por oferecer seus talentos de jornalista para ler meu trabalho, pelos pasteizinhos de angu, cervejas ao final de dias cansativos, beijinhos e risadas. O brilho do seu amor me ilumina.

Continuo agradecendo ao Roberto Pires e à Maria Paula Gomes dos Santos, meus primeiros tutores no mundo da pesquisa. Este trabalho só existe, do jeito que é, porque vocês me acolheram naquele Projeto de Iniciação Científica e proporcionaram a experiência da investigação nos Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas do Distrito Federal. A todos meus interlocutores de pesquisa, especialmente os usuários, deixo a gratidão pela partilha de suas histórias, que se transformaram nas linhas de análise desta dissertação.

Não posso deixar de agradecer à Soraya Fleischer, minha orientadora de mestrado. Soraya, você fez com que eu me sentisse acolhida na Antropologia desde aquela primeira conversa que tivemos sobre meu tema e o desejo de ser orientada por você. Lembro que me senti muito emocionada e honrada em poder trabalhar com uma antropóloga brasileira admirada no campo da saúde, afetos e cuidado. Suas

aulas foram inspiradoras e me ensinaram algo de muito valioso para a vida acadêmica: comunicar-se e trocar impressões expande o horizonte de possibilidades interpretativas e nos leva para frente (mesmo que alguns passos para trás sejam necessários). Foi com esse impulso e estímulo ao diálogo com colegas de departamento que eu pude amadurecer minha pesquisa e também me descobrir enquanto uma pessoa mais forte, com tanto potencial para ser mostrado. Você sempre incentivou que eu valorizasse quem sou, através da minha escrita, empática ao outro. E fortaleceu a ideia de que na Antropologia há espaço para pensar em cuidado na pesquisa. Obrigada pela parceria, por esse caminho que, apesar de desafiador, foi bonito e necessário para mim.

Tendo como orientação de meus pais os estudos para a realização de sonhos, cheguei ao final do meu mestrado. Com minhas “gentes” fui fortalecida e alimentada com amor e gentileza. E, graças ao acolhimento e oportunidade do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília, desenvolvi este trabalho sensível, de escuta, de atenção ao outro, voltado aos usuários de drogas. Espero que a leitura da dissertação mostre toda essa gratidão e dedicação!

“O mundo - ou assim nos recorda a lógica do cuidado - não é algo que possamos olhar e julgar de fora. Em vez disso, somos apanhados e participamos nele, de corpo e tudo. Cronicamente, até ao dia da nossa morte”.

Annemarie Mol

RESUMO

No contexto da política sobre drogas brasileira, a atenção às pessoas que usam substâncias psicoativas é um campo propício à emergência de tensões e disputas acerca das práticas de tratamento mais adequadas. Orientados pelos princípios norteadores da Rede de Atenção Psicossocial, diversos atores estão envolvidos na produção do cuidado, o que, na prática, passa por diferentes compreensões do fenômeno das drogas. Por outro lado, quem recebe o cuidado é influenciado pelos arranjos de controle moral, biomédico e social ofertados pela política de atenção a usuários de drogas. Interessada nestes arranjos, meu objetivo é refletir como os usuários de drogas percebem o cuidado recebido nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. A partir de entrevistas com pessoas atendidas em CAPS AD no Distrito Federal, caracterizo as narrativas, perspectivas e entendimentos sobre um “bom cuidado” recebido nessas instituições, com o principal objetivo de diminuir o sofrimento e recuperar o sentimento de pertença social. Percorrendo um caminho para chegar nessas histórias, apresento um panorama da “questão das drogas” no mundo, especialmente no Brasil, descrevendo a operação do “controle legal”, com o proibicionismo e o encarceramento em massa, que atinge, sobretudo, grupos como jovens, negros e com baixa escolaridade. Ao lado da esfera jurídica, destaco a existência do “controle biomédico”, porta-voz da produção de uma “saúde perfeita” e colaborador para a exclusão social. Em seguida, realizo uma revisão dos principais marcos da política de atenção a usuários de drogas no Brasil, mostrando as ferramentas centrais da ciência do cuidado, norteadas pela compreensão da possibilidade de múltiplas experiências com a droga. É fundamental assumir que, no Brasil, este é um campo de constante disputa e divergências epistemológicas e práticas. Esse aspecto culmina no próprio entendimento que os usuários de drogas constroem sobre si, a substância e seu meio social. Com isso, busco discorrer como o sofrimento é percebido no contexto do uso de drogas e quais as formas definidas para trazer qualidade de vida e sentimento de pertença para pessoas estruturalmente estigmatizadas pela sociedade. Na prática, o que seria um “bom cuidado”? Orientada pelos trabalhos de Annemarie Mol (2008) e de Jeannette Pols (2006), analiso a importância da cidadania, comunicação e relacionamentos para o tratamento nos CAPS AD, pela ótica de quem é atendido no serviço. As histórias narradas mostram que a promoção da saúde e da dignidade social opera com o desafio de respeitar a autonomia do paciente. Dessa forma, o “bom cuidado” valoriza as especificidades de cada trajetória e, por isso, é uma prática de constantes experimentações e ajustes.

Palavras-chave: Usuários de drogas. Política sobre drogas. Sofrimento. “Bom cuidado”. CAPS AD. Distrito Federal.

ABSTRACT

Considering the context of Brazilian drug policy, attention to people who use psychoactive substances presents a field conducive to the emergence of tensions and disputes about the most appropriate treatment practices. Guided by the principles of the Psychosocial Care Network, various actors are involved in the provision of care, which, in direct work with users, encompasses different understandings of the drug phenomenon. On the other hand, those receiving care are influenced by the arrangements of moral, biomedical, and social control offered by the drug user care policy. Interested in these arrangements, my objective is to reflect on how drug users perceive the care received at Psychosocial Care Centers for Alcohol and Other Drugs. Based on interviews with people attended at CAPS AD in the Federal District, I characterize in this text the narratives, perspectives, and understandings of "good care" received in these institutions, with the primary aim of reducing suffering and recovering a sense of social belonging. To properly reach these stories, I present an overview of the "drug issue" in the world, especially in Brazil, describing the operation of "legal control," such as prohibitionism and mass incarceration, which primarily affects groups such as young people, black people, and those with low education. Alongside the legal sphere, I highlight the existence of "biomedical control," which promotes the production of "perfect health" and contributes to social exclusion. Next, I review the main milestones of the drug user care policy in Brazil, showing the central tools of the science of care, guided by the understanding of the possibility of multiple experiences with drugs. It is essential to acknowledge that, in Brazil, this is a field of constant dispute and epistemological and practical divergences. This aspect culminates in the drug users' understanding of themselves, the substance, and their social environment. Thus, I aim to discuss how suffering is perceived in the context of drug use and the ways defined to bring quality of life and a sense of belonging to people structurally stigmatized by society. In practice, what would "good care" be? Guided by the works of Annemarie Mol (2008) and Jeannette Pols (2006), I analyze the importance of citizenship, communication, and relationships for treatment in CAPS AD, from the perspective of those attended by the service. The narrated stories show that the promotion of health and social dignity operates alongside the challenge of respecting patients' autonomy. Therefore, "good care" values the specificities of each trajectory and, for this reason, is a practice of constant experimentation and adjustment.

Keywords: Drug users. Drug policy. Suffering. "Good care". CAPS AD; Distrito Federal.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Linha do tempo: marcos jurídicos da regulação do uso de drogas – Argentina, Brasil, Uruguai, Colômbia e México – período 1920-2010.....	24
Figura 2 –	Verbos da Lei de Drogas (2006).....	28
Figura 3 –	Diretrizes da PAUAD.....	57
Figura 4 –	CAPS AD e CTs.....	63
Figura 5 –	Atenção a usuários de drogas no Brasil.....	67
Figura 6 –	Distribuição dos CAPS AD e CTs no Distrito Federal.....	87
Figura 7 –	CAPS AD da Ceilândia/DF.....	89
Figura 8 –	CAPS AD de Santa Maria/DF.....	90
Figura 9 –	CAPS AD de Sobradinho/DF.....	92
Figura 10 –	CAPS AD da Samambaia/DF.....	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	- Alcoólicos Anônimos
ABORDA	- Associação Brasileira de Redução de Danos
APA	- American Psychiatric Association
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	- Centros de Atenção Psicossocial
CAPS AD	- Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CETAD	- Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CONAD	- Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
CONEN-DF	- Conselho de Políticas sobre Drogas do Distrito Federal
COVID-19	- Coronavírus Disease 2019
CPI	- Comissão Parlamentar de Inquérito
CT	- Comunidade Terapêutica
DAN	- Departamento de Antropologia
DEA	- Drug Enforcement Administration
DGA	- Diretoria de Gestão de Ativos e Justiça
DIEST	- Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia
DPAGI	- Diretoria de Pesquisa, Avaliação e Gestão de Informações
DPRS	- Diretoria de Prevenção e Reinserção Social
DSM	- Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FAP-DF	- Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal
FCE	- Faculdade de Ceilândia
FEPECS	- Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD	- Fundo Nacional Antidrogas
HIV	- Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICS	- Instituto de Ciências Sociais
IPEA	- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IT	- Itinerário Terapêutico

LSD	- Ácido Lisérgico Dietilamida
MDMA	- 3,4-Metilenodioximetanfetamina
MJSP	- Ministério da Justiça e Segurança Pública
MS	- Ministério da Saúde
NAC	- Núcleo de Atenção à Comunidade
NUPACS	- Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde
OBID	- Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas
OCAS	- Organização Civil de Ação Social
OMS	- Organização Mundial da Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
PAUAD	- Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas
PEC	- Proposta de Emenda à Constituição
PNPD	- Pesquisa para o Desenvolvimento Nacional
PPGAS	- Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social
PTS	- Projeto Terapêutico Singular
RAPS	- Rede de Atenção Psicossocial
RD	- Redução de Danos
REDUC	- Rede Brasileira de Redução de Danos e Direitos Humanos
RELIPEN	- Relatório de Informações Penais
SAS	- Secretaria de Atenção à Saúde
SENAD	- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos
SENAPPEN	- Secretaria Nacional de Políticas Penais
SISNAD	- Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas
SPA	- Substância Psicoativa
STF	- Supremo Tribunal Federal
SUS	- Sistema Único de Saúde
SUSP	- Sistema Único de Segurança Pública
UFBA	- Universidade Federal da Bahia
UFRN	- Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UnB	- Universidade de Brasília
UNODC	- United Nations Office on Drugs and Crime
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	18
1 “COISA DE VAGABUNDO” OU “DOENÇA”: IMPACTOS DO PROIBICIONISMO DE SUBSTÂNCIAS E OS TIPOS DE CONTROLE	22
1.1 BREVE CONTEXTO POLÍTICO-SOCIAL DAS DROGAS E O “CONTROLE LEGAL”	22
1.1.1 O “controle legal” no Brasil	28
1.1.2 A “saúde perfeita” e o “controle biomédico”	36
1.1.3 O uso de drogas como prática social	41
2 POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO PAÍS E O CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL	47
2.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL	47
2.1.1 Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	55
2.1.2 O cuidado nos CAPS AD e nas CTs: tensões práticas	60
2.1.2.1 Desintoxicação	60
2.1.2.2 Prescrição de medicamentos.....	61
2.1.2.3 Reinserção social	61
2.1.3 A Nova Onda Conservadora e o impacto nas políticas de atenção a usuários de drogas.....	64
2.1.4 Perspectivas de uma atenção qualificada no Governo Lula III.....	68
3 ITINERÁRIO DA PESQUISA E DOS DADOS	70
3.1 PERCURSO METODOLÓGICO	70
3.2 CONTEXTO DE PESQUISA NO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA	71
3.3 ESPAÇOS DE DISCUSSÃO SOBRE DROGAS NO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA	77
3.3.1 CTs no Brasil.....	77
3.3.2 Os eventos e as reuniões.....	79
3.4 OS NOVOS INTERESSES DE PESQUISA.....	83
3.5 MINHA RELAÇÃO COM OS CAPS AD	85

3.5.1 Perfil dos usuários e separação dos dados.....	95
4 NARRATIVAS, PERSPECTIVAS E ATITUDES	102
4.1 O SOFRIMENTO NO CONTEXTO DO USO DE DROGAS	102
4.2 O PERTENCIMENTO SOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS	110
4.3 O “BOM CUIDADO”	116
4.4 A LÓGICA DO CUIDADO PARA TRAZER CIDADANIA	120
4.4.1 O “cidadão particular”	121
4.4.2 O “cidadão independente”	122
4.4.3 O “cidadão auto-realizador”	123
4.4.4 O “cidadão relacional”	124
4.5 OS TIPOS DE CIDADÃOS E O CUIDADO NO CAPS AD.....	124
4.5.1 O “bom cuidado” é imprevisível	126
4.5.2 “How have things been lately?”: redução de danos, abstinência e medicamentos	128
APONTAMENTOS FINAIS: O USUÁRIO É CIDADÃO?.....	135
REFERÊNCIAS.....	138
APÊNDICES	147
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	148
APÊNDICE B – PRODUTOS DA PESQUISA DO IPEA.....	150

INTRODUÇÃO

Antes de iniciar a discussão, é pertinente informar como me localizo frente ao meu tema de pesquisa, porém, tendo em mente que irei me aprofundar metodologicamente sobre isso num capítulo específico. No meu percurso formativo e profissional, o encontro com o tema das drogas aconteceu na graduação em Políticas Públicas, em um projeto de iniciação científica realizado no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. E permanece na minha vida até hoje, não somente no mestrado, que escolhi desenvolver na Antropologia, como também no meu ambiente de trabalho, na Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD). O amadurecimento do meu interesse se deu quando tive a oportunidade de entrevistar usuários de drogas atendidos em Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) do Distrito Federal, no contexto de uma pesquisa anterior, que irei descrever com mais consideração nos apontamentos metodológicos deste texto.

Um destaque sobre a utilização do termo “usuário” é necessário aqui, já que irei repeti-lo com frequência ao longo do trabalho. A escolha pela utilização do vocábulo “usuário” neste trabalho se dá a partir do que eu observei dentro dos CAPS AD. O termo “usuário”, segundo os profissionais desse serviço, se refere tanto ao “usuário de drogas” como ao “usuário do serviço” e não é utilizado de maneira negativa, já que é assumido pelas próprias pessoas que realizam o tratamento. Além de “usuários”, é comum que sejam chamados de “pacientes”, principalmente pelos profissionais da saúde que atuam nas unidades de CAPS AD. O detalhamento da organização e composição do serviço também será feito adiante, no capítulo metodológico.

Esse contato com os CAPS AD me levou a entender melhor a lógica de funcionamento de serviços e instituições especializadas na atenção a usuários de drogas, o que foi um motivador para estudar e escrever sobre a gestão dos CAPS AD e funcionamento interinstitucional da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no DF em meu trabalho final da graduação em Gestão de Políticas Públicas, na Universidade de Brasília. Desde então, continuei envolvida com projetos de pesquisa que pautaram o tema das drogas, especialmente o narcotráfico, estando inserida profissionalmente nesta temática dentro da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD), numa diretoria de pesquisa.

Para a realização deste mestrado, a minha maior motivação foi aquele contato com os usuários dos CAPS AD e o interesse em entender as principais percepções que eles tinham sobre o tratamento recebido e o seu impacto na visão que possuíam sobre si mesmos e sobre “estar bem” e ser “bem cuidado” diante do uso de drogas. Por isso, eu quis situar a pesquisa dentro do campo antropológico, de modo que eu pudesse ampliar e ultrapassar a minha própria visão, formada no âmbito de um curso sobre gestão e organização da administração pública. No exercício de me colocar ao lado dos usuários de drogas para compreender as suas motivações para o uso e os impactos gerados nas suas redes de relações, a antropologia me permite o diálogo com o campo das drogas de modo mais cuidadoso e amplo, me colocando neste lugar da alteridade enquanto pesquisadora.

Situada na antropologia, a pergunta que norteia o presente trabalho é a seguinte: como os usuários de drogas atendidos em CAPS AD no DF percebem o cuidado recebido? Para responder, estabeleci como objetivos: a) entender os tipos de controle, legal e biomédico, exercidos na política sobre drogas do Brasil; b) descrever o arranjo da política de atenção a usuários de drogas no país, evidenciando algumas disputas e tensões relacionadas ao cuidado; e c) caracterizar as perspectivas, as narrativas e as atitudes de usuários de drogas, por meio da análise de entrevistas realizadas nos CAPS AD do Distrito Federal. Com esses objetivos, desejo oferecer aos atores envolvidos na política sobre drogas uma visão mais específica sobre o cuidado aos usuários, com a narrativa dos consumidores dos serviços disponibilizados no arranjo da política pública. Longe da presunção de querer falar pelos usuários, espero que este trabalho também possa alcançá-los, para que realizem suas próprias reflexões como pessoas inseridas numa lógica de cuidado.

A dissertação está organizada em quatro capítulos, de acordo com os objetivos que apresento. O primeiro oferece um panorama sobre como a temática de drogas é pautada atualmente no mundo, especialmente no Brasil. Mostro como o "controle legal" é operacionalizado através do arranjo político e social que busca a proibição do uso de drogas pela sociedade, motivando a produção de punições aos usuários. Além desse controle, destaco a existência do "controle biomédico" exercido por atores e instituições do sistema de saúde mundial que possuem o poder de definir recomendações universais para a produção da “saúde perfeita”, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Associação Americana de Psiquiatria (APA). Dessa forma, dialogo com autores como Erving Goffman (1975), Howard Becker (2008),

Marcelo Campos (2015), Mauricio Fiore (2013), Daniela Ferrugem (2019), Luísa Saad (2019), Maria Gorete de Jesus (2016), Jardel Fischer Loeck (2014) e outros, que desenvolveram trabalhos muito competentes acerca do cenário político e social em que o tema das drogas se localiza e sobre o exercício do controle nas políticas sobre drogas por diversos atores.

Acreditando na profundidade da discussão e nas interlocuções que vêm sendo realizadas em âmbito acadêmico e político, sobretudo pela importância pública que o tema tem, assumo que a minha descrição se caracteriza como uma breve contextualização. Dessa maneira, minha ideia não foi oferecer toda a densidade do debate, mas apoiar a leitora no contexto das drogas, especialmente no Brasil.

O Capítulo 2 tem o objetivo de revisar a história das políticas de atenção a usuários de drogas no Brasil, apresentando as principais instituições e serviços envolvidos, além das metodologias utilizadas para o tratamento relacionado ao uso de drogas. Neste capítulo, dei especial atenção às Comunidades Terapêuticas (CTs) e aos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas, que protagonizam algumas tensões diante da divergência no entendimento das práticas de cuidado. Isso é importante para mostrar que, quando se fala sobre cuidado, é possível a emergência de diversas compreensões sobre a produção de um atendimento “mais adequado”, algo que pretendo explorar no último capítulo.

Após a exposição das formas de controle relacionadas ao consumo de drogas e da organização da política de atenção aos usuários, aponto no Capítulo 3 os percursos metodológicos que possibilitaram o desenvolvimento da análise do material para a dissertação. Explico minha inserção no campo de pesquisa e na temática de drogas, meus interesses para o presente trabalho, a minha relação com as unidades de CAPS AD que frequentei e detalho a produção, a separação e a análise dos dados. Além disso, apresento o perfil dos usuários que entrevistei e os limites encontrados na pesquisa.

Ao longo de todo o trabalho, procuro falar sobre práticas de cuidado e entendimentos de atores da justiça, da política e da saúde sobre o “melhor tratamento” e a “melhor abordagem” para pessoas que usam drogas. Essa abordagem culmina, no último capítulo, na exposição do entendimento sobre esses elementos através da ótica do usuário de drogas.

Na primeira seção do Capítulo 4, discorro sobre o sofrimento no contexto do uso de drogas e as maneiras buscadas para trazer pertencimento social neste cenário de sofrimento. Para isso, utilizo os trabalhos de Luiz Fernando Dias Duarte e Ondina Fachel Leal (1998), Arthur Kleinman (1988), Veena Das (2015), Erving Goffman (1988) e de outros autores, além de citar trechos das narrativas dos usuários que elucidem seus sentimentos diante do uso de drogas e a forma como isso impacta nas suas relações e sua saúde. Na segunda seção, baseada nos trabalhos de Annemarie Mol (2008) e de Jeannette Pols (2006), mostro algumas definições e percepções de cidadania para pensar nas possibilidades de cuidado aos usuários de drogas, com exemplos das entrevistas que auxiliem na reflexão da produção de um “bom cuidado”. A exposição do último capítulo permite um maior entendimento das perspectivas que os usuários têm sobre o cuidado que receberam, com intuito de instigar a leitora a pensar: existe uma melhor forma para cuidar?

1 “COISA DE VAGABUNDO” OU “DOENÇA”: IMPACTOS DO PROIBICIONISMO DE SUBSTÂNCIAS E OS TIPOS DE CONTROLE

1.1 BREVE CONTEXTO POLÍTICO-SOCIAL DAS DROGAS E O “CONTROLE LEGAL”

O uso da palavra **droga** foi escolhido aqui para me referir às substâncias que causam alteração na consciência, é uma maneira de se distanciar da visão preconceituosa e ordinária, de que substâncias ilegais causam dependência e outros danos associados. É importante assumir que as drogas estão presentes em nossa sociedade há milhares de anos, em dimensões sociais e biológicas não necessariamente associadas à violência e dependência química (Saad, 2019; Fiore, 2013). As drogas, ou substâncias psicoativas, são aquelas capazes de alterar o estado “normal” da consciência de um sujeito, como a cafeína, a nicotina, o açúcar e o álcool, atuantes como modificadores no Sistema Nervoso Central e Límbico¹ (Goffman, 1981). A partir desse entendimento, mostro como se deu a construção da história institucional mais recente sobre o consumo de drogas e a repressão à produção, distribuição e consumo no âmbito nacional e internacional.

Em um apanhado da experiência de alguns países da América Latina, incluindo o Brasil, sobre a regulação do consumo de drogas, Milena Karla Soares (2021) mostra três principais fatores divergentes sobre esse movimento de normatização. O primeiro é a influência dos Estados Unidos a partir da política do ex-presidente Richard Nixon (1969-1974) de Guerra às Drogas na década de 1971. Em seu discurso, o então presidente declara que “o inimigo público número um dos Estados Unidos é o abuso de drogas. Para lutar e derrotar este inimigo, é necessário empreender uma nova e completa ofensiva” (Nixon, 1971).

O segundo fator são os acordos internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU) que surgiam a partir de 1912 para ditar a regulação das drogas, como a Convenção Internacional do Ópio (1912), a Convenção Única de Entorpecentes (1961), a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas (1971) e a Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas - Convenção de Viena

¹ O SNC é composto por neurônios, células responsáveis pelas transmissões e recepções dos estímulos externos e internos ao organismo. O Sistema Límbico coordena as atividades sociais e emocionais do organismo.

(1988). Marcelo Campos (2015) resume as premissas dessas três convenções internacionais em 5 pontos:

- 1) Trata-se de um modelo uniforme de controle que submete as substâncias proibidas a um regime internacional de interdição, sendo o seu uso terapêutico bastante restrito;
- 2) Defende-se a criminalização do uso e comércio de drogas, com opção primordial pela pena e prisão;
- 3) Não se prioriza o tratamento e a prevenção ao uso de drogas ilícitas;
- 4) Rejeitam-se as alternativas penais, dentre elas, as medidas de redução de danos, como a troca de seringas, por exemplo;
- 5) Não são reconhecidos os direitos das comunidades e dos povos indígenas em relação ao uso de produtos tradicionais, priorizando a meta de erradicação das plantações e da cultura tradicional (Campos, 2015, p. 31).

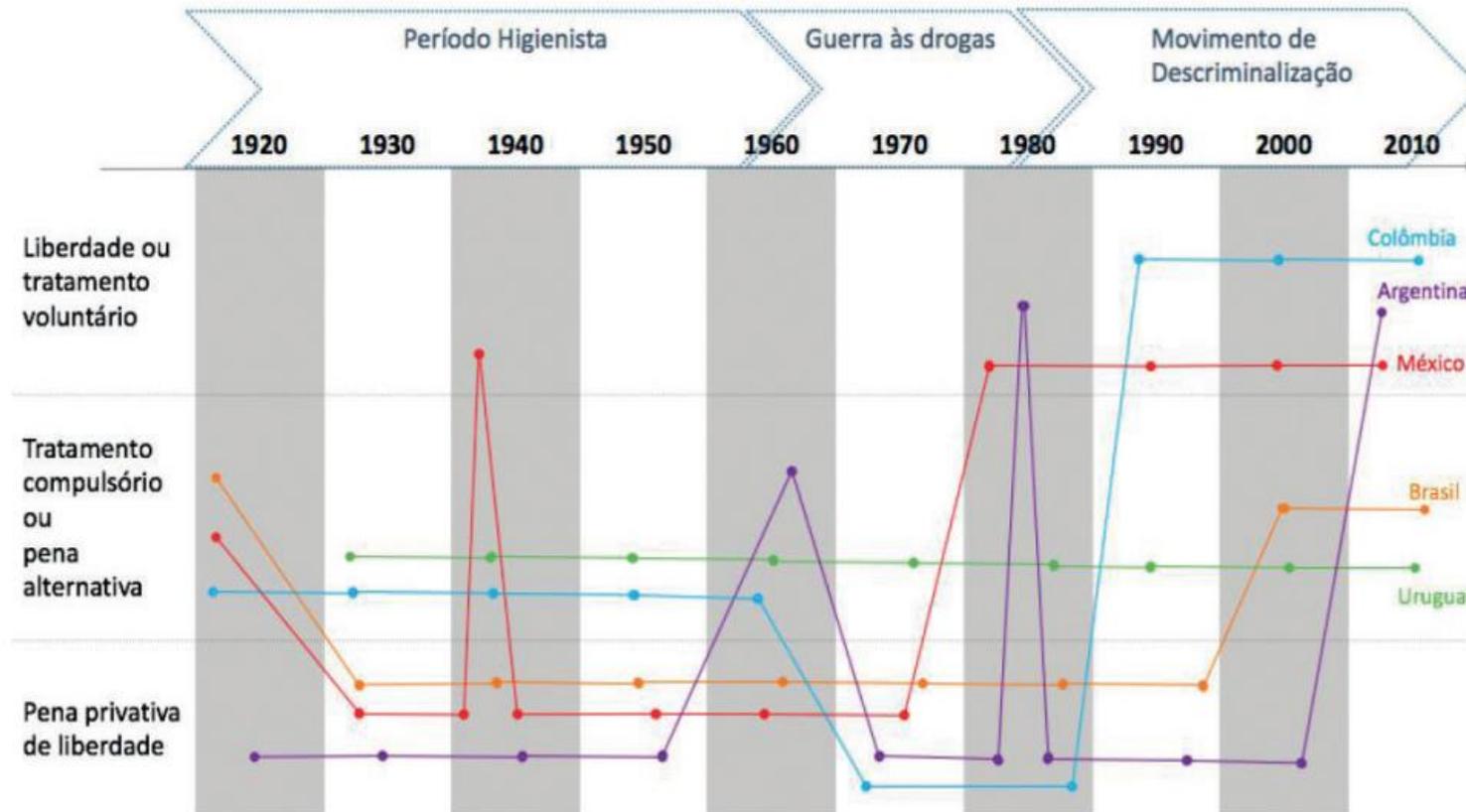
O terceiro fator que influencia na regulação sobre o consumo de drogas é o fortalecimento de instituições democráticas na América Latina, após um período caracterizado pela ascensão de regimes políticos ditadores e conservadores, entre os anos de 1960 e 1980.

Soares (2020), a partir de estudos de caso do México, Argentina, Uruguai, Colômbia e Brasil, distingue três principais períodos, influenciados pelos fatores acima, de controle do uso de drogas: 1) período higienista, dominado pelo pensamento médico/sanitário que vai de 1920 a 1960; 2) período de Guerra às Drogas onde há a construção de uma ameaça e um inimigo mundial e a forte criminalização e repressão sobre o uso de drogas, indo de 1960 a 1980; 3) e o período de descriminalização e despenalização sobre o uso de substâncias psicoativas a partir da reforma de algumas políticas de drogas, inclusive a própria política de drogas do Brasil, indo de 1980 até os dias atuais.

No Brasil, desde 1915 é possível notar a política de proibição de consumo de maconha, visto que a planta era comumente usada por pessoas negras escravizadas. Para Luísa Saad (2019), o “problema das drogas” não pode ser isolado dos elementos políticos sociais e morais:

Na virada do século XX, com o processo de consolidação do saber médico institucionalizado e a regulamentação estatal das drogas, foi se fortalecendo a ideia de que certas substâncias “propiciavam estados de loucura, comportamentos anormais e se tornavam, enfim, vícios que impediam um desenvolvimento de uma vida social saudável e regrada (Saad, 2019, p.17).

Figura 1 – Linha do tempo: marcos jurídicos da regulação do uso de drogas – Argentina, Brasil, Uruguai, Colômbia e México – período 1920-2010



Fonte: elaborado por Milena Karla Soares (2021)².

² Para o Brasil: Decretos nos 4.294/1921, 20.930/1932, 385/1968 e 5.726/1971, Decretos-lei nos 891/1938 e 2.848/1940, Leis nos 6.368/1976, 11.343/2006 e 13.840/2019. Para a Argentina, Corbelle (2019); para o Uruguai, Musto (2019); para a Colômbia, Góngorra, Salazar e Borja (2019); para o México, Ospina-Escobar (2019).

É interessante notar dentro dessa linha do tempo, que vai desde o movimento de higienização da sociedade até a tentativa de descriminalização do usuário, o tratamento dado ao usuário de drogas, ora nomeado como criminoso, pela conduta de portar substância considerada ilícita, ora como pessoa doente, a partir do momento que esse uso é interpretado como nocivo, levando a um tratamento compulsório.

Esses tipos de controle sobre o usuário ainda se mantêm, seja pelo fortalecimento das políticas de encarceramento em massa, como a Lei nº 11.343/2006, intitulada Lei de Drogas, que não confere diferenciação de usuário para traficante, ou pela imposição de tratamentos a pessoas usuárias de drogas, desconsiderando o seu tipo de uso, que pode ser recreativo, terapêutico ou tradicional/ritualístico/religioso.

O período de Guerra às Drogas pode ser entendido como a continuação do momento de higiene social e criminalização da pobreza. No momento em que Richard Nixon (1969-1974) declara a imoralidade do uso de algumas substâncias, sobretudo a maconha e a cocaína, com a Guerra às Drogas, iniciou-se um movimento de controle da oferta de substâncias psicoativas nos Estados Unidos, mas que serviu para o resto do mundo. Assim, a atenção é voltada para os países que influenciam a produção mundial de drogas, principalmente a maconha e a cocaína, como o México, Colômbia e Argentina. Nesses locais e em outros por onde havia a extensa oferta dessas substâncias, a partir de 1973, há a implantação de escritórios de controle liderados pelos EUA, os famosos *DEAs - Drug Enforcement Administration* (Administração de Fiscalização de Drogas), para o combate ao mercado da oferta de substâncias psicoativas.

Nota-se, com a presença do *DEA* em países da América Latina, que o plano era o combate à produção e distribuição de entorpecentes por meio da violência policial dos EUA, desencadeando um verdadeiro cenário de guerra e terror, produtor de milhares de vítimas, sobretudo pessoas latinas e negras. Para Edward Macrae:

As medidas atualmente colocadas em prática nesse campo parecem contemplar mais conservadores, que visam a manutenção do *status quo* proibicionista, em que uma série de substâncias, consideradas “perigosas”, tem sua produção, comercialização e uso criminalizados. Optam pela simples continuação de políticas simplistas de “guerra às drogas”, voltadas para a erradicação do consumo, produção e comércio dessas substâncias. (Macrae, 2021, p. 19).

Esse massacre causado pela Guerra às Drogas ganhou inúmeras produções audiovisuais que tentaram contar como se deu a dinâmica da violência nessa época, perpetuada até hoje. Um exemplo dessas produções é a série de televisão *Narcos*³, que retrata a entrada do DEA na Colômbia e no México e a guerra sanguinária travada com narcotraficantes nesses países, a qual acabou afetando as relações políticas e sociais locais. Nesse cenário, o debate acerca do controle do uso de drogas ganha novos contornos políticos e legislativos, que passam a penalizar o consumo e os flagrantes de qualquer tipo de posse de psicoativos.

A partir da década de 1980, a preocupação em descriminalizar ou despenalizar a conduta do uso de drogas é pautada enquanto necessidade de revisão das leis de drogas de países latinos e nos EUA, a exemplo da Marcha da Maconha, iniciada em Nova Iorque no ano de 1998. A descriminalização acontece quando a conduta, antes considerada um crime, deixa de ser criminosa e, conseqüentemente, penalizada, seja pela pena privativa de liberdade, restritiva de direitos ou prestação de serviços comunitários. A despenalização acontece quando a conduta, ainda considerada um crime, apenas não é mais punida com a pena privativa de liberdade, usando-se de outras alternativas para reparar a sociedade e o Estado acerca do cometimento do crime.

No Brasil, a revisão da criminalização do porte de drogas foi feita em junho de 2024 pelo Supremo Tribunal Federal (STF) no julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659, com Repercussão Geral (Tema 506), sobre o artigo 28 da Lei de Drogas (nº 11.343/2006). A Corte julgou que a compra, o porte e o transporte de maconha para consumo pessoal não podem ser considerados crimes. Esses atos, pela decisão dos ministros, são considerados "apenas" ilícitos, penalizados com sanções educativas, de advertência e prestação de serviços à comunidade.

Além da descriminalização, o STF estabeleceu o limite de 40 gramas de maconha (ou seis pés) como o critério que diferencia o usuário do traficante dessa droga. A Corte entendeu que a ausência de um critério preciso leva à aplicação desigual da lei. O presidente do Supremo, ministro Luís Roberto Barroso, destacou que, enquanto jovens brancos e de classe média têm chances maiores de serem considerados usuários, jovens pobres, negros e pardos são comumente enquadrados como traficantes.

³ Série criada por Chris Brancat, Carlo Bernard e Doug Miro e exibida em 3 temporadas, entre 2015 e 2017.

Ou seja, a posse para uso pessoal não pode mais ser conduta passível de punição e repressão por parte do Estado, mas há sim a recomendação de outros tipos de medidas, como o tratamento compulsivo ou a prestação de serviços à comunidade. É necessário observar que mesmo nesse período em que os países optaram por medidas de tratamento alternativas aos usuários de drogas, por outro lado, os usuários continuam sendo penalizados diante de uma lei de drogas que se tornou mais dura acerca do crime de tráfico.

Observa-se que, em práticas mais progressistas focadas na descriminalização do uso de drogas, a maconha e suas substâncias são priorizadas nas lutas e reivindicações por descriminalizar, visto o potencial que possuem para utilização em terapias para sintomas de algumas doenças raras. De forma muito tímida, estudos sobre drogas psicodélicas como a Psilocibina, a Mescalina e o Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) voltam a ganhar força na investigação de sua eficácia para o tratamento de doenças mentais. No Brasil, a “virada psicodélica brasileira”, aplicada nos estudos do uso de substâncias psicodélicas para o tratamento de distúrbios psiquiátricos, se mostra como um campo em expansão. O neurocientista e pesquisador brasileiro Eduardo Schenberg é um dos primeiros estudiosos no país interessado em modelos terapêuticos com psicodélicos para a atenção em saúde mental. O pesquisador está dedicando sua carreira profissional e acadêmica, há pelo menos dez anos, na interface entre psicologia, psiquiatria e neurociências⁴.

De maneira didática e elucidativa sobre o que seriam os usos terapêuticos de substâncias psicodélicas, a Netflix produziu o documentário *Como Mudar Sua Mente*, baseado no livro do jornalista norte americano Michael Pollan, *Como mudar sua mente: O que a nova ciência das substâncias psicodélicas pode nos ensinar sobre consciência, morte, vícios, depressão e transcendência* (2018). Além dos relatos de experiências com a Psilocibina, a Mescalina e o LSD, o livro transformado em documentário narra o uso da MDMA (3,4-metilenodioximetanfetamina) como terapia para transtornos como depressão, ansiedade e traumas.

Vale salientar que a própria Lei de Drogas no Brasil, agora melhorada pela decisão do Supremo Tribunal Federal, foi uma tentativa de separar usuários e traficantes de drogas, com intuito diminuir o encarceramento do primeiro grupo. Porém, na realidade o que houve foi um aumento de prisões indevidas por tráfico de

⁴ Os trabalhos de Eduardo Schenberg estão disponíveis em: <https://eduardoschenberg.com/>.

drogas (Campos, 2015). A lei, antes do julgamento do Recurso Extraordinário nº 635.659 pela Suprema Corte, falhou em não definir uma quantidade para distinguir posse para uso pessoal e para comércio. Dessa forma, detalharei melhor o exercício do "controle legal" no Brasil e o sistema penal relacionado ao crime de tráfico de drogas.

1.1.1 O “controle legal” no Brasil

No Brasil, a Lei de Drogas (2006) teve como justificativa inicial desafogar o sistema penitenciário, a partir da distinção entre usuários e traficantes, mas o resultado foi o oposto, refletido até hoje na superlotação do sistema carcerário brasileiro. A diferenciação entre usuários (artigo 28) e traficantes (artigo 33) depende, em grande medida, da abordagem policial, do local do flagrante e das condições socioeconômicas do acusado (IPEA, 2023). A seguir, os verbos da lei de drogas que definem a conduta de tráfico e a de uso evidenciam a complexidade na avaliação dos impactos do dispositivo.

Figura 2 – Verbos da Lei de Drogas (2006)

<u>Artigo 28</u>		<u>Artigo 33</u>
<ul style="list-style-type: none">• Adquirir• Guardar• Ter em depósito• Transportar• Trazer consigo	<ul style="list-style-type: none">• Importar• Exportar• Remeter• Preparar• Produzir• Fabricar• Adquirir• Expor à venda	<ul style="list-style-type: none">• Oferecer• Ter em depósito• Transportar• Trazer consigo• Guardar• Prescrever• Ministras• Entregar a consumo• Fornecer

Fonte: elaboração própria.

Marcelo Campos (2015) analisou o processo anterior e o de implementação da atual Lei de Drogas no Brasil, desde a discussão realizada pelo Congresso Nacional até a sanção, em 2006, do dispositivo pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva. A proposta da Nova Lei de Drogas surgiu após longas discussões de parlamentares que compunham a Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) do Narcotráfico, que seria

apresentada ao Senado Federal ainda na gestão do ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (1994-2002).

O principal intuito do novo marco legal seria a utilização da Justiça Criminal como um instrumento de controle das ilegalidades relacionadas à matéria de drogas no Brasil. Como exposto anteriormente, a redação e discussão da Lei de Drogas foi influenciada pelo contexto internacional de repressão para o combate às drogas e, por outro lado, pelo plano médico-preventivo em relação ao consumo de substâncias psicoativas ilegais.

Nos primeiros textos que sistematizaram a política proibicionista no Brasil, o desenho se apresentava de forma muito semelhante ao que temos hoje em termos de normativas⁵⁶⁷. A “legislação restritiva da produção, do comércio e do consumo de entorpecentes, com a previsão de internação ou prisão de usuários” (Campos, 2015, p. 29) caracterizou o dispositivo brasileiro, que se somou mais tarde àquele discurso de “lutar e derrotar o inimigo”, seja no uso ou comércio, de Richard Nixon (1971).

Ao longo de sua tese de doutorado, Campos (2015) analisou 18 documentos que contam o trâmite legislativo para finalmente chegar à Lei de Drogas. Segundo o autor, nos discursos de parlamentares e senadores que participaram das discussões, foi possível verificar, no sentido de uso e comércio de drogas da lei anterior, que não havia uma distinção adequada e objetiva sobre o uso/porte e o tráfico de drogas: “o entendimento dos parlamentares era de que a descriminalização do uso/porte de drogas não era um objetivo a ser atingido naquele momento histórico da tramitação (2002 a 2006), mas sim o “fim” da pena de prisão para o uso de drogas, bem como uma mudança na prisão de pequenos traficantes/usuários” (Ibidem, p. 37) Além disso, outra motivação para o debate de uma nova lei foi a possível diminuição da corrupção e negociação informal policial, comumente denunciada no momento da abordagem de suspeitos por agentes do Estado.

⁵ Decreto 780/36 - Criação da Comissão Permanente de Fiscalização de Entorpecentes: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-780-28-abril-1936-472250-publicacaooriginal-1-pe.html>.

⁶ Decreto 2953/38 - Modificação do Decreto 780/36: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-2953-10-agosto-1938-345717-publicacaooriginal-1-pe.html#:~:text=Modifica%20o%20art.,Permanente%20de%20Fiscaliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20Entorpecentes>.

⁷ Decreto-Lei 891/38 - Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html>.

De fato, a nova lei retirou a punição com a restrição da liberdade de pessoas que fossem abordadas usando drogas, mas o ato permaneceu um crime, é proibido. Além de tentar “separar” a figura do “usuário” da do “traficante”, a principal consequência do novo texto foi o crescimento do encarceramento, sobretudo da população jovem e negra (IPEA, 2023)⁸, e o recrudescimento da pena do crime de tráfico de drogas para, no mínimo, cinco anos de reclusão (a lei anterior previa o mínimo de três anos).

A Lei de Drogas foi avaliada como um fator impactante também no aumento do encarceramento de mulheres, representando 54,85% das prisões femininas, segundo dados de 2023 da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos do Ministério da Justiça e Segurança Pública (SENAD/MJSP, 2023). A legislação é ainda mais desfavorável para mulheres negras, que representam 60,9% do total das prisões femininas, onde 42,3% têm filhos menores de 12 anos, 41,6% estão inseridas em atividades informais de renda, e 38,8% são desempregadas e 61,6% não ultrapassaram o ensino fundamental (SENAD, 2023).

O discurso do relator do projeto da Lei de 2006, Paulo Pimenta (PT/RS), apresentado na tese de Campos (2015), indica a justificativa utilizada pelo Congresso para redação do dispositivo, de modo a ofertar atenção em saúde ao usuário de drogas, evitando a prisão destes, enquanto a repressão ao traficante se manteve firme:

O usuário ou dependente de Drogas, antes de se constituir um contraventor, deve ser visto como uma pessoa com vulnerabilidades de fundo individual e social, que não pode ser confundida com a figura do traficante. Merece, para si e para sua família, atenção à saúde e oportunidades de inserção ou reinserção social. Sendo assim, encaminho novo substitutivo ao Projeto de Lei nº 7134 de 2002, que considero ter registrada uma abordagem mais atualizada quanto aos aspectos científicos, mais humana, mais democrática, sintonizada com a realidade brasileira e com as possibilidades concretas de ser implementada [...]. Nesse sentido, procuramos, no Projeto Substitutivo, separar usuário ou dependente do traficante. Para os primeiros, formulamos uma política que busca inseri-los no âmbito da saúde pública. Para os segundos, atendendo ao clamor da sociedade brasileira, mantivemos as medidas de caráter repressivo, melhorando, no entanto, a redação de alguns dispositivos que não estavam de acordo com o sistema de penas brasileiro (Pimenta, 2004 *apud* Campos, 2015, p. 54).

⁸ Os dados dos Relatórios “Critérios objetivos no processamento criminal por tráfico de drogas: natureza e quantidade de drogas apreendidas nos processos do tribunais estaduais de justiça comum” (2023) e “Critérios objetivos no processamento criminal por tráfico de drogas: natureza e quantidade de drogas apreendidas nos processos do tribunais regionais federais” (2023), de abrangência nacional, apresentam o perfil do processado pelo crime de tráfico de drogas no país.

Percebe-se, então, nos discursos sobre a Nova Lei e no próprio dispositivo o fortalecimento de uma visão binária entre usuários e traficantes, que vigora até hoje na política sobre drogas do Brasil como um todo, indicada por Campos (2015) nos pares da despenalização ou criminalização, prisão ou clínica e doença ou crime. Diante dessa binarização, a principal implicação para o sistema penal foi o fenômeno social do encarceramento como aparato estatal para a punição de parte da população.

O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada lançou, em 2023, a partir do financiamento da Senad, um dos principais estudos na atualidade sobre o perfil do processado pelo crime de tráfico de drogas no Brasil. O trabalho foi publicado em dois relatórios, divididos entre Justiça Criminal Estadual e Justiça Criminal Federal⁹, e analisou mais de 5.253 processos de tráfico de drogas. Os dados sobre o perfil revelam a criminalização de jovens até 30 anos (72%), negros (68%) e com baixa escolaridade (67%). Fundamentando as análises de impacto da Lei de Drogas, a pesquisa do Ipea mostrou que essas pessoas foram encarceradas portando uma quantidade de drogas inferior a 100 gramas, especialmente a *cannabis* (67%) e a cocaína (70%)¹⁰.

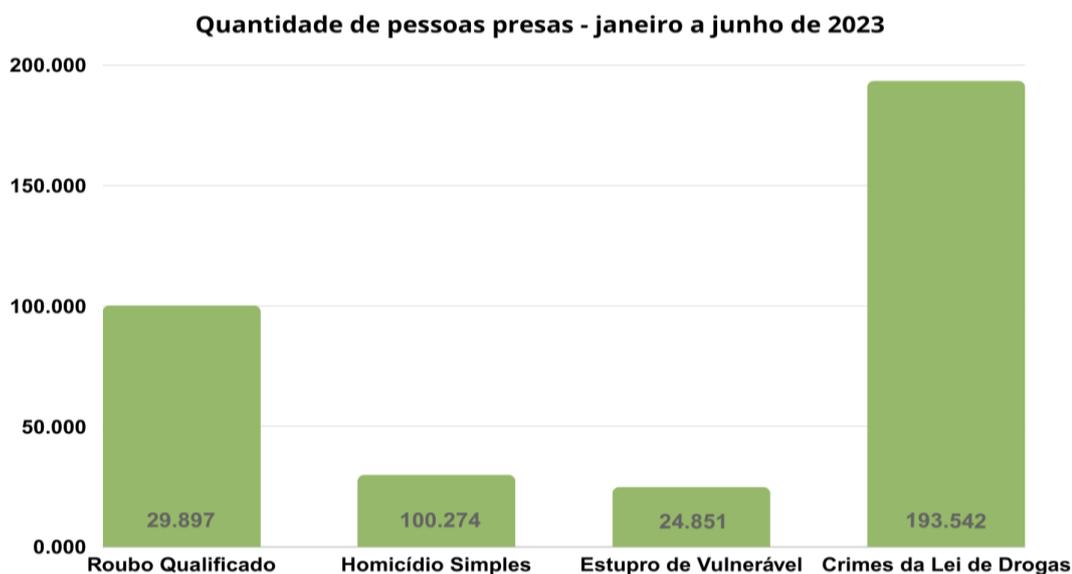
O retrato atual das prisões no Brasil, com dados extraídos do Relatório de Informações Penais (RELIPEN) de 2023, mostra a realidade dos custodiados em celas físicas por tipo de crime, entre janeiro a junho do ano de referência¹¹.

⁹ Os relatórios estão disponibilizados no Repositório do Conhecimento do Ipea: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12375> e <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/12376>.

¹⁰ Outra importante investigação foi desenvolvida pelo Núcleo de Estudos da Violência (NEV) da Universidade de São Paulo. No relatório dessa pesquisa os autores encontraram dados semelhantes à pesquisa desenvolvida mais tarde pelo Ipea, quando analisaram 667 Autos de Prisão em Flagrante (APF) no município de São Paulo no período de novembro de 2010 a janeiro de 2011. Os APFs são o primeiro registro do crime, realizado no momento da prisão da pessoa abordada.

¹¹ Os crimes da Lei de Drogas compreendidos no gráfico são o Tráfico de Drogas, Associação para o Tráfico e Tráfico Internacional de Drogas.

Gráfico 1 – Pessoas presas no Brasil (2023)



Fonte: elaboração própria a partir do Relatório de Informações Penais (2023) da Secretaria Nacional de Políticas Penais (SENAPPEN).

Em uma sociedade desigual como a brasileira, não há como dissociar o discurso de Guerra às Drogas de questões de raça e classe que moldam fundamentalmente as estruturas das suas instituições sociais. Por meio do racismo como um fenômeno informador das reflexões sobre a questão da política de drogas no Brasil, fica evidente que o discurso de guerra e terror serve em larga medida para fomentar práticas de seletividade no sistema penal e criminalização da pobreza. Trata-se, assim, de entender que as relações raciais no Brasil guardam relação com o passado de escravização de pessoas negras por quase 400 anos, não sendo possível compreender o impacto da atual Lei de Drogas no país sem trazer à tona esse passado racista que moldou nossas instituições e sociedade:

O presente guarda traços desse passado escravagista, traços que identificamos na guerra às drogas e nos corpos negros que esta guerra vitima com a morte, com a redução da expectativa de vida ao nascer, com o encarceramento, com o silenciamento de um viver (Ferrugem, 2019, p.62).

Dessa forma, conforme leciona a professora Maria Lúcia Karam (2015), essa guerra não é contra as substâncias, sendo necessário destacar que os “inimigos” que essa política se pretende a combater são as pessoas pobres, negras, vendedores varejistas “demonizados como 'traficantes', ou aqueles que a eles se assemelham, pela cor da pele, pelas mesmas condições de pobreza e marginalização” (Karam, 2015, p. 36-37 *apud* Ferrugem, 2019, p. 83).

Ainda, a maneira de abordagem da temática de drogas pelo Estado enfrenta os paradoxos de controle e cuidado diante de um elemento que se faz essencial para a discussão antropológica acerca dos usos dessas substâncias, que é justamente a cultura (Geertz, 2008). Desde a Convenção Única sobre Entorpecentes (ONU, 1961), com emenda em 1972, há um objetivo específico e coordenado de combate ao consumo e tráfico de drogas, mas sem levar em conta questões como as tradições culturais de populações como as latino-americanas originárias e os usos ritualísticos, medicinais, religiosos e outros (Labate et al., 2008). Nesta discussão, é importante questionar como os aspectos políticos e sociais moldam as tentativas de dominar e controlar corpos e populações específicas que possuem um histórico de repressão contra si, como as pessoas negras e pessoas em maior situação de pobreza e vulnerabilidade (Loeck, 2014).

A perspectiva do Estado Brasileiro relembra a importância do posicionamento para mediação do debate e definição de uma orientação sobre o que seria passível ou não de punição em matéria de drogas. Há pelo menos 20 anos, quando Gilberto Gil foi Ministro da Cultura do Brasil (2003-2008), ele se posicionou, enquanto um ator político influente, a favor da mediação de casos específicos de usos de drogas, levando em conta a questão cultural, numa inovação do debate nacional e internacional. Porém, a alteração sugerida pelo então ministro, de fato, ainda não foi incorporada ao texto, que continua desconsiderando a variedade de tipos de uso de drogas, levando à punição de muitos usuários classificados como traficantes. Dessa forma, os “indesejados” (Agier, 2011), considerados como “menos pessoas” ficam sob a ação de um Estado que opera para a manutenção de desigualdades sociais (Fassin, 1998; Pires, 2019).

Em relação a esse aspecto, recentemente o Senado Brasileiro levou à votação uma Proposta de Emenda à Constituição (PEC) que tem o objetivo de criminalizar o porte de todas as drogas, em qualquer quantidade, no país¹². No dia 16 de abril de 2024 o Senado aprovou a PEC 45/2023, com 53 votos a favor da PEC e 9 contra. O

¹² A reportagem da Coluna do Estadão explica o que é uma PEC e os procedimentos para aprovar a alteração na constituição, em especial, neste caso da “PEC das Drogas”, de autoria do presidente do Senado, Rodrigo Pacheco (PSD-MG). <https://www.estadao.com.br/politica/o-que-e-pec-das-drogas-45-2023-senado-federal-camara-deputados-stf-descriminalizacao-maconha-entenda-nprp/#:~:text=A%20PEC%20das%20Drogas%20%C3%A9,para%20acabar%20com%20a%20criminaliza%C3%A7%C3%A3o>

texto, então, seguiu para análise da Câmara dos Deputados, sob o principal argumento de enfrentamento ao tráfico de drogas:

O motivo desta dupla criminalização é que não há tráfico de drogas se não há interessado em adquiri-las. Com efeito, o traficante de drogas auferir renda — e a utiliza para adquirir armamento e ampliar seu poder dentro de seu território — somente por meio da comercialização do produto, ou seja, por meio da venda a um usuário final. Entendemos que a modificação proposta está em compasso com o tratamento multidisciplinar e interinstitucional necessário para que enfrentemos o abuso de entorpecentes e drogas afins, tema atualmente tão importante para a sociedade brasileira. Além disso, a legislação infraconstitucional está em constante revisão e reforma, tendo em conta as circunstâncias sociais e políticas vigentes (Senado *apud* Pacheco, 2024).¹³

A violência emerge para coagir grupos populacionais específicos, especialmente as minorias (Rui, 2014). Tendo isso em vista, é a partir de argumentos semelhantes ao que entende a maioria do Senado Brasileiro que a Política de Guerra às Drogas se fortalece e se ampara em um Estado que concorda com a produção de violência a todo custo para o combate ao narcotráfico, sem a devida atenção para aqueles que as consomem e continuarão consumindo essas substâncias, mesmo que seja sem a normatização e fiscalização adequada dos órgãos de vigilância sanitária (Jesus, 2016; Campos, 2015; Boiteux & Berner, 2009).

Maria Gorete de Jesus (2016) elaborou uma análise das narrativas dos policiais e dos operadores de Justiça utilizadas como argumento para o sentenciamento de pessoas processadas pelo crime de tráfico de drogas, para construção de sua reflexão sobre a “verdade policial” (Jesus, 2016). A autora informa que, ao longo da leitura dos processos, o policial aparece como a principal testemunha de acusação nas audiências, sendo o seu depoimento considerado uma “verdade jurídica” (Foucault, 2005) a ser levada em conta na análise processual pelos(as) juízes(as).

Para Jesus (2016), os policiais, enquanto atores da segurança pública, seriam “a ponta e desfecho de todo processo de incriminação na política de drogas” (Ibidem, p. 20). Dessa forma, o protagonismo dos agentes enquanto testemunhas de acusação proporciona a construção da “verdade jurídica” para os operadores do direito no momento das sentenças.

¹³Justificativa do Senador Rodrigo Pacheco para a criminalização de todas as drogas no país. <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2024/04/16/senado-aprova-pec-sobre-drogas-que-segue-para-a-camara>

Esse argumento fortalece a ideia de que os critérios para distinção entre usuários e traficantes da Lei de Drogas são muito genéricos e que, na maioria das condenações, as principais provas utilizadas pelos(as) juízes(as) são aquelas produzidas no flagrante pelos agentes responsáveis pela ação. Essas provas se resumem às narrativas policiais e às substâncias e objetos apreendidos. Nas palavras de Jesus (2016):

No limite, é a polícia que define quem é “usuário” e quem é “traficante”. É esse agente que vai narrar os fatos como crime e oferecer à justiça criminal os “indícios” de “materialidade” e “autoria”, elementos fundamentais para o início de uma ação penal. Importante destacar também que são os policiais do flagrante que figuram majoritariamente como testemunhas nos casos de tráfico de drogas (Jesus, 2016, p. 20).

Para encerrar o debate dessa variável referente à Lei de Drogas no Brasil e à Política sobre Drogas, finalizo com a reflexão da autora de que “a falta de critérios objetivos para a diferenciação entre “usuários” e “traficantes” no Brasil é ponto central de intensos debates” (Ibidem, p. 26), o que ampliou o poder de decisão da polícia sobre quem deve ou não ser preso no momento de uma abordagem, ou seja, o poder discricionário dos agentes que realizam o trabalho de repressão ostensiva nas ruas é aumentado, “transformando a definição do delito em mercadoria política” (Ibidem, p. 28)¹⁴.

A reflexão sobre a conversão de usuários em traficantes que destaco na dissertação é uma forma de contextualizar a leitura e problematizar algo socialmente aceito e pouco enfrentado: o movimento de criminalização de algumas substâncias e, conseqüentemente, a punição dos mais vulneráveis à repressão estatal, moral e ética. Meu posicionamento acerca da revisão de uma Lei de Drogas ultrapassada, sem definições específicas sobre o que deve ser ou não punido e o que deve ser regulado/regulamentado, é importante para trazer os impactos desse movimento para a sociedade brasileira. A partir disso, podemos falar sobre os usos de drogas, principalmente aqueles que impactam de forma negativa a vida do usuário, foco da minha investigação, com os discursos e experiências deles com as substâncias.

Uma das principais contribuições das Ciências Sociais para este trabalho é a dedicação ao estudo da relação dos humanos com as drogas, pensando que, quem usa o faz por algum motivo, seja para a busca do prazer, de estímulos, do

¹⁴ Ver discussão de Michel Misse (2006; 2007) sobre mercadoria política.

esquecimento, busca da alegria ou do alívio. Nesse sentido, é interessante o trabalho de Olievenstein (1980) para entender a experiência adquirida com o consumo de drogas. O autor traz relatos de usos de algumas substâncias psicoativas com descrições bem subjetivas dessa experiência, questionando o motivo pela busca das substâncias, o que extrapola discussões puramente biomédicas e dialoga com o campo do psicológico.

Adentrando melhor na discussão sobre os usuários de drogas, a próxima seção apresenta outra forma de controle, importante para refletir sobre formas de cuidado e o poder do discurso biomédico nesse contexto.

1.1.2 A “saúde perfeita” e o “controle biomédico”

No lado da atenção àqueles que são classificados pelo Estado como usuários, há o movimento de concordância com a higienização da sociedade (Soares, 2021), sobretudo através da população usuária de drogas, diante do enfraquecimento de metodologias alternativas de cuidado ao usuário que apresenta demandas pelo uso substâncias psicoativas, como a redução de danos, e o fortalecimento de um cuidado mais restritivo baseado na abstinência e religiosidade (Santos, 2018).

A dinâmica de “tornar normal” e de controlar os usuários está ligada ao momento de classificação, pela biomedicina, do uso de certas substâncias psicoativas (SPAs) enquanto uma doença, patologizando essa ação. Por essa ótica, seria necessário, então, um controle do uso problemático para que o indivíduo possa restabelecer a sua integridade física e psicológica (Goffman, 1988).

O uso problemático de SPAs foi conceituado enquanto doença a partir da expansão da biomedicina enquanto ciência. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) começa a disseminar informações sobre os danos associados ao consumo de substâncias psicoativas por meio da Classificação Internacional de Doenças, assim como o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) aparece como um órgão de enorme influência internacional, discursando fortemente acerca de um enfrentamento do uso de substâncias psicoativas ilegais.

Após a I Guerra Mundial, a Liga das Nações insere a Organização Mundial de Saúde como uma entidade com legitimidade para oferecer referências sobre a saúde. A OMS, por sua vez, indica um padrão global de bem-estar do corpo, definindo as situações onde o organismo não opera de modo funcional, ou seja, apontando um

problema, uma doença. O estabelecimento da “dependência química” enquanto um problema médico reforça a ideia de repressão às drogas como necessária para combater algo disfuncional, que não está em perfeito funcionamento, atribuindo um código de classificação para essa doença.

A classificação internacional de doenças (CID) trata o consumo compulsivo e a relação problemática com alguma substância como um distúrbio compulsivo, ou seja, uma relação de dependência que gera o uso nocivo. Além dessa referência, a Associação Americana de Psiquiatria (APA), através do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) de 2002, insere a classificação do uso de drogas enquanto transtorno mental causado e induzido por substâncias. Essas duas principais referências internacionais oferecem a patologização por meio de seus manuais que são referências mundiais, abraçando a ideia de que pessoas que usam drogas e apresentam compulsão e “perda de controle” do uso estariam em condição de doença ou transtorno mental.

Assim como Loeck (2014), acredito na importância de questionar se existe tanta diferença entre a abordagem criminal e a médica. Levo em conta que, em muitos casos, o diagnóstico apresentado pela biomedicina, através dos manuais, vem em formato de “categoria de acusação” e de definição de um “problema” (Loeck, 2014, p. 40), para reforço de um estigma social a pessoas que usam drogas (Goffman, 1975).

Antes de trazer definições gerais e iniciais sobre a estrutura do estigma na sociedade moderna, o antropólogo Erving Goffman (1988) contextualizou o surgimento do termo em si, na sociedade grega. A palavra “estigma” foi utilizada primordialmente para evidenciar algo extraordinário ou mau em relação ao status moral de quem recebia **sinais corporais**, como cortes ou marcas de fogo no corpo, ou seja, relacionados à aparência física. Estes sinais destacavam que o portador era alguém afligido por uma espécie de poluição ou mancha na sua história e, logo, alguém a ser evitado.

O autor diz que o estigma pode ter a ver com vergonha e a expectativa que o outro tem sobre nós. Ou seja, o estigmatizado seria alguém que se afasta, de forma negativa, de expectativas particulares da sociedade, como as pessoas que usam drogas, que podem ser consideradas “menos humanas” (Goffman, 1988). Essa análise considera o lugar de grupos minoritários bem estabelecidos dentro de uma estrutura social, de forma que não é possível seguir uma investigação sem levar em

consideração a história política e social de onde o tema é tratado, no caso desta dissertação, o tema das drogas no Brasil.

Os sujeitos que possuem um comportamento desviante, incluindo as prostitutas, os criminosos, os “viciados em drogas”, os “vagabundos” e outros, são “pessoas engajadas numa espécie de negação coletiva da ordem social” (Ibidem, 1988, p. 155). Contudo, a aceitação comunitária dessas pessoas se restringiria aos seus espaços de vivência cotidiana, onde os “deslocados” se encontrariam.

Tanto a partir da visão moral-social como a partir da visão biomédica, de qualquer forma, essas pessoas não se enquadram na sociedade. Sobretudo quando falamos de instituições, sejam de Justiça, de assistência social ou de saúde, o estigma estará associado à figura do usuário de drogas: “Com a transformação do adoecer, que agora vai ser individual e que vai ocasionar a morte lentamente (a doença como forma de vida), surge o ‘doente’ com status e estigma” (Bonet, 2006, p. 33).

Em uma de suas obras mais importantes para o estudo dos desvios na antropologia e sociologia, Howard Becker (2008) se estabeleceu neste diálogo com a aplicação do termo *outsiders* para definir aqueles que não seguem as regras sociais estabelecidas por um determinado grupo, mesmo que o *outsider* não se reconheça neste local de rompimento com as normas, já que sempre haverá quem impõe e quem é submetido a alguma regra, lei, acordo ou tradição:

[...] **grupos sociais criam desvio ao fazer as regras cuja infração constitui desvio**, e ao aplicar essas regras a pessoas particulares e rotulá-las como *outsiders*. Desse ponto de vista, o desvio **não** é uma qualidade do ato que a pessoa comete, mas uma consequência da aplicação por outros de regras e sanções a um “infrator”. O desviante é alguém a quem esse rótulo foi aplicado com sucesso; o comportamento desviante é aquele que as pessoas rotulam como tal (Becker, 2008, p. 25, grifo meu).

O autor traz exemplos de transgressões para argumentar que, dependendo da tolerância social em relação a essa infração, a sociedade pode aceitar mais ou menos quem foi o infrator, se estabelecendo, então, um grau que define o quanto a pessoa é *outsider*. Sobre esse aspecto, Becker insere os “viciados em drogas” em uma categoria de *outsiders* que compreende a prática do uso de drogas como correta e, desse modo, o controle e a punição pelo uso seria um modo errado de “enfrentar” essas pessoas. A imposição da categoria de desviante, geralmente, não é refletida pelos grupos que a impõem, omitindo o caráter variável de um processo de julgamento.

Na visão médica em relação ao uso de drogas, o desvio seria a condição de uma doença, patologizada a partir da fuga de um corpo da situação de saúde: “O comportamento de um homossexual ou de um viciado em drogas é visto como **sintoma de uma doença mental**, tal como a difícil cicatrização dos machucados de um diabético é vista como um sintoma de sua doença” (Becker, 2008, p. 21, grifo meu). Tendo em vista isso, Becker entendeu que o desvio é uma escolha política com potencial para a desorganização social e, por isso, não existe sentido em buscar características de personalidade ou no histórico de vida para rotular uma pessoa enquanto desviante, marginal ou vagabundo.

As tentativas de controle do processo saúde-doença variam de acordo com a importância que cada sociedade atribui a essa condição. Para Octávio Bonet (2006), o modelo que opera a partir da especialidade do saber médico e das ciências médicas é chamado de “modelo biomédico”. É por meio desse modelo que são configurados diagnósticos ao paciente, ligados exclusivamente aos sintomas biológicos e físicos, desconsiderando, dessa forma, as possíveis demandas nas ordens social, comportamental e psicológica. Muitas críticas foram feitas sobre este modelo de cuidado, especialmente endereçadas pelas Ciências Sociais, sob o argumento da impossibilidade de separar o corpo de quem o habita, fazendo-se necessária a consideração de modelos alternativos de cuidado (Bonet, 2006).

Assim, a biomedicina se estabeleceu enquanto uma ciência das doenças, logo, baseada no controle de patologias que, como vimos, se traduzem nas situações em que o corpo não opera dentro de um padrão esperado pela ciência ou pela própria sociedade. Seria na ausência da saúde, e diante da disfuncionalidade de um corpo que precisa ser tutelado/cuidado/controlado, que a biomedicina agiria para que se alcance minimamente o status de normalidade perante a ciência. Por isso, uma das minhas principais preocupações neste trabalho é a atribuição feita ao uso de drogas enquanto uma “doença”, nominada pelas instituições e redes que cuidam e até mesmo pelo próprio sujeito que usa drogas, como veremos adiante nas entrevistas.

O “modelo biomédico” se apresenta configurado no cuidado/atenção individualista, onde o corpo é análogo a uma máquina que opera a partir de movimentos racionalizados e calculados:

A racionalidade científico-mecanicista que, como se viu, é central na constituição da biomedicina, ocasiona uma separação entre a arte de curar e uma disciplina das doenças. Tal separação coincide com o momento no qual

a anatomia e a fisiologia, estudadas em termos mecanicistas, se somam a um sistema classificatório das doenças (a patologia) que pode destruir a máquina representada no corpo humano. Com isto, a biomedicina transforma-se em um discurso sobre as doenças, deslocando a teorização sobre a saúde e o homem (Bonet, 2004, p. 32).

Essa visão transfere os demais saberes e práticas não-médicas para o local de “não-científico”, como são as terapias alternativas de cuidado, como a redução de danos. Esses outros saberes, advindos da “medicina romântica” (Ibidem, 2006), ultrapassam as fronteiras do corpo físico e vão de encontro também com outras esferas da vida, porém, são entendimentos sobre cuidar e estar saudável, muitas vezes desautorizados pelos saberes e práticas “verdadeiramente científicas”.

A disputa de narrativas sobre controle dentro do campo das drogas pelo lugar da verdade também é trazida por Jardel Fischer Loeck (2014). O autor, assim como Bonet (2006), mostra como o "controle biomédico" inventa a “dependência química” como um diagnóstico para uma doença, como qualquer outro problema de saúde:

A ideia de dependência química (*addiction*) teve enorme influência nessa construção prático-discursiva normalizadora e, no caso do uso de substâncias ilícitas em países com legislação proibitiva como o Brasil, o entrecruzamento entre as duas esferas normativas ainda é bastante observável (Loeck, 2014, p. 29).

Loeck (2014) explica que o diagnóstico médico, cercado do saber biomédico, o qual busca a “saúde perfeita”, se aproxima da normatividade de uma abordagem criminal. É preciso ter bastante atenção no poder dos diagnósticos, tendo em vista que o saber médico não fornece apenas uma informação sobre uma doença ou estado de saúde, mas também é capaz, a partir da autoridade deste poder, de informar **diagnósticos morais**. Para Loeck:

Quando esse diagnóstico está ligado diretamente a práticas que são socialmente reprimidas e criminalizadas de antemão, ele pode significar mais do que uma simples indicação terapêutica. O uso de substâncias psicoativas já não desperta a simpatia geral da sociedade brasileira, ainda bastante centrada na visão proibicionista. E quando esse uso é abordado pela via da patologia, outros fatores agravantes entram em ação, aí relacionados com algumas características que são apontadas como recorrentes em dependentes químicos. Não deixa de ser uma “categoria de acusação”, que acarreta em estigma social (Loeck, 2014, p. 40).

O diagnóstico enquanto uma “categoria de acusação” revela como o “controle biomédico” opera no fortalecimento do estigma ao usuário de drogas. Diante desse entendimento, usar drogas se torna uma ação que foge à normalidade, sendo

necessária a intervenção criminal ou médica para tratar um problema de desvio social. Neste primeiro capítulo, um último elemento deve ser trazido para a reflexão, de modo a questionar as práticas de controle que mostrei até então: a substância, o contexto e o sujeito são importantes para diferenciar os tipos de uso de drogas e, assim, auxiliam numa compreensão mais justa sobre essa prática social.

1.1.3 O uso de drogas como prática social

O *III Levantamento nacional sobre uso de drogas pela população brasileira* realizado pela Fiocruz, em 2017, evidencia os padrões de consumo e os tipos de drogas mais consumidas no Brasil. O estudo mostra como o uso do álcool e do tabaco é normalizado em nossa sociedade. Indicando, inclusive, que a prevalência do consumo de álcool e tabaco no Brasil é maior do que a de substâncias ilícitas.

O levantamento da Fiocruz aponta que o álcool é a principal droga envolvida em acidentes de trânsito e situações de violência. Mesmo assim, as bebidas alcoólicas continuam lícitas e produtoras de relações sociais. Interessante notar neste relatório é que quem consumiu alguma substância na vida e procurou tratamento reporta, em maior frequência, que o fez pelo uso do álcool, seguido do tabaco e depois cocaína.

Num cenário mais amplo, a partir do *Relatório Mundial sobre Drogas* lançado em 2023 em referência ao ano de 2022, a UNODC aponta para um fenômeno de crescimento no uso de drogas em 26% entre 2010 e 2020 na população mundial. Contudo, eles excluem da análise a avaliação do consumo de álcool e tabaco. Este relatório é importante para informar o padrão de consumo de cannabis, cocaína, opióides, tranquilizantes e estimulantes e novas substâncias psicoativas, mas revela que, ao menos nas Américas, há o policonsumo da maconha e cocaína combinadas com o álcool.

A UNODC, enquanto organismo internacional, reconhece o problema mundial das drogas e o impacto na saúde coletiva. O relatório estimou que, em 2022, 4% da população mundial consumiu cannabis, revelando um aumento de 23% do consumo nos últimos 10 anos. Além disso, 13,6 % da população mundial registrou demandas e problemas associados ao uso de drogas. Ou seja, o número saltou de 27 milhões de pessoas com problemas em 2010 para 38,6 milhões em 2020.

Essas análises epidemiológicas são extremamente relevantes para informar a sociedade acerca dos padrões e tipos de substâncias consumidas no planeta, porém

apresentam um limite que se revela essencial nas Ciências Sociais: não contextualizam o ambiente e os sujeitos que realizam esse consumo.

Uma das principais contribuições às Ciências Sociais para o tema das drogas é a possibilidade de ultrapassar a avaliação criminal e biológica de como enfrentar e conviver com o uso de substâncias psicoativas. Os elementos culturais e sociais fazem parte dos indivíduos e afetam seus comportamentos, que serão avaliados socialmente como bons ou ruins.

Desde o momento em que a medicina se estabeleceu e permaneceu enquanto entidade monolítica no debate público (Fiore, 2013), o desafio das Ciências Sociais aumentou, principalmente na busca por uma reflexão que ultrapassa a classificação do uso de drogas como um desvio (Becker, 2008) para entender o **como** e o **por quê** dessas situações. Todavia, para Fiore (2013), essa controvérsia com a biomedicina permanece presente nos estudos em drogas das Ciências Sociais:

[...] não há uma substância e nem um indivíduo como elementos universais e objetivos, mas há contextos sociais e culturais diferentes, de substâncias diferentes e realizados por indivíduos diferentes e, sem a devida atenção a essas diferenças, não é possível se compreender o fenômeno. Essa conclusão, aparentemente óbvia, está longe de ser ponto pacífico na zona de intersecção entre ciências biomédicas e sociais e, portanto, continua sendo controversa (Fiore, 2013, p.7).

Para o autor, o desafio metodológico diante dessa proposta das Ciências Sociais seria a compreensão sobre o alcance dos efeitos desejados com o consumo, que é operacionalizado pelo manejo de técnicas e dosagens específicas, a depender do contexto do uso e do significado atribuído a ele. Por isso, ele se inspira no tripé definido por Norman Zinberg (1984) que orienta a análise do uso de drogas tendo em mente a substância, os indivíduos e suas bagagens sociais e o contexto ou cenário de uso. Para Fiore (2013):

[...] o uso de drogas se relaciona de maneira inextricável às demais dimensões da vida de sujeitos que, entre uma miríade de outras ações, também tiveram ou têm essa prática. A especificidade da alteração química da consciência é, de fato, algum nível de imponderabilidade, posto que seu objetivo último é justamente esse, alterar a normalidade, mas essa alteração está inserida numa longa trajetória de relação com essas substâncias e com o dispositivo que as ordena socialmente. Essa relação antecede, inclusive, o próprio consumo (Fiore, 2013, p. 18).

A proposta bem-sucedida de Mauricio Fiore foi a análise de sua própria experiência de uso de drogas e de sua rede, onde se colocou no local do objeto que pretendia estudar. Apesar de admirável a metodologia utilizada, em meu trabalho, não me concentrei na realização de uma observação-participante como aquela empreendida por Fiore, apenas na observação, por um tempo determinado, de práticas, discursos e relações dentro de um espaço específico, dedicado a oferecer um tratamento dentro de uma rede de saúde.

O “normal” é uma prática ontologicamente humana (Müller & Schumann, 2011) e todo uso é classificado diante do seguinte cenário: qual substância está sendo usada, quem é o sujeito que está usando (características socioeconômicas e físicas) e qual o ambiente em que este sujeito está inserido, ou seja, seu contexto sociocultural de consumo. No Brasil, a prática do uso de drogas não é aceita socialmente e isso contribui para a aplicação de medidas que consideram o uso de drogas, especialmente as ilícitas, como problemático. Bons e maus usos são definidos a partir dos contextos e dos padrões sociais.

A seguir, comento alguns exemplos de contextos de uso de drogas, a partir do olhar proposto por Jardel Fischer Loeck (2014), para o uso de psicoativos, sendo lícitos ou não, como um hábito de sociabilidade. O autor apresentou sua experiência de campo, onde investigou as regiões boêmias da cidade de Porto Alegre/RS, espaços em que há a concentração de bares e um fluxo constante de pessoas:

São práticas ou mesmo hábitos de sociabilidade que são mediados pelo uso de substâncias psicoativas como álcool, maconha e cocaína. O consumo das substâncias não necessariamente é o objetivo último, único ou principal, mas como sugere Vargas (2006), atua como mediador – no sentido latouriano, de que faz fazer – da própria sociabilidade, esta sim o elemento mais importante. [...] A maconha é fumada em pontos discretos das ruas, a cocaína inalada nos banheiros de bares, telefones públicos ou dentro de carros, e o álcool é o grande mediador da própria sociabilidade de vida noturna no bairro (Loeck, 2014, p. 51).

Neste sentido, outro importante cientista na área de álcool e outras drogas, Carl Hart (2013), consegue nos contar, a partir de sua experiência pessoal, a simbologia associada aos usos de drogas. Hart é professor na Universidade de Columbia, nas áreas de psicologia e psiquiatria, com ênfase nos estudos sobre usos de drogas. O autor nos traz exemplos de situações onde usou drogas, empenhado na ação através de uma preocupação com a imagem que causaria para seu grupo de amigos, ou seja, ele tentou se encaixar na lógica de “ser cool”, com hábitos da moda, mas sem que

isso afetasse a sua percepção acerca do controle que deveria ter sobre sua mente e corpo.

Nos relatos de Carl Hart, podemos verificar a importância que os fatores sociais exercem para o consumo de drogas: a descrição envolve o uso social do tabaco de forma moderada, a partir de uma preocupação com o desempenho atlético que deveria exercer, além do uso e venda de maconha como forma de fazer e manter amigos deste ciclo “descolado”. Ou seja, baseado na sua experiência, o uso e a venda de drogas eram utilizados como forma de estabelecer relações sociais.

Outro aspecto muito interessante levantado pelo autor é a questão dos fatores de risco associados ao uso de drogas, que são entendidos socialmente para estabelecer quem está mais sujeito a sofrer danos relacionados ao consumo de drogas. Por exemplo, no Brasil, os fatores de risco para o uso de drogas seriam definidos pela raça, idade, renda e espaço de consumo. Carl Hart (2013) quebra essa lógica, contando que não seguiu o discurso social sobre os fatores de risco, mesmo sendo um homem periférico e negro.

Para os que voltam sua atenção para a patologia, naturalmente, minhas experiências com drogas seriam consideradas uma aberração. Tive, na infância, muitos fatores de risco para o vício. Eles são outra parte do diálogo sobre drogas e vício que muitas vezes é mal compreendido. Por exemplo, cresci num ambiente de violência doméstica. Só isso já se vincula a um risco de vício que pode ser duplicado ou até quadruplicado em comparação com pessoas que não vivem num lar marcado pela brutalidade. Meu pai decerto usava álcool, outro fator associado a um risco duplo ou quádruplo. Além disso, minha mãe às vezes fumava quando estava grávida e meus pais se divorciaram - ambos fatores também fortemente associados a risco elevado. Por outro lado, eu vivia num bairro pobre com escolas ruins, numa época marcada pelas tensões raciais (Hart, 2013, p. 123).

É preciso assumir que, no Brasil, o consumo de drogas não é classificado como um hábito, mas como um crime ou doença e que isso impacta diretamente na forma que os sujeitos se enxergam diante do uso. Em muitos casos, há um reconhecimento patológico pelo próprio usuário do uso de drogas enquanto uma doença e isso implica na aderência a algum plano terapêutico que lida com as suas questões fisiológicas, biológicas e psicossociais, de modo que o tratamento da doença possa retomar a normalidade do corpo e das relações sociais. Nesse processo de reconhecimento de um problema, entra a construção da ideia de um “bom cuidado” (Pols, 2006; Muusse et al., 2022).

O conceito do “bom cuidado”, proposto por Pols (2006) se refere às praticidades colocadas no cotidiano de uma pessoa para a melhora da sua qualidade de vida em relação à sua “doença”, sofrimento ou “problema”. O Capítulo 4 propõe analisar essa categoria, entre outras, no contexto do uso de drogas, a partir da perspectiva dos usuários sobre a forma que o cuidado se desenvolve no dia a dia do tratamento.

Letícia Canônico de Souza e Natália Maximo Melo (2016) investigaram os efeitos da implementação do Programa De Braços Aberto na região conhecida enquanto *Cracolândia*, em São Paulo. A partir da análise feita pelas autoras, observou-se a intensificação da institucionalização dos sujeitos ocupantes da região. Diferentes equipamentos com seus diversos entendimentos sobre o “bom cuidado” se concentraram neste território, oferecendo, com a presença intensa do Estado, o vigiar, acolher, tratar, internar e combater para pessoas que circulam e usam drogas nesse espaço.

Diante das várias possibilidades de entender e ofertar o “bom cuidado”, a prática do **cuidar** do outro acaba saindo de um plano privado e doméstico, fugindo para o plano público nas situações em que a autonomia do indivíduo passa a ser questionada. Souza e Melo (2016) verificam na ação estatal na *Cracolândia* a seletividade sobre quem deve ser cuidado e quem deve ser combatido, sendo que, ao final, a “ordem pública” seria afetada de qualquer modo e, por isso, o controle surge em alguma medida, seja no âmbito social, penal ou biomédico.

Neste capítulo conhecemos as formas de controlar populações colocadas à margem pela sociedade, mais especificamente as pessoas que usam drogas. A aplicação de medidas legais e repressivas em usuários de substâncias psicoativas é uma escolha política, representada na história do Brasil desde as primeiras legislações e normas proibicionistas. Mesmo diante das discussões mais contemporâneas, que questionam a forma de abordar a temática em nossa sociedade, é perceptível a necessidade de avanços urgentes na política de drogas brasileira que atinge, principalmente, os mais pobres, com baixa escolaridade, negros e jovens.

Em relação ao “controle biomédico”, apresentado por manuais e regras que oferecem patologias para as pessoas que usam drogas, notamos a necessidade de maior integração entre a Ciência Biomédica, as Ciências Sociais e outros campos, para a promoção do acesso à direitos de usuários. Os modos de produzir o cuidado na prática se baseiam no entendimento social de um problema e nas formas definidas para controlar esse problema. O capítulo seguinte descreve o arranjo das políticas

públicas de atenção e cuidado a usuários de drogas no Brasil, caracterizado pela compreensão das drogas de modo menos elástico, firmado sobretudo nas orientações do "controle legal" e do "controle biomédico". Porém, o capítulo mostra ferramentas importantes e inovadoras na ciência do cuidado, norteadas pela compreensão da possibilidade de múltiplas experiências com a droga.

2 POLÍTICA DE ATENÇÃO A USUÁRIOS DE DROGAS NO PAÍS E O CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL

2.1 HISTÓRICO DA POLÍTICA DE ATENÇÃO SOBRE DROGAS NO BRASIL

Antes de partir para a análise das percepções dos usuários de drogas sobre o “bom cuidado”, principal esforço deste trabalho, volto às percepções de cuidado a partir da ótica institucional. A partir do momento que a agenda pública incluiu o uso de drogas como um problema de saúde coletivo, houve um movimento institucional para acolher demandas derivadas do uso de drogas e para cuidar das pessoas com necessidades e vulnerabilidades decorrentes desse consumo.

Entre tantos entendimentos, o ato de cuidar pode ser considerado uma forma de trabalho ou atendimento necessário, especialmente em situações de extrema vulnerabilidade. Ainda há outras interpretações simbólicas e práticas. Nesse sentido, é esperado que todos esses atores, interessados no uso de drogas como problema de saúde coletivo, tenham percepções heterogêneas sobre o cuidado. Principalmente se pensarmos que cada instituição é formada por um conjunto de profissionais com entendimento próprio e subjetivo sobre a simbologia e a prática do cuidado. Por isso, podemos considerar esse um campo em constante disputa de significados e ações, traduzidas em políticas públicas que foram construídas ao longo dos últimos anos no Brasil com o objetivo de lidar com a questão do uso de drogas no País.

No capítulo anterior, busquei expor as lógicas de controle, tanto criminal como médico, do uso de substâncias psicoativas no Brasil. Essas referências de controle reverberaram invariavelmente nas políticas de atenção aos usuários de drogas, que acompanharam o século XX em contexto de criminalização e patologização do uso de substâncias, até o século atual, no contexto de reformas sobre políticas sociais, especialmente a Reforma Psiquiátrica (lei 10.216/2001), que discutirei melhor em breve.

Desse modo, o presente capítulo pretende: passar pelo histórico das principais políticas articuladas para atender aos usuários de drogas no Brasil; discutir os aspectos centrais da Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas de 2004; e trazer as tensões existentes no campo do cuidado a usuários de drogas no Brasil, destacando as divergências entre Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas e Comunidades Terapêuticas.

Pela ótica dos controles discutidos no capítulo anterior, observamos que os avanços no debate político sobre o proibicionismo de drogas andaram a passos lentos e continuam em movimentação para o aprimoramento dos direitos humanos e sociais de usuários no Brasil. Aos poucos, o país se insere num cenário internacional, em busca constante pelo rompimento com aquela guerra, travada na década de 1970, contra as drogas. Neste contexto, as políticas pensadas para a atenção, tratamento e reinserção social de usuários fazem parte da mudança em curso na visão sobre o uso de drogas como parte da sociedade e prática social, já que oferece o cuidado ao invés do encarceramento e repressão, mesmo que caminhando ao lado de conceitos, sobretudo do campo da saúde, que promovem a institucionalização das pessoas.

É possível considerar o Brasil uma referência na atenção pública em saúde e assistência social, apesar das dificuldades e constantes desafios. Mas nem sempre ocorreu dessa forma e pretendo mostrar um pouco da história de formação das políticas públicas de atenção a usuários de drogas, inseridas no contexto do cuidado em saúde mental desde o primeiro equipamento criado no país com este objetivo.

Podemos ver o início dessa história no século XX, com as primeiras iniciativas de hospitais psiquiátricos no Brasil. Em Minas Gerais, na cidade de Barbacena, houve a instalação de um desses hospitais, no ano de 1903. Também apelidado de “Hospital Colônia”, “Sucursal do Inferno”, “Porões da Loucura”, “Campo de Concentração Nazista” e “Holocausto Brasileiro”, o manicômio sobreviveu por quase nove décadas e foi responsável por mais de 60 mil mortes de pessoas ali internadas¹⁵. O objetivo dessa instituição era a realização da higiene social, operada com a violência enquanto ferramenta para controle da população considerada “desajustada” para a vida em sociedade. Neste grupo, ficavam os homossexuais, pessoas em situação de rua, usuários de drogas, mães solteiras e outros julgados indesejados.

Diversos autores brasileiros como Daniela Arbex (2013) e Elizeu Antônio de Assis (2021)¹⁶ se dedicaram ao estudo e investigação das práticas desenvolvidas no Hospital Colônia, palco de uma série de violações em direitos humanos de pessoas em situação de vulnerabilidade. Os estudos narram as violações, torturas e mortes

¹⁵ Para conhecer melhor, recomendo a leitura da reportagem do El País (2021), disponível em: <https://brasil.elpais.com/brasil/2021-09-05/barbacena-a-cidade-manicomio-que-sobreviveu-a-morte-atroz-de-60000-brasileiros.html>.

¹⁶ O principal trabalho de Daniela Arbex (2013) sobre este tema é intitulado *Holocausto brasileiro: Genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil*. O trabalho de Elizeu Antônio de Assis (2021) tem o título: *Exilados na pátria: tratamento de "alienados" no Centro Hospitalar Psiquiátrico de Barbacena, 1903-1979*.

praticadas pelo Estado, sob a autorização da categoria médica e, muitas vezes, com a concordância social para os abusos cometidos. É importante recuperar parte dessa história, que influenciou as iniciativas posteriores no campo do cuidado em saúde mental desenvolvidas no Brasil e a forma que a sociedade lidou com os pacientes psiquiátricos.

Podemos entender que as primeiras instituições responsáveis pela internação e prisão de pessoas não desejadas pela sociedade onde, em muitos casos, haviam transtornos mentais envolvidos, foram esses hospitais psiquiátricos, espalhados pelo Brasil no século passado. Tais espaços, que se fecham em si e podem incluir a proibição da saída com a instalação de portas, paredes altas, arames e ferros para separação física do local com o mundo exterior, foram nomeados por Goffman (2001) como “instituições totais”. O antropólogo estabelece cinco agrupamentos para esse tipo de instituição:

- Local para o cuidado de “incapazes inofensivos”;
- Local para o cuidado de “incapazes” que representem alguma ameaça social (como portadores de doenças contagiosas e doenças mentais);
- Local para a proteção da sociedade contra ameaças intencionais (presídios);
- Local para a realização de alguma atividade laborativa (quartéis, internatos e colônias); e
- Local para a busca de refúgio do mundo (conventos e mosteiros).

Nesses locais, os aspectos básicos da sociedade moderna, como o sono, o lazer e o trabalho são realizados através do monitoramento por uma autoridade e dentro de um mesmo espaço físico, com horários e rotinas definidos e alinhados aos interesses da instituição. Destacam-se os estereótipos antagônicos bem definidos entre os internados/internos e profissionais/autoridades que dirigem esses locais, que para Goffman seriam “[...] estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu” (op. cit., 1974, p. 22). Dessa forma, cabe a realização da relação dos manicômios e hospitais psiquiátricos com as “instituições totais” teorizadas por Goffman (2001).

No agrupamento para o cuidado de “incapazes” que representem ameaça social, um outro tipo de instituição surgiu no Brasil experimentalmente na década de 1950: as Comunidades Terapêuticas (CTs). Caminhando ao lado das iniciativas que

pudessem acolher os “desviantes”, entre eles os usuários de drogas, as CTs prometeram substituir a oferta de manicômios, para um equipamento capaz de gerar a convivência comunitária entre internos e “tratar” o uso de drogas.

Enquanto organizações da sociedade civil, as Comunidades Terapêuticas oferecem o acolhimento de pessoas que desejam suspender o uso de drogas, superando os sintomas físicos da abstinência através do isolamento do meio social. Para isso, essas “instituições totais” (Goffman, 1974) normalmente são baseadas em locais afastados das cidades, em zonas rurais, para evitar o contato dos internos com o mundo externo. Para promover a correção dos desvios, as CTs funcionam através de normas, rotinas, disciplina, trabalho e, em grande parte dos casos, espiritualidade. Como uma forma de tirar o foco dos sintomas da abstinência, os próprios acolhidos realizam as atividades de manutenção e serviços gerais do local onde passam a morar, ou seja, eles limpam, cozinham, constroem e consertam para treinar a rotina, a disciplina e o trabalho como substitutivos da vontade de usar a substância (Barroso, 2020).

Além das CTs, as Clínicas Médicas e os grupos de ajuda mútua como Narcóticos Anônimos e Alcoólicos Anônimos são instituições que se pautam na abstinência para a realização de um tratamento. Nas clínicas e CTs, o isolamento em um local fechado é o principal recurso que permite a aplicação de regras, como horário para acordar, comer e dormir, para alcançar a suspensão do uso das substâncias.

A partir do levantamento realizado pelo Ipea em 2017, foram mapeadas cerca de duas mil Comunidades Terapêuticas com registro no Brasil, onde 95% delas declararam realizar atividades espirituais no tratamento (IPEA, 2017). Estima-se que esse número seja bem superior, tendo em vista que muitas CTs operam sem regulamentação e, por isso, não podem ser contabilizadas. Além disso, existe uma lacuna na atualização de pesquisas sobre essas instituições¹⁷. O processo de regulamentação e financiamento das CTs será detalhado na última seção deste capítulo.

Seguindo os marcos sobre saúde mental e atenção a usuários de drogas, percebemos a influência que o Brasil teve por movimentos iniciados na Europa,

¹⁷ A Frente Parlamentar da Saúde Mental lançou recentemente o Raio-X das Comunidades Terapêuticas, uma Plataforma de Pesquisa e Fiscalização das entidades com Financiamento Público Federal. Nesta plataforma é possível acessar a documentação mais atualizada e detalhada sobre as CTs no Brasil. Para acessar: <https://frentedasaudemental.com.br/raio-x-das-comunidades-terapeuticas/>.

sobretudo na Itália e na França, que buscavam a melhoria na atenção de pessoas hospitalizadas e institucionalizadas por demandas mentais (Basaglia, 2005). Anterior ao que se chama de Reforma Psiquiátrica, a atenção em saúde mental se dava guiada, principalmente, pelo saber médico, sem integração com outras áreas do cuidado.

Somado ao contexto internacional que demandava por uma mudança prática sobre as formas de atenção na saúde, o cenário de revolta social da década de 1970 no Brasil, após um longo período de governos ditatoriais, influenciou para que o movimento da luta antimanicomial fosse apresentado para dar início à Reforma Psiquiátrica. As reivindicações por melhorias para a população foram traduzidas por uma série de movimentos sociais da década de 1980, que pautavam a reforma nas leis sobre saúde e a introdução de inovações aplicadas aos serviços disponíveis na rede pública de saúde e assistência.

Uma das iniciativas mais importantes que aconteceram nesta época foi a criação do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1986 na cidade de São Paulo. Mais tarde, na década de 1990, os CAPS foram regulamentados, mas só foram consolidados dentro da rede de saúde e assistência pública em março de 2002, com a Portaria SAS/189/2002. Detalharei melhor a inserção desses centros no arranjo de políticas públicas para atenção a usuários de drogas mais à frente.

Para Andrade e Maluf (2014), o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil (2001) teve grande influência da Reforma Sanitária em 1988 que, por sua vez, foi influenciada pelas discussões trazidas pela I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987. O espírito das mobilizações em prol da saúde mental no final da década de 1980 até o início dos anos 2000 focalizou nos sentidos que os usuários dos serviços de saúde mental atribuíam ao cuidado, percebendo que havia uma falta de proximidade entre a linguagem do campo e dos profissionais com a linguagem dos pacientes.

Na esteira de mudanças da década de 1980, a metodologia da Redução de Danos emergiu em países europeus, principalmente Itália e França, com o objetivo de controlar as infecções por HIV e disseminação do vírus. No Brasil, a prática de troca de seringas entre usuários de drogas injetáveis foi adotada na década de 1990 pelo Ministério da Saúde, enquanto medida de RD. A redução de danos envolve práticas de troca de substâncias, troca de materiais para o uso da substância, promove a

cidadania com o reconhecimento e a luta por direitos dos usuários e não exige a abstinência como um pré-requisito de tratamento.

Fábio Mesquita (2020), um dos principais atores que incitaram a aplicação da Redução de Danos no Brasil, oferece um panorama sobre a RD em um contexto proibicionista de drogas. O autor lembra que a cidade de Santos foi palco para a inauguração de medidas de RD para usuários de drogas injetáveis na década de 1980 e que, na década seguinte, na Bahia, o primeiro programa para troca de seringas no Brasil foi desenvolvido pelo Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Nesta conjuntura de prevenção e diminuição da disseminação do HIV no território brasileiro, o governo federal garante a sua participação por meio do Programa Nacional de Aids (1988), baseado nas medidas de RD que estavam surgindo no país. A sociedade civil participou deste momento importante de institucionalização da RD, como pode ser visto com a criação da Associação Brasileira de Redução de Danos (ABORDA), em 1997 e da Rede Brasileira de Redução de Danos (REDUC), em 1998.

A expansão de movimentos e associações empenhadas na difusão da RD para o tratamento de pessoas que usam drogas motivou os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas a utilizarem esta ferramenta como modelo de atenção, mesmo que a orientação para tal só viesse mais tarde, na Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, em 2004.

Mesquita (2020) destaca a relevância de projetos desenvolvidos à época como o “De Braços Abertos”, nascido em São Paulo em 2014 e reconhecido internacionalmente. O programa foi financiado pela Senad no governo Dilma Rousseff (2011-2016) e atuou em uma das principais cenas de uso de crack do país, conhecida como *Cracolândia*. Esse projeto possuía uma abrangência psicossocial, inspirado na RD, para além do cuidado em saúde, entendendo a relevância da articulação de outras áreas da vida do usuário, como moradia, lazer e trabalho.

Um último projeto que merece destaque entre as iniciativas de Redução de Danos no Brasil é o “Corra pro Abraço”, localizado há 11 anos na Bahia, cujo objetivo principal é a ação da RD para situações de extrema vulnerabilidade social. O projeto atua na rua, oferecendo escuta, cuidado e diálogo a usuários de drogas que necessitam enfrentar a extrema miséria por meio do apoio institucional no âmbito da saúde, assistência social e Justiça. As ações do “Corra pro Abraço” envolvem a arte-

educação, realização de cursos, rodas de conversa, oficinas, orientação jurídica, promoção da educomunicação e distribuição de kits de redução de danos. Até hoje o projeto já realizou mais de 292 mil atendimentos, teve 35 mil beneficiários e um empenho de 35 milhões de reais para desenvolvimento das ações.

A emergência da RD como estratégia alternativa à abstinência total demonstrou a proximidade do debate sobre a saúde das pessoas que usam drogas com o campo da saúde mental (Prudêncio; Senna, 2022). Tal proximidade é traduzida com a difusão dos serviços extra-hospitalares, com a lógica de um cuidado próximo à comunidade e à família do paciente e com a promoção da autonomia dos sujeitos, entendendo que, enquanto cidadãos, os usuários são detentores de direitos. Essa virada no pensamento político-social do país e da administração pública como produtora de políticas públicas é fundamental para dar partida no desenvolvimento de ações que integrem essas pessoas a outras áreas da vida, para além de elementos restritos à moralidade e ao sofrimento do corpo. Jardel Fischer Loeck (2014) interpreta a Redução de Danos da seguinte forma:

[...] pode ser vista como um paradigma que constitui outro olhar sobre a questão das drogas e álcool e institui outras tecnologias de intervenção, que respeitem a diversidade das formas de ser e estar no mundo, e promovam saúde e cidadania; como um conjunto de estratégias para promover saúde e cidadania, construídas para e por pessoas que usam substâncias psicoativas ilícitas e lícitas, e que buscam minimizar eventuais consequências negativas do uso dessas substâncias sem colocar a abstinência como único objetivo do trabalho em saúde; também pode ser vista como uma política pública centrada no sujeito e constituída com foco na promoção da saúde e cidadania das pessoas (ibidem, p. 73).

Entrando no ritmo de reformas e realização de conferências sobre saúde, como a I Conferência Nacional de Saúde Mental (1987) e o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental (1992), a Lei da Reforma Psiquiátrica sai do papel, em 2001. Todos esses projetos representaram o rompimento com a ideia da internação e da hospitalização enquanto necessárias para ofertar um cuidado de qualidade. Na verdade, há uma valorização da articulação dos serviços especializados em saúde mental com a atenção básica de saúde, para promover uma atenção baseada na territorialidade e nas redes da pessoa em atendimento.

Embalada por esses contextos, a Política Nacional sobre Drogas instituída em 2002¹⁸¹⁹, logrou engajar a sociedade no debate sobre o uso de drogas, o tratamento adequado e a prevenção ao uso de qualquer substância²⁰. É interessante que essa política faz a diferenciação dos tipos de usos de drogas, entendendo a existência de inúmeros contextos de consumo. O texto de Loeck (2014) se concentra no eixo referente ao tratamento, prevenção e reinserção social. Para o autor:

A prevenção, de maneira geral, não parte do pressuposto de **aumentar a chance de bons usos** e sim de **evitar quaisquer usos, pois podem acarretar em consequências ruins**. De alguma maneira, pode-se relacionar essa ideia de prevenção [...] com um tipo de intervenção de saúde, na medida em que se baseia nas possíveis consequências negativas para a saúde do indivíduo e da sociedade (Loeck, 2014, p. 64, grifo meu).

Essa visão é bastante parecida com o que foi apresentado por mim no capítulo anterior, sobre as formas de ação do Estado, e com o que será abordado no capítulo 4, onde refletirei sobre as formas de cuidado e entendimentos de boas práticas. Neste eixo da política, a prevenção é entendida como proteção à exposição de substâncias em seu modo arriscado, contudo, existem outros tipos de prevenção priorizados pela política, além deste:

- Prevenção Primária: busca evitar ou atrasar o consumo de drogas;
- Prevenção Secundária: busca evitar o consumo frequente e prejudicial de drogas; e
- Prevenção Terciária: busca evitar os danos associados ao consumo de drogas e auxiliar na reinserção social de pessoas que apresentarem demandas geradas pelo uso.

Além do eixo de prevenção da política nacional sobre drogas, neste trabalho cabe destacar a estratégia da Redução de Danos, que se traduz em um conjunto de ferramentas para o cuidado de pessoas já envolvidas em um uso que possivelmente desencadeou danos sociais e de saúde. Essa é uma das temáticas de maior disputa no campo do cuidado, especialmente nos CAPS AD, espaços onde a preconização da RD está no projeto da política, ao invés da utilização da abstinência como principal objetivo do tratamento.

¹⁸ Com a versão mais recente aprovada em 2019.

¹⁹ Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002.

²⁰ Prevenção, Tratamento, Acolhimento, Recuperação, Apoio, Mútua Ajuda e Reinserção Social, Redução da Oferta, Estudos, Pesquisas e Avaliações.

O autor faz uma crítica contundente ao modo mercadológico envolvendo a não utilização e priorização da Redução de Danos como estratégia de cuidado. O paradigma tanto trazido para as discussões entre os modelos de atenção, reside, segundo a reflexão de Loeck (2014), no seguinte aspecto:

[...] sendo a redução de danos um tipo de estratégia ou prática que prima por compartilhar a responsabilidade dos estados de saúde, seja em termos preventivos ou terapêuticos, com o próprio indivíduo, fica claro que a rede de cuidado privada e complementar dificilmente abraçaria esta causa, este modus operandi. Afirmo isto pensando no âmbito comercial ou mercadológico que as definições patológicas e terapêuticas sobre o uso de psicoativos estão inseridas. No diagnóstico e no tratamento como bens comerciais, produtos. Neste sentido, a RD não é a opção mais desejável quando se pretende gerar lucro a partir da aplicação de determinados procedimentos os quais apenas profissionais e técnicos podem executar. Neste sentido, o principal é a submissão do paciente/cliente ao conhecimento e aos procedimentos técnicos e científicos dos diversos modelos terapêuticos (p. 71).

2.1.1 Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas

Coloca-se em disputa, uma necessidade de reavaliação da administração pública sobre as prioridades para o tema das drogas no Brasil, diante da percepção de altos custos gerados para o Sistema de Saúde Pública no empenho em políticas públicas fragmentadas e com pouca abrangência. Dessa forma, a Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (Pauad) de 2004 é pensada diante do entendimento e da necessidade de uma visão ampliada e compartilhada para a atenção ao fenômeno do uso de drogas, de modo a oferecer terapias, prevenção, reabilitação, educação e saúde enquanto estratégias de cuidado. Além disso, a Pauad oferece uma crítica a abordagem com foco exclusivo na percepção médica e demais percepções que tiram o sujeito de seu convívio social e que fortalecem o estigma da condição de dependência de uma substância. O entendimento do objeto de cuidado deixa de ser a condição de uma doença e passa a ser o sofrimento social, cultural e politicamente influenciado:

A dependência das drogas é um transtorno onde predomina a heterogeneidade, já que afeta as pessoas de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Muitos consumidores de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros

sequer procuram tais serviços, pois não se sentem acolhidos em suas diferenças. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário. Temos ainda presenciado o aparecimento de novas substâncias de abuso e novas formas de consumo, que adotam características próprias e requerem modalidades de prevenção adaptadas aos consumidores e aos contextos onde são consumidas (Brasil, 2004, p. 8).

A Pauad assume o desafio de aliar o campo individual da intervenção clínica ao campo coletivo da saúde pública e compartilhada, muitas vezes sendo observada a persistência do conflito em relação às práticas de saúde dos profissionais de ponta. Ou seja, é reconhecida a interpelação das práticas de cuidado na oferta de uma atenção transversal para atender de maneira mais integral os usuários do sistema de saúde, incluindo pessoas que usam drogas e que apresentam demandas relacionadas ao consumo.

Assim, a Pauad se posiciona enquanto apoiadora das singularidades e complexidades dos sujeitos e da abordagem da redução de danos como um método promotor da saúde²¹, aliado à liberdade e corresponsabilidade do usuário, por meio do vínculo com os profissionais engajados no cuidado:

[...] a abordagem se afirma como clínico-política, pois, para que não reste apenas como “mudança comportamental”, a redução de danos deve se dar como ação no território, intervindo na construção de redes de suporte social, com clara pretensão de criar outros movimentos possíveis na cidade, visando avançar em graus de autonomia dos usuários e seus familiares, de modo a lidar com a hetero e a autoviolência muitas vezes decorrentes do uso abusivo do álcool e outras drogas, usando recursos que não sejam repressivos, mas comprometidos com a defesa da vida. Neste sentido, o locus de ação pode ser tanto os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como equipamentos de saúde flexíveis, abertos, articulados com outros pontos da rede de saúde, mas também das de educação, de trabalho, de promoção social etc., equipamentos em que a promoção, a prevenção, o tratamento e reabilitação sejam contínuos e se dêem de forma associada (Brasil, 2004, p. 11).

Essa percepção dá valor à formação de redes de apoio para a criação de acessos aos usuários de drogas, baseadas na qualificação e articulação das áreas envolvidas, de modo a garantir direitos. Diante da necessidade de institucionalização e fortalecimento da rede de atenção a usuários de drogas, a Pauad traz diretrizes que dialogam com os principais aspectos da política de saúde mental no Brasil, a Lei da

²¹ Além da instituição dos CAPS AD, fica estabelecido na Pauad que a principal metodologia para dar conta da demanda dos usuários seria redução de danos como uma estratégia terapêutica que respeitasse a autonomia do usuário e as escolhas sobre a interrupção ou não do consumo.

Reforma Psiquiátrica (nº 10.2016/2001) que, por sua vez, é sintonizada com as orientações trazidas pela Organização Mundial de Saúde:

- Reconhecimento do uso de drogas como um problema de saúde pública;
- Adoção da Redução de Danos como instrumento a ser preconizado nas redes de atenção;
- Desconstrução da ideia comum sobre os usuários enquanto doentes ou criminosos; e
- Mobilização da sociedade civil para o fortalecimento das redes de atenção.

Figura 3 – Diretrizes da PAUAD



Fonte: elaboração própria.

As pesquisadoras Alves e Lima (2013), realizaram um extenso trabalho de revisão da Pauad, tendo como norte a Redução de Danos recomendada para a atenção integral à saúde de usuários de drogas. No ritmo do movimento de Reforma Psiquiátrica, desde a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, há indicação da necessidade de se estabelecer uma rede assistencial com base comunitária e articulada com as esferas do suporte social, visando a oferta da prevenção e reinserção social enquanto prioritárias. Nessa rede, o matriciamento se estabeleceria como fundamental para a troca de dados e informações básicas sobre

os pacientes e seus quadros, além da oferta de serviços de assistência primordialmente ambulatoriais.

Nesse sentido, a criação do Sistema Nacional de Políticas sobre Drogas na Lei de Drogas (2006) teve o objetivo de atender usuários de drogas por meio da prevenção, atenção e reinserção social. Essa ação enfatiza “o respeito aos direitos fundamentais, às peculiaridades socioculturais e à singularidade das pessoas enquadradas como *usuários ou dependentes de drogas*, e a observância das diretrizes das políticas de saúde e assistência social, a lei aponta para uma abordagem assistencial ao usuário, em lugar da resposta punitiva, até então praticada no país” (Santos & Pires, 2020, p. 108).

Para a formação de uma rede integral, o Sistema Único de Saúde seria o principal guia, mas não se estabeleceria como única referência. O interessante das novas abordagens de saúde e uso de drogas é que não houve o interesse em interferir diretamente na oferta e no consumo de drogas, mas sim em privilegiar ações em diálogo com a estratégia da Redução de Danos sociais e à saúde associados ao uso dessas substâncias.

Cria-se então no Brasil, uma rede de assistência em saúde (RAPS), a partir das orientações contidas na Política de Cuidado a Usuários de Álcool e outras Drogas de 2004 (Santos & Pires, 2021). A ideia da rede foi proporcionar a regulamentação de instituições de cuidado e assistência à população usuária de substâncias psicoativas. Nisto, os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas ficam localizados como um serviço público de referência que pudesse acolher as demandas encaminhadas nesse sentido.

A RAPS (2011) foi pensada para a articulação de serviços e instituições envolvidas na assistência integral da saúde, considerando a complexidade de cada caso e necessidades no âmbito do atendimento em saúde mental. Neste sentido, as diretrizes da RAPS estão “ancoradas no respeito aos direitos humanos, no combate ao estigma e ao preconceito, na garantia da qualidade dos serviços prestados, na construção da integralidade e da intersetorialidade e na participação dos usuários, familiares e comunidade na definição do projeto terapêutico” (Prudêncio & Senna, 2022, p. 162).

A Portaria nº 3.088/2011 da RAPS, responsável pela organização dos CAPS no país, foi definida e pensada a partir das demandas de cada território, de acordo com o tamanho da população e necessidade desse tipo de serviço:

- CAPS I: população acima de 20 mil habitantes;
- CAPS II: população acima de 70 mil habitantes;
- CAPS III: população acima de 200 mil habitantes e oferta de acolhimento noturno;
- CAPS AD: atendimento especializado para demandas envolvendo o uso de álcool e outras drogas para população acima de 70 mil habitantes;
- CAPS AD III: atendimento especializado para demandas envolvendo o uso de álcool e outras drogas para população acima de 200 mil habitantes, com oferta de acolhimento noturno;
- CAPSi: atendimento especializado para demandas de saúde mental infantil, para população acima de 50 mil habitantes;

De acordo com esta normativa do Ministério da Saúde, os Centros de Atenção Psicossocial em todas as suas modalidades, deve ser constituído por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar para atender de maneira integral pessoas com necessidades em saúde mental decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas. Nestes espaços, as principais atividades ofertadas devem ser articuladas com outros pontos da RAPS e outras redes, a partir de um Projeto Terapêutico Individual, desenvolvido para cada paciente em conjunto com a equipe e a família da pessoa acolhida (Brasil, 2011).

Em paralelo aos avanços em termos de políticas públicas, regulamentos e redes de atenção psicossocial, a ideia de uma suposta “epidemia do crack” ainda pairou sobre a população, influenciada pela categoria médica. Esse imaginário influenciou significativamente no surgimento e intensificação das tensões nesse campo, pressionando por respostas políticas sobre a questão do uso de drogas, como o programa “Crack, é possível vencer” (2011). Este programa teve o principal objetivo de prevenir o uso do crack e outras drogas e promover a atenção ao usuário das substâncias, nos estados e municípios brasileiros.

A partir desse momento, as Comunidades Terapêuticas se inserem na Rede de Atenção Psicossocial como mais um mecanismo de cuidado, mediante o financiamento público. Isso é fundamental para entender a aproximação do Governo Federal com uma base mais conservadora na disputa por orçamento público e estabelecimento no campo de tratamento a usuários de drogas no país.

2.1.2 O cuidado nos CAPS AD e nas CTs: tensões práticas

Em uma análise sobre as perspectivas de tratamento para usuários de crack, Barroso, Knauth e Sandrine (2014) novamente pautam a epidemia dessa substância como um marco na atenção a usuários de drogas e na produção de tensões das perspectivas sobre o cuidado a essas pessoas. A disputa destacada pelas autoras se dá entre o modelo de atenção hospitalar, que entende os sujeitos como doentes, e o modelo de atenção psicossocial, que entende a necessidade de um cuidado articulado entre a saúde e a comunidade. Inspiradas no conceito de “sistemas de cura”, criado por Arthur Kleinman (1980), as autoras definem que:

[...] a articulação entre o discurso e a prática está diretamente relacionada à compreensão das propostas terapêuticas pelos profissionais envolvidos com o atendimento aos usuários, e conhecê-las torna possível acessar os mecanismos regentes da rede de atenção na saúde mental para esses usuários como um *sistema de cura*” (Barroso, Knauth & Sandrine, 2014, p. 108).

Dessa forma, algumas propostas terapêuticas para os usuários de crack podem ser apresentadas através de protocolos de cuidado, mesmo que o entendimento dos profissionais seja pela avaliação de cada cenário, de modo individual. Essas propostas foram apresentadas no texto de Barroso, Knauth e Sandrine (2014), focadas nos usuários de crack, mas também podem ser vistas nas perspectivas dos usos de outras drogas.

2.1.2.1 Desintoxicação

Nessa proposta, há a retirada ou diminuição do contato com a droga de modo a realizar uma “limpeza” do organismo, entendido como intoxicado. Dessa forma, existe uma necessidade de interação constante com o indivíduo para mantê-lo fora do contato com a substância e, para isso, “o período de internação é compreendido pelos profissionais como necessário para iniciar, de fato, o tratamento aos usuários” (Barroso, Knauth & Sandrine, 2014, p. 111).

A ideia de tornar o sujeito um cidadão através da disciplina do corpo (Foucault, 1988) e pela limpeza física e moral é o principal aspecto dessa proposta, ou seja, o

principal objetivo é trazer a pessoa “de volta à civilização” através da boa alimentação, do banho e limpeza, da organização, do trabalho e do retorno de laços familiares e sociais. Somente depois da etapa de desintoxicação, o sujeito desenvolve condições para realmente iniciar o tratamento. Caso não haja êxito em limpar o sujeito da substância para diminuir os danos associados a ela, a autonomia dessas pessoas é questionada: “ela não aceita”, “ela não quer”, “ela não consegue”, “ela não está motivada”.

2.1.2.2 Prescrição de medicamentos

Essa é uma proposta apresentada em situações psiquiátricas e psicológicas onde há a necessidade de realizar a administração de remédios para complementar o tratamento, como quando é feito o diagnóstico de doenças como a depressão, a compulsão e o *borderline* nos usuários. Quando a prescrição de remédios é fundamental no tratamento, os efeitos colaterais dessas substâncias precisam ser observados com uma avaliação frequente do médico e psicólogo que realiza o acompanhamento, para avaliar a demanda pela manutenção ou não da medicação.

2.1.2.3 Reinserção social

A aproximação do usuário com seus vínculos, segundo essa proposta, é fundamental para afastar o sujeito do uso da droga, por meio de um movimento de integração social que promova ou resgate a cidadania a eles. O foco não é exatamente a extinção do uso da substância, mas a busca por novos projetos de vida, estando incluído ou não algum uso de substâncias, pois, segundo essa ótica, não existiria um “antes” ou “depois” das drogas. A escuta se mostra imprescindível nesse método, principalmente para entender como o próprio sujeito enxerga sua relação com a substância e com o ambiente onde está inserido.

Diante de diversas propostas terapêuticas e protocolos de cuidado, como foi apresentado por Barroso, Knauth e Sandrine (2014), é possível notar que o espaço do cuidado é subjetivo e propenso a disputas sobre as práticas. As tensões sobre as abordagens terapêuticas entre Comunidades Terapêuticas e CAPS AD são intensificadas pela maneira que cada serviço percebe e lida com o uso de drogas e as demandas advindas dele. Além disso, a mobilização de recursos públicos para o

investimento nas instituições integrantes da Rede de Atenção Psicossocial é outro ponto de conflito.

Como citado anteriormente, o financiamento do governo federal para CTs acontece desde 2012 e começou com a implantação do programa “Crack: é possível vencer”. Nesse arranjo, as CTs passaram a fazer parte, enquanto equipamentos suplementares, da Rede de Atenção Psicossocial que atende a população usuária de drogas. Os recursos que financiam as CTs são do Fundo Nacional Antidrogas (FUNAD), gerido pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, que será melhor explicado à frente. Para receber o recurso de mil reais por mês para cada pessoa acolhida (por um período de 12 meses), as CTs devem seguir algumas regras previstas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - Resolução nº 29/2011. Esta resolução Anvisa dispõe a necessidade de uma licença para funcionamento do estabelecimento, a capacitação dos profissionais devidamente habilitados com nível superior, os ambientes necessários para acomodação dos internos, entre outras medidas que orientem as CTs na organização da instituição.

É necessário destacar que as Comunidades Terapêuticas não se configuram como equipamentos de saúde e nem de assistência social, mas integram a RAPS de forma complementar aos demais serviços que são ofertados e serão detalhados em seguida. Justamente por receber apoio financeiro do governo federal, a atuação das CTs está em constante conflito com os demais equipamentos e serviços públicos disponíveis para a atenção em álcool e drogas. Há uma disputa por recursos e pelo estabelecimento da metodologia de atenção, especialmente com os CAPS AD.

A disputa no campo do cuidado pelo local a ser ocupado pelas Comunidades Terapêuticas se dá pelas controvérsias acerca da definição do que seria cuidado pela lente dessas instituições. Questões sobre a moral, a ciência e os símbolos são colocadas em debate frente à necessidade da abstinência imposta no tratamento e plano de cuidado das CTs.

Tensões são desencadeadas pelos diversos entendimentos ontológicos que os atores da rede de atenção possuem sobre o que seriam as práticas terapêuticas adequadas no campo da saúde e atenção psicossocial para pessoas que usam drogas e apresentam demandas do uso. É possível dividir os entendimentos em duas vertentes, quais sejam:

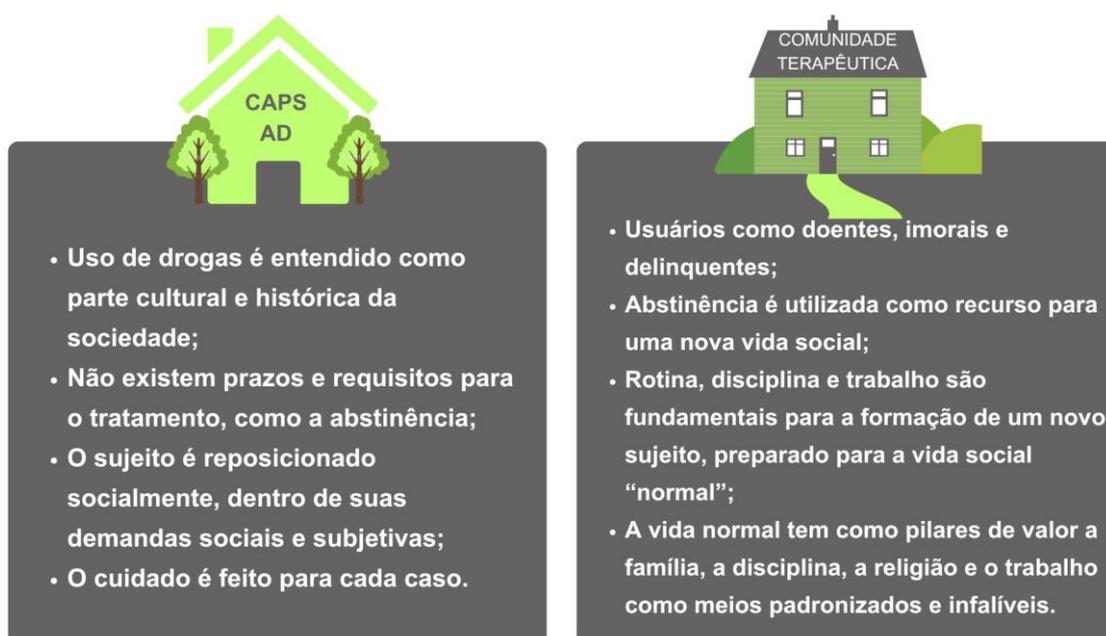
- 1) Do cuidado baseado na abstinência total, no entendimento do uso de drogas como doença; e

2) Do cuidado de base comunitária, apoiado na lógica de Redução de Danos;

O campo do cuidado enfrenta o desafio da existência de abordagens bem diferentes, levantando um questionamento importante: é possível que essas duas lógicas caminhem juntas²²? Essa pergunta é essencial para o pensamento no cuidado pela lógica do paciente, tema de discussão do Capítulo 4 desta dissertação.

Responsável pelo maior estudo sobre CTs no Brasil, Maria Paula Gomes do Santos (2018) define que as principais diferenças entre os modelos de atenção dos CAPS AD e CTs se localizam nos seguintes aspectos: na percepção do sujeito usuário de drogas; nos meios que são utilizados para cuidar; e no objetivo das formas de cuidado. O quadro abaixo ilustra como esses aspectos são apresentados em cada uma das instituições.

Figura 4 – CAPS AD e CTs



Fonte: elaboração própria.

O crescimento das tensões entre os modelos tem como motivação a destinação dos recursos públicos para cada equipamento. Um fator a ser considerado é o cenário político no Brasil. Com o golpe sofrido por Dilma Rousseff em 2016, grupos

²² Mais à frente buscarei algumas respostas para essa pergunta, diante do esforço para equilibrar a autonomia do paciente e o conhecimento dos profissionais que atuam nas instituições de atenção.

conservadores foram favorecidos e, desse modo, a prioridade do cuidado na área de álcool e drogas não mais estava pautada na Reforma Psiquiátrica, mas na abstinência como principal modo de tratamento. A partir do golpe, houve o movimento de revisão para realização de internações psiquiátricas, já não mais priorizadas como ferramentas de cuidado e antes substituídas pelos serviços abertos como CAPS AD²³.

2.1.3 A Nova Onda Conservadora e o impacto nas políticas de atenção a usuários de drogas

Em 2017, através da Portaria nº 3.588/2017, do Ministério da Saúde, há o fortalecimento das Comunidades Terapêuticas como prioritárias dentro da RAPS. A tendência asilar e de internação psiquiátrica volta a ser uma realidade no país, principalmente com o enfraquecimento do diálogo entre o governo, movimentos sociais e a sociedade civil, uma vez que o novo grupo político que assumiu o Poder Executivo deu preferência à visão de grupos farmacêuticos, médicos e outros interessados na institucionalização de usuários de drogas.

Num diálogo com a Portaria nº 3.588/2017, a Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde trouxe as novas diretrizes da Política Nacional sobre Drogas sobre tratamento e reinserção social de pacientes que estão em seguimento na RAPS, com destaque para a retomada de leitos psiquiátricos e o fortalecimento e incentivo de internações em CTs.

O Decreto nº 9.926/2019, assinado pelo ex-presidente Jair Bolsonaro, extinguiu a participação da sociedade civil no Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, considerado o principal colegiado que discute questões de drogas no Brasil. A ação do governo recém-eleito foi ao encontro da onda de conservadorismo que o elegeu e evidenciou a verdadeira distância entre sociedade e administração pública. Somente em 2023, com o início do Governo Lula III, ocorreu a retomada dessa participação

²³ As iniciativas que tentam dar fim ou diminuir o mal-estar (Pussetti & Brazzabeni, 2011) das pessoas que usam drogas no Brasil - os sujeitos-alvo das intervenções institucionais - são colocados diante de algumas opções que tentam melhorar a qualidade de vida deles, quando a violência estrutural do meio social não consegue absorver suas demandas. Este mal-estar vem “[...] daquilo que o poder político, econômico e institucional faz às pessoas e, reciprocamente, de como tais formas de poder podem influenciar as respostas aos problemas sociais” (op. cit., p. 464), ou seja, o sentimento de pertença identitária e social definido pelas formas de viver - morar, comer, estudar, trabalhar - que estão disponíveis para as pessoas.

popular no colegiado, mediante paridade e votação para composição de membros da sociedade civil.

Ou seja, por influência desse contexto político e social no País, retoma-se a centralidade do cuidado baseado na abstinência e em estratégias que recuaram em relação ao processo de retomada e garantia dos direitos dos usuários de drogas. Em uma produção mais recente sobre a trajetória das políticas de atenção e cuidado a usuários dessas substâncias no Brasil, Prudêncio e Senna (2022) observam o que pode ser entendido como um retrocesso, em curso desde 2016 no Brasil, com a priorização de estratégias baseadas na abstinência e o esvaziamento conceitual e prático da metodologia dos CAPS AD. Importante lembrar, ainda, que o golpe sofrido em 2016 pela então presidente da República, Dilma Rousseff, abriu espaços de Poder para forças não somente conservadoras, mas também antidemocráticas, que desmantelaram, entre tantos avanços de políticas públicas, as recentes conquistas da própria Reforma Psiquiátrica e do movimento de Redução de Danos.

As autoras mencionadas realizaram uma análise dos momentos da política de atenção, preliminares à implementação da Paupad (2004), até 2021, com o levantamento de documentos e produções acadêmicas de um período de 20 anos (2001 a 2021). Esse trabalho é interessante porque mostra, de forma bem quantitativa, como foi o movimento institucional em relação aos investimentos em áreas que dialogam com o tema das drogas no Brasil, como a justiça e a saúde, ou seja, as autoras analisaram os gastos dos dois principais ministérios envolvidos na temática, entre os anos de 2005 a 2019.

Diante dos diversos entendimentos e em meio às tensões práticas sobre a melhor abordagem para o cuidado ao público com demandas associadas ao uso de drogas, retrocessos podem ser observados na história da atenção à saúde mental com relação ao álcool e outras drogas. Como observou-se acima, ideias como a limitação do uso da Redução de Danos em doenças infecto-contagiosas, a garantia de uma sociedade “livre das drogas” e a priorização da abstinência enquanto ferramenta central de tratamento voltam com força ao debate público. Devemos levar em consideração, no recrudescimento de ideais considerados ultrapassados, a presença-chave de atores orientados por práticas religiosas e laborais para a difusão destas ideias, como é feito em algumas Comunidades Terapêuticas.

Outro desdobramento desse retrocesso sofrido nas políticas de atenção a usuários de drogas no país é a Portaria 437/2020 do Ministério da Cidadania, que

financia e estimula os Centros de Referência em Dependência Química - CEREDQ. De acordo com o art. 2º deste documento:

[...] considera-se como CEREDQ a organização da sociedade civil, vinculada à Instituição de Educação Superior, que atue na prevenção ao uso de drogas lícitas e ilícitas, no tratamento, acolhimento, apoio e na mútua ajuda e reinserção social do usuário ou dependente químico, bem como nas áreas de capacitação de profissionais, pesquisas, estudos ou desenvolvimento de serviços, metodologias, tecnologias e/ou gestão de serviços de redução da demanda por álcool e outras drogas, de interesse público.²⁴

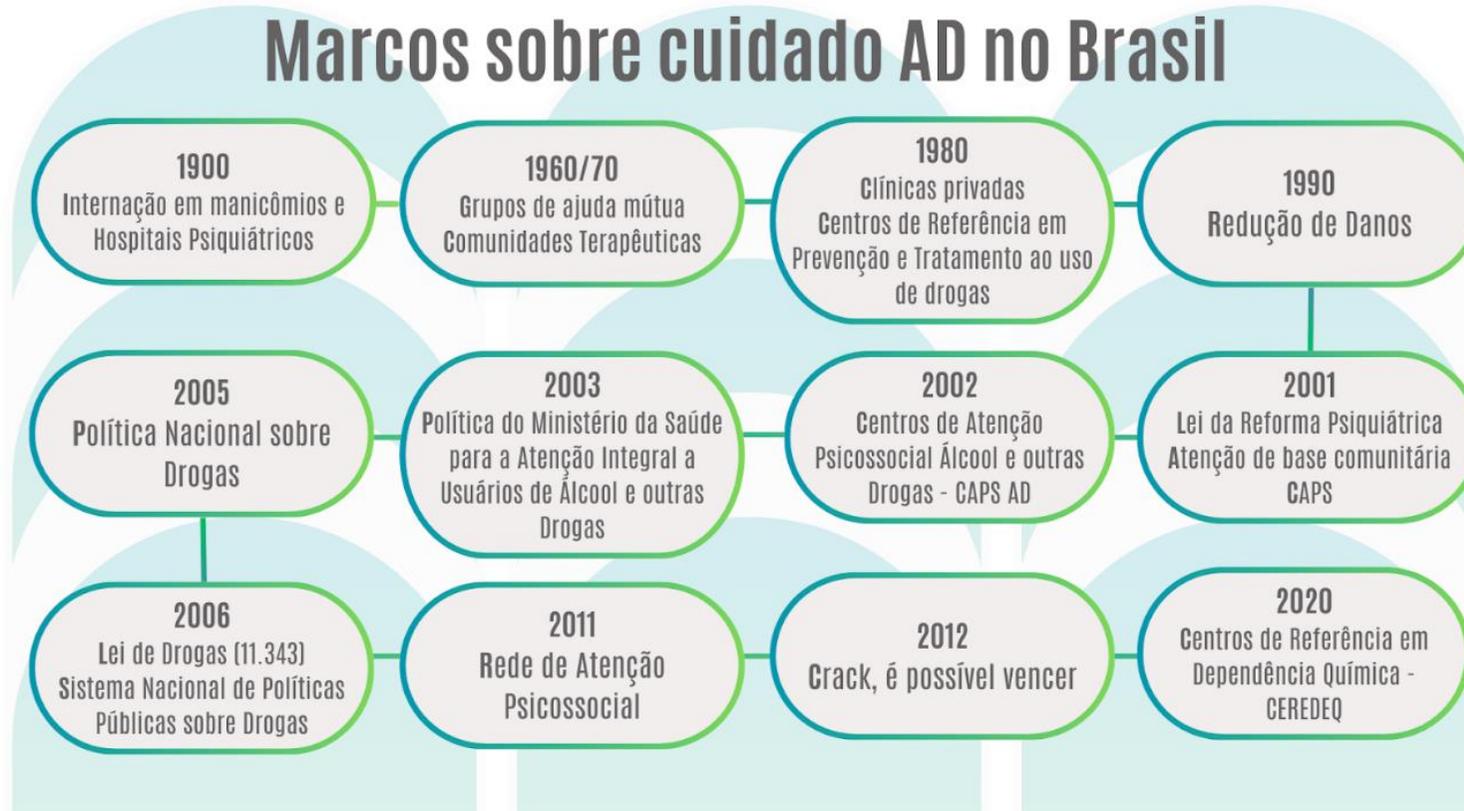
Contudo, na mencionada portaria, não ficam estabelecidos parâmetros técnicos das práticas, metodologias e tecnologias clínicas de operacionalização desses centros, nem mesmo a qual sistema de saúde público eles estariam vinculados. Cabe destacar que o estabelecimento destes centros foi realizado sem a participação da sociedade civil, tendo em vista a retirada destas cadeiras do Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD). A priorização de ações localizadas no âmbito de repressão à oferta e comercialização de drogas, por meio de um suposto enfrentamento ao crime relacionado ao narcotráfico, fica evidente, segundo Prudêncio e Senna (2022), quando acompanhamos a evolução dos orçamentos do Ministério da Justiça e Segurança Pública e do Ministério da Saúde, as duas principais pastas envolvidas no tema de drogas do Brasil.

No ano de 2005, auge da conjuntura de promoção e garantia de direitos sociais e de saúde das pessoas que usam drogas, houve um investimento no Ministério da Saúde de 103 milhões de reais²⁵ nessa área, enquanto o Ministério da Justiça e Segurança Pública empenhou o montante de 395,1 milhões. Essa diferença fica mais acentuada em 2019, momento de priorização das políticas mais repressivas, com o investimento de 62,3 milhões de reais pela Saúde e de 1,1 bilhão pela Justiça e Segurança Pública. Chama atenção, ainda nesse sentido, o breve período de 2013 a 2017, em que o MS supera a aplicação de gastos diretos da pasta em relação ao MJSP, tendo em vista os investimentos envidados à RAPS e ao enfrentamento do crack. A imagem abaixo resume a história do cuidado a usuários de drogas no Brasil, contada no presente capítulo, a partir da década de 1990 até os dias atuais.

²⁴ Portaria nº 437, de 13 de julho de 2020 <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-437-de-13-de-julho-de-2020-266876712>.

²⁵ Os valores apresentados foram corrigidos pela inflação do Índice de preços ao consumidor (IPCA). Levei em consideração a inflação de dezembro de 2005 a junho de 2024. Quando se fala de orçamento público, é importante corrigir o valor.

Figura 5 – Atenção a usuários de drogas no Brasil



Fonte: elaboração própria.

2.1.4 Perspectivas de uma atenção qualificada no Governo Lula III

A partir da nova gestão do Governo Lula III (2023-presente), é retomada uma organização da administração pública interessada em pautas mais progressivas, o que inclui o próprio Ministério da Justiça e Segurança Pública, órgão onde tive a oportunidade de colaborar como servidora, dentro da Diretoria de Pesquisa, Avaliação e Gestão de Informações (DPAGI) da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas e Gestão de Ativos (SENAD). Atualmente estou compondo a equipe da DPAGI, onde realizo a articulação entre demandas das Coordenações-Gerais de Ensino e Pesquisa e de Monitoramento, Avaliação e Gestão de Informações com o Diretor, para produção, avaliação e gestão de dados que informem sobre políticas de drogas e sejam baseados em evidências.

A Senad é formada, além de seu gabinete, por três diretorias divididas em temáticas que abordam muito além da questão de repressão ao tráfico e prevenção ao uso de drogas. Na atual estrutura, estão a Diretoria de Pesquisa, Avaliação e Gestão de Informações, a Diretoria de Prevenção e Reinserção Social e a Diretoria de Gestão de Ativos. Neste governo a Senad promoveu três estratégias nacionais para redução do impacto das políticas de drogas em populações específicas: mulheres, povos indígenas e população negra e periférica. Além disso, apoia a produção de pesquisas e análises de dados que sustentam as políticas públicas sobre drogas, por meio de parcerias com universidades e organismos nacionais e internacionais interessados na pauta.

A Senad é responsável por gerir o Funad, criado pela Lei 7.560/1986. Os recursos do fundo são aplicados nas atividades de redução da oferta (repressão ao narcotráfico) e da demanda (prevenção, tratamento e reinserção social), além de fomentar o desenvolvimento de estudos, capacitações e campanhas na temática de drogas. A organização dessas atividades dentro da Secretaria é feita na distribuição da atribuição de cada diretoria mencionada acima. O recurso do Funad é arrecadado de várias formas: passagem de recursos da União, doações de parceiros no tema, gestão dos ativos decorrentes de atividades ilícitas ligadas ao tráfico de drogas e pela fiscalização e controle de drogas e medicamentos controlados.

É relevante informar a atual estrutura da Senad, configurada como o principal órgão de abrangência nacional com atribuições específicas na Política Sobre Drogas. Com a retomada de um Governo progressista, esta Secretaria iniciou e lançou uma

série de ações alinhadas às demandas sociais relacionadas ao tema de drogas, buscando sempre as evidências científicas com o empenho de uma equipe envolvida e qualificada para o tema²⁶.

A partir da revisão histórica sobre as políticas de atenção a usuários de drogas no Brasil, faz-se necessário um questionamento acerca do acesso das pessoas a esses direitos básicos, cuja efetividade faz com que elas se sintam mais ou menos atendidas, como cidadãs. A leitura que me esforço em fazer nos capítulos seguintes seria justamente aquela:

[...] antropologicamente sensível do sofrimento [...], é portanto uma questão política e uma responsabilidade ética em relação a atores sociais, tantas vezes silenciados e que consideramos, antes de tudo, como sujeitos políticos e morais que, muitas vezes, manifestam sintomas produzidos pela estrutura social, pelas suas desigualdades ou pelas profundas feridas da história (Pussetti & Brazzabeni, 2011, p. 472).

Saindo do ponto de vista burocrático e institucional sobre oferta de cuidado, migrei para o ponto de vista de quem sofre e está na busca por um alívio aos sofrimentos através do exercício da própria cidadania e acesso a direitos. Essas formas de exercer a cidadania a partir de um “bom cuidado” (Pols, 2006; Mol, 2008) serão exploradas no Capítulo 4, por meio das narrativas de usuários que frequentaram os CAPS AD no DF em algum momento de sua vida. No próximo capítulo, irei apresentar a metodologia de coleta e análise dos dados, detalhando os espaços que estive inserida e as discussões que me instigaram a seguir analisando as narrativas dos usuários de drogas.

²⁶ Todas as ações, editais, estratégias, pesquisas e informações produzidas pela Senad podem ser acessadas no site do órgão: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas>.

3 ITINERÁRIO DA PESQUISA E DOS DADOS

3.1 PERCURSO METODOLÓGICO

A ideia de caminhar para construir algo representa bem minha relação com esta dissertação. Desde 2018, com minha primeira entrada no campo, até os últimos anos, em que estive empenhada na sistematização e escrita do trabalho atual, caminhei por diversos espaços físicos e subjetivos, coletivos e individuais, num processo de conhecimento sobre o tema de pesquisa e sobre minha relação comigo mesma enquanto pesquisadora. Neste capítulo, que chamei de “Itinerário da pesquisa e dos dados”, pretendo mostrar minha entrada no campo de pesquisa sobre drogas, os espaços frequentados e as discussões que me inspiraram e a pesquisa que foi motivadora para a escrita deste texto atual, diante de novos interesses e desafios. Além disso, explico de forma mais detalhada a minha relação com o campo de pesquisa, a coleta e seleção dos dados e o perfil dos usuários entrevistados.

Quando decidi realizar este mestrado, o que tinha em mente era o desejo de compreender de maneira mais ampla os itinerários terapêuticos - ITs (Alves, 2015; Fleischer; Ferreira, 2014) de usuários de drogas que frequentaram os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. Realizei uma série de leituras preparatórias sobre ITs para o processo de seleção no Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade de Brasília e, quando já estava dentro do PPGAS, pensei em utilizar o mecanismo pelo qual os itinerários terapêuticos são explicados pelos usuários para falarem de suas histórias de vida e sobre cuidado, as **narrativas**.

Para Alves (2015, p. 30), itinerário terapêutico é “[...] um termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou aflição”, sendo, inclusive, por tais caminhos que os sujeitos encontram o nome para sua aflição. Com essa ideia de percurso e desenvolvimento de ações com um propósito final, aproveitei o termo IT para nomear o capítulo metodológico, que pretende a descrição do itinerário empírico e analítico para a pesquisa atual sobre as narrativas dos usuários de drogas atendidos nos CAPS AD.

Dois apontamentos metodológicos iniciais devem ser destacados aqui, o primeiro é sobre a nomenclatura atribuída aos frequentadores de CAPS AD e CTs, e o segundo diz respeito à fonte dos dados analisados na dissertação.

Nos CAPS AD, as profissionais se dirigem aos frequentadores do serviço como “pacientes” ou “usuários”, sendo que esta última palavra não é utilizada de maneira a reforçar o “uso de drogas”, mas sim, para dizer que o indivíduo é “utilizador do serviço”. Já nas Comunidades Terapêuticas, os termos mais comumente utilizados para referir-se às pessoas em tratamento são “interno”, “paciente” ou “monitor”. Nestas últimas instituições as nomenclaturas são atribuídas para enfatizar o local de uma pessoa que está institucionalizada e sob o cuidado passivo de um serviço. No caso dos “monitores” de CTs, estes são “internos” e também estão em tratamento, mas são outorgados com essa distinção por “se comportarem bem” nas instituições. Ao longo do presente trabalho, faço referência aos usuários de drogas como “usuários”, seguindo a forma utilizada nos CAPS AD. A questão das nomenclaturas “paciente” e “usuário” será melhor discutida no Capítulo 4.

O segundo apontamento é sobre a fonte dos dados. Estes foram produzidos no contexto de uma pesquisa anterior ao mestrado, quando eu ainda estava na graduação. A produção dos materiais foi realizada por uma equipe de pesquisadores do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), na qual eu estive incluída e colaborando. Dessa forma, farei a contextualização da minha presença na pesquisa anterior e do que veio após sua conclusão, para especificar as escolhas metodológicas que realizei no mestrado, ao analisar um conjunto específico de informações de campo.

3.2 CONTEXTO DE PESQUISA NO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

Minha inserção no campo de estudos do cuidado ao usuário de drogas se deu através do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), onde tive a oportunidade de estudar os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) no Distrito Federal, cidade na qual nasci, cresci e moro. Em 2018, como graduanda de Gestão de Políticas Públicas na Universidade de Brasília, fui aprovada em um processo de seleção para estágio no Ipea, com a perspectiva de desenvolver atividades de assistência em pesquisa nas áreas em que fosse demandada pelos Técnicos de Pesquisa, pessoas concursadas do Governo Federal que trabalham com a produção de dados sobre políticas públicas e as necessidades da população no

geral. O técnico que me acompanhou desde o primeiro dia no Ipea foi Roberto Pires, um sociólogo, hoje um colega querido e também ex-orientador da graduação.

No primeiro dia de trabalho, carregada daquele sentimento de insegurança por estar em um local novo, fui apresentada a toda a equipe de bolsistas e técnicos de pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Ipea (Diest), local em que eu atuaria pelos próximos anos. Sentei-me em uma sala, ao lado de mais quatro bolsistas, que faziam parte de outros projetos, e a primeira tarefa recebida foi a leitura e realização de fichamentos de textos sobre os CAPS AD que haviam sido publicados desde 2010 no Brasil. Organizei uma planilha (recurso que adoro!) e separei os trabalhos por ano, autores e área de estudos, para que os estudasse e apresentasse minhas impressões para o meu coordenador de pesquisa logo depois de concluir a tarefa.

Finalizada essa preparação bibliográfica e mais aquecida em relação aos debates sobre álcool e drogas no Brasil, recebi de Roberto o plano de trabalho da pesquisa intitulada *Análise Comparativa das metodologias de cuidado a usuários problemáticos de substâncias psicoativas: Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas no Distrito Federal*. Esse projeto já estava autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências de Saúde (FEPECS)²⁷ e foi financiado através de edital da Fundação de Amparo à Pesquisa do Distrito Federal (FAP-DF)²⁸.

O projeto, realizado entre junho de 2018 a junho de 2019, teve o principal objetivo de analisar a implementação da Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas (2004) sob a lente do atendimento realizado nos CAPS AD. Ou seja, essa iniciativa buscou observar a prática da atenção à essa população, verificando as diretrizes da política e funcionamento dos serviços, incluindo Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Outras Drogas.

No desenho da pesquisa, tanto a metodologia quantitativa como a qualitativa foram empregadas, com a observação dos serviços pesquisados, realização de entrevistas semiestruturadas com profissionais, gestoras e usuários de CAPS AD,

²⁷ Processo CAAE (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética): 84473417.60000.5553/ Número do Parecer: 2.666.904.

²⁸ Edital 04/2017 - Seleção Pública de Propostas de Pesquisa Científica, Tecnológica e Inovação Demanda Espontânea, Processo Nº: 0193.001712/2017, Termo de outorga Nº 1485/2017.

além de dirigentes de quatro Comunidades Terapêuticas do DF. Na parte quantitativa foram colhidas informações acerca da gestão interna dos CAPS AD e das relações que os Centros mantinham com outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, tudo por meio de fichas para marcação das gestoras e demais profissionais.

Na parte qualitativa, a amostra contemplou todos os sete CAPS AD distribuídos pelo território do Distrito Federal, cada um visitado por um período médio de 15 dias. No trabalho de campo, estivemos atentas à rotina de atendimento das unidades, às salas de espera, reuniões, grupos e demais atividades realizadas no cotidiano do serviço. Em cada CAPS AD, buscamos realizar, no mínimo, 5 entrevistas com profissionais de áreas variadas, totalizando 48 entrevistadas: psicólogas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiras, técnicas de enfermagem e médicas. Foram entrevistados 31 pacientes que estavam em atendimento nas unidades, no momento da entrevista.

A equipe da investigação era composta por quatro pesquisadoras e um pesquisador, divididos em duas duplas de campo, enquanto a quinta pesquisadora acompanhava as duas equipes: Roberto Pires, doutor em Políticas Públicas; Maria Paula Santos, doutora em Ciência Política; Luiza Rosa, graduanda em Gestão de Políticas Públicas; Luciana Musse, doutora em Direito; e Olívia Pessoa, mestre em Direitos Humanos e Cidadania. Além de ser estagiária no Ipea, eu estava como bolsista de iniciação científica da FAP-DF e minhas principais funções na pesquisa eram o acompanhamento no trabalho de campo, realização de entrevistas, organização dos dados quantitativos, análise qualitativa das entrevistas e organização administrativa geral do projeto (aquisição de bens, programas, serviços, etc.).

O material que carregamos para as unidades eram os gravadores, blocos de anotações e uma pasta contendo Termos de Consentimento Livre e Esclarecido, formulários com informações de gestão interna a serem preenchidos em cada unidade de CAPS AD, formulários de encaminhamentos de demandas dentro da RAPS e três tipos de roteiro: roteiro de entrevista semiestruturada para profissionais e gerentes de CAPS AD; roteiro de observação *in loco*; e roteiro de entrevista semiestruturada para frequentadores de CAPS AD (vide Apêndice A).

Para sair do prédio do Ipea e ir aos locais onde ficavam instalados os Centros de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas, houve uma grande preparação com as demais pesquisadoras. Eu recebi instruções sobre meu papel de assistente

em campo, participei de reuniões de ajuste das estratégias de pesquisa em campo, onde discutimos quantas pessoas entrevistar, quais profissionais, o que anotar no caderno de observações, entre outros assuntos. E também realizei balanços das experiências depois das visitas, ocasião em que cada pesquisadora falava de suas impressões sobre as entrevistas e outros diálogos estabelecidos, tanto com profissionais como com pacientes/usuários.

Discutíamos no retorno ao Ipea, principalmente, sobre a necessidade de revisão dos instrumentos de pesquisa, a forma de fazer uma determinada pergunta e a ordem que deveria ser seguida para que a conversa pudesse ter maior fluidez. Foi importante discutir o local de realização das entrevistas (sala de consulta, sala de espera, em um canto no espaço externo, sala de oficina) e a maneira que deveríamos convidar possíveis entrevistados, sobretudo os pacientes, para que a aderência ao convite da nossa equipe fosse boa. Mas também falávamos sobre a aquisição de equipamentos como computadores, gravadores e câmeras, além das demais questões logísticas como o transporte para as unidades.

Na primeira saída de campo, todas fomos a um CAPS AD localizado na Região Administrativa de Itapoã²⁹. Minha entrevista inaugural foi com uma técnica em enfermagem alocada nesse CAPS AD há três anos e com passagem profissional em uma clínica particular para o tratamento de pessoas com transtornos mentais e com problemas no consumo de drogas. Nessa entrevista, fui assistente da minha coordenadora, Maria Paula Gomes dos Santos, e minha função era anotar tudo que fosse relevante para a pesquisa e também impressões minhas.

O que surgiu, a partir do questionário semiestruturado, foram assuntos como o perfil social e as queixas dos pacientes; a rotina de trabalho e funções desempenhadas; Redução de Danos – a abstinência não é o objetivo, mas pode ser alcançada em algumas trajetórias, sendo que a meta é a mudança na relação com a substância e a aplicação de estratégias de cuidado; e as melhorias para o serviço se articular em rede e atender os pacientes.

Para mim, uma estudante da graduação do departamento de Gestão de Políticas Públicas da Universidade de Brasília, faria muito sentido prestar atenção neste último tópico que surgiu em destaque na entrevista com a técnica em enfermagem, a articulação em rede de um serviço tão importante no Sistema Único

²⁹ No Distrito Federal a população é dividida em 33 Regiões Administrativas.

de Saúde. Por isso, foquei nessas informações nas entrevistas posteriores e entreguei, em 2018, como trabalho de conclusão de curso, uma monografia com título *O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas como um articulador da Rede de Atenção Psicossocial* (Rosa, 2019). Neste trabalho a ideia foi analisar os discursos das gestoras dos CAPS AD, principalmente quando abordaram o assunto de relacionamento entre equipamentos da RAPS. Além do meu TCC, os principais produtos gerados a partir do projeto do Ipea foram: um relatório da pesquisa, quatro artigos, um ensaio publicado em jornal de circulação virtual, uma publicação em blog e um livro escrito em parceria com autores de outros países da América Latina (vide Apêndice B).³⁰

Me lembro de ter sentido alegria e empolgação por essa primeira experiência em pesquisa e por sentir, de alguma maneira, autonomia para participar de um estudo com essas dimensões, que mais tarde se desdobrou em produtos muito interessantes, alguns publicados em espaços internacionais. Esse momento é essencial na minha trajetória profissional e acadêmica, e me possibilitou chegar até um assunto de pesquisa que me sensibiliza até hoje e me move para maiores desafios, como no mestrado.

Danielle de Carvalho Vallim (2023) faz essa discussão sobre a sua primeira experiência realizando trabalho de campo, em um recente artigo. Sua entrada no tema do uso de drogas aconteceu em uma comunidade, no Rio de Janeiro, no contexto de sua pesquisa de doutorado. As primeiras memórias de Vallim sobre o campo foram o cheiro do crack e a forma como foi recebida pelas pessoas que moravam naquele espaço: “[o interlocutor] Observou nossa presença em seu território de forma sutil, especialmente em função da atenção dada e à abordagem sensível” (op. cit., 2023, p. 137).

Foi na experimentação do campo e do primeiro contato com o “mundo das drogas” que Vallim (2023) percebeu o que queria estudar na sua pesquisa de doutorado: entender os sujeitos em uso de crack e seus contextos de vida. Isso se aproxima do meu objetivo de olhar para as narrativas de usuários de drogas, assumindo que não é necessariamente o uso de uma substância que gera a situação

³⁰ Todos esses produtos, incluindo o presente trabalho, foram produzidos com os dados de um projeto inicial e discutidos entre a equipe que participou da pesquisa. Para que eu pudesse utilizar as informações das entrevistas com os usuários, um dado gerado por uma instituição federal, negociei com a equipe envolvida, que autorizou a realização de um novo estudo, que se soma aos produtos mencionados.

de vulnerabilidade social, mas outros fatores socioculturais produtores dos déficits para os usuários.

Para realizar esse tipo de pesquisa é necessária a rejeição de uma visão pré-concebida e influenciada pela mídia para construir uma percepção sobre o uso de drogas e sobre as pessoas que usam drogas pela lente das Ciências Sociais, de modo a valorizar a narrativa das próprias pessoas que se sentem afetadas pelas violências e violações infligidas pela própria sociedade (Zaluar, 2009). Neste cenário, Vallim (2023, p. 145) sinaliza que “[...] o ofício do pesquisador permite que ele una dois mundos invisíveis um ao outro, permitindo desconstruções simbólicas”.

A minha sensibilidade parte da inquietação por querer compreender melhor o significado que adquire o uso abusivo de drogas para o sujeito, até que isso se torne algo intolerável para ele, levando-o a buscar cuidados: em que momento o sujeito que faz uso de drogas percebe a necessidade de buscar cuidado? Como ele explica a sua aflição? Orientada por esses questionamentos, quis, também, compreender as formulações e reformulações que acontecem no cotidiano dos sujeitos e nas suas próprias percepções sobre a aflição que sentem a partir da interação com instituições e serviços.

Nessa busca, a apresentação das narrativas pretende destacar os entendimentos sobre estar sendo cuidado e as práticas desenvolvidas nas instituições de atenção que visam desenvolver este cuidado, tendo em vista o sofrimento e outros elementos sociais que produzem a vulnerabilidade no contexto do uso de drogas.

No momento de escuta aos usuários, alguns fatores podem ter influenciado a produção dos dados e informações disponibilizadas a mim por eles. A escolha da linguagem, das roupas que eu usava, o modo de me sentar e até mesmo como eu me articulava, usava meu corpo, orientou os entrevistados para se sentirem mais ou menos confortáveis para compartilhar a narrativa comigo numa situação com potencial de ser incômoda e sensível.

A seguir, trarei outros aspectos relacionados à minha inserção enquanto pesquisadora desta temática, explicitando como outros espaços, além dos CAPS AD, foram frequentados por mim e quais são suas particularidades: um evento de lançamento do livro sobre Comunidades Terapêuticas no Brasil, quatro Comunidades Terapêuticas (CTs), um Seminário com a mesa de Política Nacional de Álcool e outras Drogas, um evento sobre saúde mental, e duas reuniões do Conselho de Políticas Sobre Drogas do Distrito Federal (Conen-DF). Penso ser necessário inserir esses

eventos na dissertação pela relevância que tiveram no meu processo de aprendizagem e interação no debate de cuidados em saúde mental e social de pessoas que fazem uso abusivo de drogas. E também porque ajudam na contextualização da produção de dados que analisarei nesta dissertação.

3.3 ESPAÇOS DE DISCUSSÃO SOBRE DROGAS NO INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA

Os estudos na antropologia sobre populações urbanas se tornaram mais frequentes, no Brasil, nas décadas de 1960 e 1970 e, segundo MacRae, Medeiros e Alencar (2023), análises sobre temas como saúde mental, prostituição, violência urbana, formas de sociabilidade em torno do uso de substâncias psicoativas, dentre outros” (p. 10) assuntos passaram a ser mais explorados no campo. Estes autores consideram o mergulho *in loco* como fundamental para os estudos que envolvem o consumo de drogas. Para essa imersão, é necessário um desapego, por parte da pesquisadora, dos próprios valores e preconceitos sobre o objeto de investigação, abrindo o caminho para a narrativa do entrevistado em um formato mais aberto, momento em que se dá a construção de uma relação de confiança entre o pesquisador e o interlocutor da pesquisa.

Inspirada pelas orientações desses antropólogos do campo das drogas, apresento a seguir algumas experiências que tive em espaços de discussão do tema, para além do momento da entrevista com os usuários. Estes momentos, que entendo como formativos, me habituaram à linguagem do campo e às principais discussões.

3.3.1 CTs no Brasil

Um estudo foi realizado pelo Ipea, em 2017, sobre o perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil e está disponível em formato de livro intitulado “Comunidades terapêuticas: temas para reflexão”, organizado por Maria Paula Gomes dos Santos (2018). Este livro é uma referência no tema, será mencionado aqui e contém informações como o histórico de criação das Comunidades Terapêuticas (CTs), as

estratégias de atenção, as características das instalações, os conflitos com outros equipamentos de saúde e outras análises³¹.

Como explicitado no capítulo anterior, as CTs são instituições privadas que acolhem pessoas com demandas sociais e fisiológicas causadas pelo uso de alguma droga. No Brasil, existem cerca de 2 mil Comunidades Terapêuticas (Santos, 2018), mas apenas algumas concorrem a um edital de financiamento público, que destina um valor para cada paciente internado³². No Distrito Federal, esse pagamento é fiscalizado pelo Conselho de Política sobre Drogas do DF (Conen-DF), vinculado à Secretaria de Justiça (Sejus) e permite às CTs o recebimento de pessoas encaminhadas por outros equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial, que organiza os dispositivos de assistência em saúde mental de base comunitária e territorial.

Através dessa parceria com a Sejus, as CTs realizam atividades para a “recuperação” e abstinência total do uso da substância. No âmbito da pesquisa do Ipea, visitamos quatro CTs financiadas pela Secretaria de Justiça do DF, mas entrevistamos apenas as quatro coordenadoras dessas unidades, não incluindo os internos. Pelo fato de serem CTs e dirigentes, não utilizarei essas entrevistas para as análises na dissertação. Porém, utilizarei as notas de campo para ilustrar minha presença nestes locais e auxiliar na compreensão do meu itinerário de construção de dados.

Antes das visitas às CTs, ainda no início das minhas atividades no Ipea, participei da discussão sobre o Capítulo 1 do livro organizado por Maria Paula Gomes dos Santos (2018), realizada no prédio do próprio instituto em 18 de maio de 2018. A autora trouxe o panorama desse assunto no Brasil e o histórico de criação das Comunidades Terapêuticas, mediante uma crescente demanda social por instituições de cuidado, de pessoas com problemas relativos ao uso de drogas. Segundo Santos (2018), o requisito da abstinência se apresenta como um fator obrigatório nesses espaços, historicamente conservadores e moralistas, mas que dizem ser baseados na Reforma Psiquiátrica de 2001, momento que representa a construção de uma nova abordagem para a atenção de pessoas em sofrimento mental e psíquico em

³¹ Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=34533&Itemid=444 .

³² Lei no 3088/2011; Decreto no 7.637/2011 (Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas); e da Portaria no 131/2012, do MS.

detrimento à dos manicômios e hospícios que operavam no Brasil antes do Movimento Antimanicomial.

A existência de um paradigma envolvido no modo de atenção aos usuários foi destacada na discussão de lançamento do livro, com sugestões à necessidade de uma abordagem psicossocial, indo além de uma outra meramente biológica e inserindo a horizontalidade no atendimento dentro de CAPS AD através da metodologia de Redução de Danos e atenção comunitária.

Neste espaço, já pude notar a existência das tensões sobre as práticas de cuidado no campo de atenção para álcool e drogas. Esses conflitos sobre o modo de cuidar me pareceram interessantes para entender como as pessoas atendidas nesses espaços se sentiam, ou seja, desviou o meu olhar para além das divergências institucionais.

Nessa linha, o trabalho de Tiago Hyra Rodrigues (2023) auxilia a pensar na ética do cuidado articulada por diversos atores e instituições que intervêm na vida dos sujeitos que usam drogas. O seu contexto de pesquisa foram as instituições que aderem à metodologia da redução de danos, que concorre com a abstinência das Comunidades Terapêuticas enquanto prática de cuidado.

Um elemento fundamental para o meu trabalho é pensar na articulação das metodologias de cuidado com a autonomia e o vínculo, conceitos que trabalharei no Capítulo 4. Nessa discussão específica do livro das CTs fui instigada a buscar uma definição para esses conceitos, na narrativa dos usuários, a partir da diversidade de entendimentos derivados de variadas propostas terapêuticas. O cuidado e o vínculo sempre são colocados em posição oposta à liberdade e autonomia, na comparação entre metodologias de atenção, porém, acredito que seja necessário se abrir mais a cada caso e necessidade do usuário, de modo a alocar o elemento adequado à cada realidade.

3.3.2 Os eventos e as reuniões

No Seminário Nacional sobre “O Trabalho do/a assistente social na política sobre drogas e saúde mental”, cujo objetivo era a discussão de temáticas de saúde mental no contexto do uso de álcool e outras drogas, frequentei a mesa 2: “Política Nacional de Álcool e outras Drogas e as repercussões para o trabalho profissional” realizada no dia 30 de maio de 2018. Este foi um evento para o público da assistência

social e estive como ouvinte, para entender melhor os diálogos dos profissionais acerca da relação deles com a temática do uso de drogas.

Posso dizer que, para mim, uma estudante de graduação, foi uma grande aula sobre o histórico de Política de Drogas no Brasil, dos processos de proibição de algumas substâncias no mundo, da transformação desses insumos em produtos para comercialização (tráfico), da participação do Estado Penal no controle punitivo de substâncias e do surgimento da Guerra às Drogas como uma estrutura política no Brasil. Com o passar dos anos e com a intensificação de minha participação nesses diálogos, pude construir minhas próprias percepções desses processos, como foi colocado nos Capítulos 1 e 2. Além de toda essa questão estrutural, houve diálogos sobre as metodologias de atenção psicossocial a usuários problemáticos de drogas e a atuação dos assistentes sociais nos serviços de atenção disponíveis.

Na Câmara dos Deputados, em 27 de novembro de 2018, houve o lançamento da frente parlamentar da Nova Política Nacional de Saúde Mental e da Assistência Hospitalar Psiquiátrica. O principal objetivo do grupo de congressistas, à época formado por 203 deputados e 4 senadores, foi a promoção de debates sobre a saúde mental da população. Neste evento, reconheci alguns de meus interlocutores de pesquisa que frequentavam os CAPS AD. Não houve aproveitamento em termos de dados nesse dia, mas minha presença foi importante para a aproximação com as questões mais normativas sobre a atenção psicossocial no Brasil.

A primeira reunião do Conselho de Políticas Sobre Drogas do Distrito Federal (CONEN/DF) em que estive aconteceu em 11 de outubro de 2018 e foi uma experiência e tanto para mim. Quando cheguei à sede da Secretaria de Justiça do Distrito Federal, a primeira figura que me abordou foi uma representante de CT, que fez inúmeras perguntas sobre a minha participação na “pesquisa polêmica” - aquela do livro publicado pelo Ipea em 2018. Polêmica para eles, dirigentes/representantes de CTs, porque em diversos momentos do livro foram apresentadas denúncias de violações de direitos em algumas Comunidades Terapêuticas. Essas denúncias são notícias comuns e, geralmente, reclamam de aspectos como o rigor de atividades espirituais como tratamento, a laborterapia excessiva (o trabalho como tratamento), instalações inadequadas para receber pessoas por um longo período de tempo (em média de 3 a 9 meses) e até mesmo a internação forçada.

Na pauta da reunião do Conselho estava a reivindicação por uma modernização na Lei de Drogas (Lei nº 11.343), sobretudo na classificação do

enquadramento jurídico de pessoa usuária de drogas ou traficantes; a demanda de líderes de CTs para receberem usuários não necessariamente encaminhados por médicos do SUS, de modo a aumentar a quantidade de internados; e a regularização e monitoramento de Comunidades Terapêuticas financiadas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. À época, esse colegiado era formado por alguns atores governamentais e da sociedade civil, neste último grupo, grande parte representava e defendia as Comunidades Terapêuticas, solicitando o fortalecimento dessas instituições dentro da RAPS.

Na segunda reunião do Conen-DF, no dia 7 de fevereiro de 2019, também acompanhei muitas discussões políticas, principalmente sobre a gestão do Fundo Nacional Antidrogas do Governo Federal e a destinação desses recursos. Neste assunto entram uma série de interessados no financiamento público como as Comunidades Terapêuticas, outras clínicas e representantes dos serviços públicos, como os CAPS AD, que também possuem muitas demandas nas unidades em operação. Na maior parte da reunião o debate seguia assim, mas em determinado momento, deu-se início à discussão sobre as denúncias recebidas pela ouvidoria do Distrito Federal acerca de entidades com estrutura física inadequada para receber internos. Esse último aspecto é fonte constante de discussão por especialistas no tema (Santos, 2018), que destacam os possíveis problemas de instituições que oferecem terapia, mas que não possuem estrutura física ou recursos humanos para atender as demandas geradas pelo uso de drogas.

Nessas quatro ocasiões, foi possível observar a constante disputa de interesses operantes no campo do cuidado aos usuários problemáticos de drogas no Brasil. As parcerias entre instituições privadas com os CAPS AD podem ocorrer, mas com “muitas vírgulas” e “desde que uma não atrapalhe na metodologia de trabalho da outra” (Trecho do meu Diário de Campo, 07/02/2019) Ou seja, é uma disputa centrada na manutenção da abstinência ou na aplicação da ferramenta de redução de danos enquanto estrutura de acompanhamento dos usuários. Em um dos produtos da pesquisa do Ipea, Santos e Pires (2020) analisaram as formas de relação, observadas em campo, de Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas.

De forma mais forte, as divergentes definições de cuidado vão aparecendo enquanto uma discussão relevante para mim. Pensando no termo “cuidado”, há certa

dificuldade em oferecer uma definição objetiva. Para Rodrigues (2023), hoje o cuidado pode ser entendido como

[...] um termo (alguns autores evitam caracterizá-lo como conceito) polissêmico cujo estudo abrange do chamado “cuidado doméstico” às políticas públicas de promoção da saúde, passando pela interação entre profissionais e atendidos/pacientes/usuários e pelo debate sobre a humanização da medicina, além de todo um campo de estudos estruturado em torno da noção de “cuidado de si” (largamente inspirado em Foucault) (2023, p. 160).

Essa atenção ao outro sempre será realizada por alguém, cada uma associada a um conjunto de valores e moralidades. No caso do cuidado em saúde, Rodrigues (2023) sugere dois contextos para compreendê-lo: o primeiro é voltado à execução de boas práticas, sendo um cuidado mais objetivo e institucional, enquanto o segundo contexto é voltado às práticas cotidianas desenvolvidas coletivamente, nas relações sociais e em suas formas.

No primeiro contexto, mais associado às instituições, é preciso lembrar que “cuidar” envolve o “tratar”, mas não se reduz a isso. Nestes espaços onde o cuidado envolve um tratamento, há o risco de a integralidade dos sujeitos em posição de cuidado não seja alcançada. Por isso, os CAPS AD, enquanto equipamentos do Sistema Único de Saúde, valorizam tanto e priorizam a promoção da atenção integral, alinhados ao desenvolvimento da coletividade e relações sociais, como no segundo contexto de Rodrigues (2023).

Ao priorizar a integralidade, os CAPS AD pretendem o envolvimento dos pacientes no tratamento de modo a melhorar a qualidade de vida a partir da opinião deles, superando, dessa forma, a patologia e simples busca pela cura, elementos muito valorizados em instituições como Comunidades Terapêuticas. Ao considerar que o foco no tratamento não é a substância, mas sim, as pessoas, um tratamento de base comunitária e territorial, que explore as redes e estabeleça vínculos e diálogos para o usuário, se apresenta como uma estratégia interessante, de modo a ofertar “soluções locais” (Rodrigues, 2023) para os sujeitos, sem retirá-los de sua convivência.

Nesta perspectiva, os laços, as relações e a confiança com os profissionais empenhados na promoção do cuidado são aspectos com potencial para a oferta de um bom “cuidado” (Pols, 2006) e, desse modo, é fundamental o acolhimento e escuta das narrativas que expressem as histórias de vida dos usuários. Logo, veremos no

capítulo seguinte, nessas histórias, o caráter relacional do cuidado, que depende do contexto e de suas redes, além da ampliação e aprimoramento das habilidades dos sujeitos, de modo a trazer a responsabilização e o protagonismo de quem está em tratamento. Assim como argumentam Pols (2006) e Mol (2008), para Rodrigues (2023, p. 179), “[...] o desenvolvimento de habilidades pessoais seria alcançado através de ações informativas e do desenvolvimento das chamadas competências psicossociais e das capacidades relacionais”.

3.4 OS NOVOS INTERESSES DE PESQUISA

Durante minha graduação em Gestão de Políticas Públicas, na maioria das vezes, caminhei ao lado de conceitos exclusivamente técnicos quando buscava entender o funcionamento de algum serviço ou política pública, como o CAPS AD. Não satisfeita apenas com essa perspectiva, entendi que seria insuficiente olhar somente para uma área do conhecimento se quisesse compreender o ponto de vista dos frequentadores de instituições de cuidado diante de sua busca por serviços, e os sentidos atribuídos a eles. Por outro lado, a experiência de pesquisa num serviço de saúde permitiu-me vislumbrar um caminho mais adequado a ser seguido nesse momento, com uma formação antropológica.

Essa opção se relaciona não apenas ao meu interesse pelo método antropológico, mas, sobretudo, à minha identificação com as variadas possibilidades analíticas que a Antropologia da Saúde oferece à compreensão das construções epistemológicas e práticas de termos como “saúde”, “doença” e “cuidado”, algo nem sempre problematizado na formulação, aplicação e avaliação de uma política pública.

De fato, essa experiência de estágio e de Iniciação Científica no Ipea me permitiu viver e pensar em muitas possibilidades para o meu futuro enquanto pesquisadora e foi nessa profissão que me reconheci e atuo até hoje. Finalizado o período de estágio, Iniciação Científica e graduação, fui aprovada como bolsista de pesquisa no Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, através da Chamada Pública PNPD nº 056/2019 para o projeto “Análise comparativa das metodologias de cuidado a usuários problemáticos de SPAs: CTs e CapsAd” e comecei a refletir sobre os investimentos que poderia realizar para continuar a exercer a profissão de pesquisadora em minha vida.

Um conselho de Raphael Amorim Machado, doutor em Ciência Política e grande amigo meu, iluminou algumas ideias que estavam nebulosas na minha cabeça e me guiou até o Departamento de Antropologia da Universidade de Brasília: “Lu, você tem o perfil de antropóloga! Por que não arrisca um mestrado por lá?”. Sem entender muito bem o que significava **ter o perfil de antropóloga**, mergulhei em textos clássicos da disciplina e me inscrevi no processo seletivo de mestrado em Antropologia Social (2021) desta universidade já conhecida – de outra maneira – por mim. Confesso que até hoje sigo tentando entender o que significa ser antropóloga e ter o perfil para essa profissão que tanto me cativou nos últimos anos, mas agradeço a esse amigo pelo diálogo e também aos colegas de departamento que tanto me acolheram quando fui aprovada neste seletivo em meio à pandemia de COVID-19.

O meu desafio seria elaborar melhor meus interesses de pesquisa, a partir de um novo olhar para os dados já produzidos, os sentidos de cuidado e o “bom cuidado” (Pols, 2006) na experiência dos usuários de CAPS AD neste serviço e em outros. A maioria dos meus entrevistados realizou tratamento em mais de uma instituição de cuidado especializado em vício de substâncias, como Comunidades Terapêuticas, Alcoólicos ou Narcóticos Anônimos e Clínicas privadas.

Meus dados surgem, então, de entrevistas realizadas no âmbito do projeto do Ipea. Porém, é inovador para o próprio projeto e participantes daquele estudo, já que, à época, o projeto não alcançou diversas questões envolvidas neste novo interesse, tampouco focou, como referencial teórico, na literatura disponível na antropologia da saúde. O material escolhido para a dissertação, entre todos aqueles produzidos inicialmente, foram as 31 entrevistas realizadas com os usuários do serviço.

Minha inspiração para essa revisão vem da ideia que o próprio serviço nutre: a escuta ativa e o olhar integral aos sujeitos que buscam, por algum motivo – seja pelo alívio de um sintoma ou a busca por uma **cura** –, somada à Antropologia da Saúde e o seu olhar em narrativas clínicas, psicossociais e culturais, além da própria experiência etnográfica (Maluf, 1999). É importante dizer que, nessa nova olhada para os dados, realizei o exercício de não reforçar o estigma da figura dos usuários, algo que já se faz presente no cotidiano deles pelo simples fato de serem usuários de substâncias psicoativas. Entre tantos relatos, compartilho parte de uma entrevista gravada para aquecer a discussão que virá, incorporada, de tantas formas, ao tema da minha dissertação:

E eu estava querendo também me curar. Eu não queria mais aquela vida para mim, que eu estava chegando numa situação que eu podia fazer mal para a minha esposa, para a minha filha, para o meu filho. Eu estava brigando com eles o tempo todo, ficava brigando, discutindo. Eles me falavam, que eu não lembro. Saí na porrada com a minha filha, com o meu filho. Minha mulher, graças a Deus, eu não briguei muito com ela não, mas com os meus filhos, no outro dia eu acordava cheio de hematoma e ela também. Ela me falava, que eu não me lembrava de nada. Eu ficava igual um santinho no outro dia [...] Eu sei que a doença não tem cura, que ela é incurável, eu só posso amortece-la, adormece-la, nunca vou ser curado. Não tem cura. (Trecho da entrevista realizada em 16 de Julho de 2018).

Este breve depoimento de Estevão³³, um frequentador do CAPS AD da Ceilândia, somado a tantos parecidos, representa exatamente o que me instiga nessa iniciativa de olhar as narrativas. A aplicação da antropologia na prática do cuidado que esses sujeitos recebem ou auto-realizam tem potência para dar luz à própria perspectiva do usuário, no seu itinerário terapêutico, sobre um cuidado adequado e as atitudes que deve seguir na nova relação com as drogas.

Aqui é pertinente destacar um aspecto metodológico para pesquisas na temática de drogas. Essa é uma área de estudos complexa, que envolve disciplinas como a medicina, Ciências Sociais, psicologia e direito, sendo que, para cada campo do conhecimento, há a possibilidade de aplicar formatos de análise e metodologias diversas. Para a pesquisadora que realiza trabalho em campo, a entrada neste espaço em si já é um desafio ético no desenrolar da investigação. Os possíveis encontros com polícia, sistema de justiça, cenas de uso, condições socioeconômicas dos entrevistados e outros fatores devem ser cuidadosamente interpretados pela pesquisadora, que precisa conhecer a pretensão de sua pesquisa no momento do encontro com os interlocutores (MacRae, Medeiros & Alencar, 2023). Neste sentido, a seguir, tentarei compartilhar parte das relações que estabeleci com os CAPS AD para que minha presença fosse negociada e aceita naqueles espaços.

3.5 MINHA RELAÇÃO COM OS CAPS AD

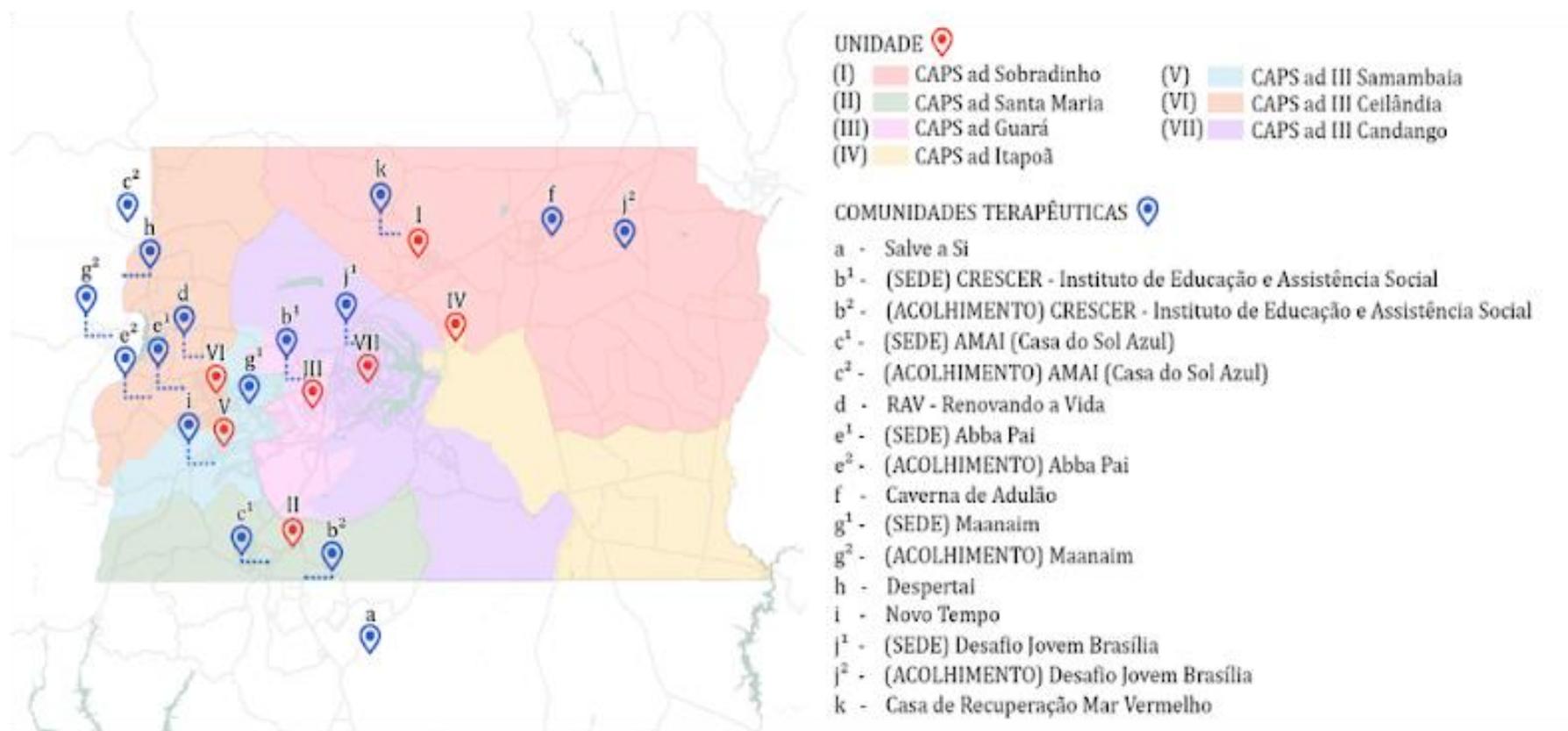
A Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal é uma Rede de Atenção em Saúde, que está disponível para garantir a integralidade na atenção em serviços de saúde psicossocial. Essa rede é composta por alguns serviços de atenção em

³³ Todos os nomes que utilizarei para me referir aos interlocutores são fictícios, uma forma de proteger a privacidade do entrevistado, sem perder a aproximação com a história que é contada.

saúde mental, como Hospitais Gerais, Unidades Básicas de Saúde, Centros de Atenção Psicossocial, incluindo aqueles para demandas exclusivas de álcool e outras drogas.

No Distrito Federal existem 7 CAPS AD para atender demandas de sofrimento mental causados pelo uso de alguma substância psicoativa. Esses dispositivos são alocados de acordo com o tamanho da população e da demanda em cada Região Administrativa e, por isso, se dividem em dois tipos: CAPS AD II - Guará, Itapoã, Sobradinho e Santa Maria - e CAPS AD III - Ceilândia, Samambaia e Brasília. Todos eles foram visitados pela equipe do Ipea e se distribuem, junto às CTs, da seguinte forma pelo território:

Figura 6 – Distribuição dos CAPS AD e CTs no Distrito Federal



Fonte: Santos e Pires (2020).

A seguir, ao descrever cenas vividas em alguns CAPS AD que conheci no DF, tenho alguns objetivos. Optei por encadear e justapor essas cenas não na ordem cronológica em que aconteceram, mas numa ordem que apresente minhas primeiras impressões e contatos nessas instituições. Além disso, a descrição ajudará a imaginar os espaços, localizando cenograficamente como e onde eu estava posicionada e inserida, enquanto pesquisadora.

A relação que estabeleci com cada unidade é diferente, sendo que, em algumas fiquei menos tempo e fiz menor contato com usuários e em outras estive quase diariamente por um período de 15 dias. Não irei retratar todos os dias que estive em cada unidade, mas separei algumas cenas mais potentes e marcantes para ilustrar a minha chegada e permanência nos CAPS AD.

A primeira memória faz parte da cena assistida no Grupo de Boas Vindas do CAPS AD III da Ceilândia. Esse grupo consiste no momento de entrada do paciente no serviço e explicação das atividades a serem feitas. Esta unidade é localizada em um prédio grande, com mais de 10 salas e 3 andares, com capacidade para realizar a internação (o que o torna um CAPS AD III) de pacientes que necessitam de um cuidado prolongado e de alguns dias de acompanhamento intensivo. Na internação, os usuários dormem na unidade, fazem uso de medicações necessárias, se alimentam e tomam banho ali mesmo, além de participarem dos grupos terapêuticos ocorridos diariamente e das consultas individuais com profissionais específicos: assistentes sociais, psicólogas, médicas, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e outros.

Figura 7 – CAPS AD da Ceilândia/DF



Fonte: Relatório de Pesquisa IPEA, 2021.

Cheguei a este CAPS AD no dia 29 de agosto de 2018, um pouco antes das 9:50 e fui até a sala da gestora da unidade, para que ela me apresentasse ao grupo. Como só haviam dois pacientes (um com 19 e outro com 17 anos) para o acolhimento, o grupo foi feito em um consultório pequeno, com uma profissional de Enfermagem e outra, da Assistência Social. Quando entrei na sala, a profissional da Assistência falava sobre os “sintomas da dependência”, explicando o que era a crise de abstinência e dirigindo-se aos rapazes para perguntar se sabiam do que se tratava. Eles demonstraram muito interesse no diálogo, dando exemplos de sua própria experiência com o uso problemático de maconha e álcool. Neste momento, não percebi ao certo se eles faziam uso de outra droga, mas a que mais era citada por eles era a maconha.

Depois, uma das profissionais começou a elucidar a proposta de tratamento do CAPS AD aos pacientes. Ao dirigir-lhes a palavra, ela destacou a importância de um ambiente “livre de drogas” para o sucesso do tratamento, dizendo-lhes que “como aqui não tem droga, é mais fácil”, e de suas participações nas consultas e sessões em grupo, para que não tivessem um “futuro de cadeia”, especialmente diante do fato de que um dos pacientes estava cumprindo medida de justiça.

Após essa interação, a assistente social reforçou a importância de seguir o tratamento à risca, comparecendo às consultas, aos atendimentos, às sessões e às avaliações em grupos, destacando que, caso houvesse qualquer dificuldade com horário ou com disponibilidade, o CAPS AD estaria à inteira disposição para auxiliá-los. Perto do fim do grupo, a profissional da saúde falou sobre como pessoas que fazem uso problemático de substâncias também estão mais expostas e sujeitas à contração de Infecções Sexualmente Transmissíveis.

Nesse exemplo, o serviço – CAPS AD – explica para os indivíduos os “sintomas” de uma condição que deve ser controlada, como uma doença – no caso em tela, o uso de maconha e álcool por jovens – que precisa ser acompanhada, para que um “objetivo” seja alcançado, contornando o destino, que seria a cadeia, caso não houvesse controle. Assim, nota-se que a memória e o relato sobre o que é doença são construídos, sobretudo, por vivências sociais e culturais (Canesqui, 2003).

Para ilustrar a permanência nas unidades, vou mostrar o caso do CAPS AD de Santa Maria, um espaço onde tive boas conversas e que criei muita afeição aos pacientes atendidos, enquanto estive lá. Essa unidade é responsável pelo atendimento de pessoas que residem nas regiões do Gama e de Santa Maria.

Figura 8 – CAPS AD de Santa Maria/DF



Fonte: Relatório de Pesquisa IPEA, 2021.

Minha relação com o CAPS AD de Santa Maria, no Distrito Federal, começou na entrada da pequena e aconchegante casa verde, rodeada por grades e por um jardim repleto de mudas de ervas e flores. Após anunciar minha chegada no balcão de recepção posto no primeiro cômodo, um enfermeiro, já ciente do meu propósito no local, solicitou que eu aguardasse o momento da entrevista, junto às pessoas que ali esperavam atendimento. Enquanto o ventilador diminuía o calor do estio, típico do mês de setembro no DF, sentei-me ao lado do vigia do CAPS AD, numa das poucas cadeiras ali dispostas.

Durante o aguardo, peguei meu caderno para fazer algumas anotações sobre os diálogos que presenciava, conciliando essa atividade com olhares despreziosos para a televisão instalada no local e para os avisos internos e cartazes de campanhas do SUS que tomavam a parede posicionada à minha frente. Nesse meio tempo, um jovem, que aparentava ter 30 anos, entrou no ambiente, sendo acompanhado, logo atrás, por mais quatro rapazes da mesma faixa etária. Vieram numa van branca de uma CT, e o objetivo da visita, segundo pude captar, consistia na participação dos quatro rapazes no Grupo de Boas Vindas – primeira reunião entre os/as novos/as pacientes e a equipe do CAPS AD –, situação em que são explicadas as rotinas, atividades e regras que regem o funcionamento do CAPS AD.

Junto ao balcão de recepção, o sujeito que guiava os demais rapazes começou a narrar um pouco da sua trajetória de relação com as drogas. Percebi, então, que ele era um tipo de monitor de Comunidade Terapêutica. Ele contou sua história e, em seguida, dirigiu perguntas insistentes ao enfermeiro sobre a marcação de consulta médica para os outros jovens que o acompanhavam, aparentando estar com muita pressa. O enfermeiro, com imensa paciência, respondeu que as consultas seriam marcadas após “avaliação” e elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) – projeto de atividades terapêuticas exclusivo de cada paciente, construído em torno de suas necessidades específicas – de cada um dos rapazes. O monitor pegou um copo de água e sentou-se próximo a nós que aguardávamos, na expectativa de retornar à CT. Nas CTs os monitores são pessoas que também estão em tratamento, mas que têm uma função de supervisão ou controle sobre os demais internos, por se “comportarem bem” na CT (Barroso, 2020).

A chegada daqueles rapazes, acolhidos de CT, ao CAPS AD, surpreendeu-me. Afinal, eu tinha sido informada de que CAPS AD e CTs, não só no DF, colocam-se como modelos em disputa, na medida em que adotam modos de tratamento distintos.

Enquanto o tratamento das CTs busca, exclusivamente, promover a abstinência de seus pacientes, os CAPS AD adotam a lógica da Redução de Danos (RD), admitindo que nem todos os usuários de álcool ou outras drogas querem – ou conseguem – suspender o uso de substâncias psicoativas.

Esses encaminhamentos entre Comunidades Terapêuticas e CAPS AD também me fazem lembrar da unidade de Sobradinho, onde conversei com algumas profissionais, neste momento mais confiante do meu papel de pesquisadora, e ouvi diversas histórias dos pacientes sobre as Comunidades Terapêuticas que haviam frequentado. Em Sobradinho, percebi a existência de uma grande rede de comunicação e, conseqüentemente, realização de encaminhamentos dos usuários para CTs, como forma de “darem um tempo” antes de seguirem sendo acompanhados somente pelo CAPS AD.

Figura 9 – CAPS AD de Sobradinho/DF



Fonte: Relatório de Pesquisa IPEA, 2021.

Nem sempre o acolhimento da minha figura de pesquisadora existia nas unidades. Especialmente na Samambaia, local em que fizemos menos visitas de campo também. Essa unidade, assim como a da Ceilândia, tem capacidade de internação dos usuários com essa necessidade, mas também é vizinha de uma

Unidade de Acolhimento – serviço integrante da Rede de Atenção Psicossocial – que oferece alojamento temporário para quem estiver em tratamento nos CAPS AD do DF e demandar, por um período de até 15 dias, um local para morar. Minha visita ocorreu em dois dias e se estendeu à Unidade de Acolhimento, mas infelizmente não houve a participação dos usuários nas entrevistas que foram realizadas na unidade, apenas de algumas profissionais que atendiam ali. Isso ocorreu porque a equipe não conseguiu acessar os usuários que estavam sendo acompanhados no local, seja porque tinham horário marcado para alguma consulta ou porque não se sentiram confortáveis em ceder uma entrevista.

Figura 10 – CAPS AD da Samambaia/DF



Fonte: Relatório de Pesquisa IPEA, 2021.

Antes de iniciar as visitas ao CAPS AD de Samambaia, telefonei para a gerente à época, pedindo autorização para realizar o trabalho de campo e dizendo que seria interessante fazer uma entrevista com ela, para ajustarmos os próximos encontros e alinhar as ideias do projeto de pesquisa. Marcamos para o dia 15 de outubro de 2018 às 8 horas da manhã. Chegando ao CAPS AD pediram que eu aguardasse a chegada da gerente (ninguém sabia onde ela estava). Por volta das 8h50 mandei uma mensagem para a gerente avisando que já estava aguardando por ela na unidade.

Recebi uma resposta às 10h48, com a informação de que ela havia se esquecido que marcou férias e por isso não apareceu na unidade.

Eu havia deixado o CAPS AD às 10h30 sem realizar nenhuma entrevista e sem ter nenhuma explicação sobre a ausência da gerente. Apenas uma assistente social deu atenção para a equipe de pesquisa, concedendo uma entrevista e mostrando o espaço do CAPS AD e da Unidade de Acolhimento, ao lado. Esta CAPS AD operava em um grande prédio com três andares, em cada um deles havia várias salas utilizadas para as consultas e oficinas. O primeiro andar contava com uma recepção e sala de espera e, assim, que adentramos pela recepção, era possível ver consultórios e leitos de enfermaria, onde alguns usuários estavam. No segundo andar, havia uma farmácia para dispensa de algumas medicações e mais salas. E no terceiro andar, havia uma sala maior, com artesanatos produzidos pelos usuários e outros materiais manuseados em sessões de arteterapia.

Depois dessa visita e após diversas tentativas de marcação de uma entrevista com a gerente (23/10/2018, 26/10/2018, 29/10/2018 e 30/10/2018) da unidade, desistimos de realizar o contato e a entrevista. Percebemos a falta de abertura com nossa presença, não retornamos ao CAPS AD da Samambaia e deixamos de entrevistar os usuários de lá. A gerente também não fez contato posterior.

Interessante notar a diversidade de relações experimentadas com cada CAPS AD no DF em pouco mais de um ano de pesquisa. Algumas unidades mantiveram contato posterior ao campo, fazendo convites para os eventos que ocorriam nas unidades e, em outras, sequer conseguimos realizar a entrevista inicial, necessária para completar o objetivo do projeto. A unidade que mais me rendeu notas, entrevistas e interações foi a de Santa Maria. A relação com os profissionais interfere diretamente na relação com os usuários, pois foi através dos primeiros que consegui acessar os segundos, dependendo da abertura para esse tipo de contato. Na parte seguinte deste itinerário, irei descrever o perfil dos pacientes e a forma de tratamento dos dados coletados a partir das entrevistas com eles.

As visitas aos sete CAPS AD permitiram, portanto, a construção dos seguintes materiais:

- Observação participante;
- Registro em diários de campo;
- Fotografias;
- Entrevistas semiestruturadas com as sete gestoras das unidades;

- 40 Entrevistas com outras profissionais das unidades: assistente social (8), médica (5), psicóloga (9), terapeuta ocupacional (5), enfermeira (4), técnica em enfermagem (6), farmacêutica (2) e supervisora (1);
- 31 entrevistas com usuários do serviço;
- Conversas informais com os interlocutores; Preenchimento de sete questionários que tratavam da gestão interna dos CAPS AD;
- Preenchimento de um formulário que indicava a frequência em que as unidades acionaram outros equipamentos da RAPS nos últimos seis meses, a partir da data do preenchimento.

3.5.1 Perfil dos usuários e separação dos dados

Eu e meu coordenador de pesquisa, Roberto Pires, fizemos um esforço de sistematizar alguns dados mapeados nas entrevistas com os usuários para definir um perfil geral desses respondentes. Propositamente, no questionário semiestruturado, não haviam perguntas sobre a idade, local de moradia, sexo, escolaridade, etnia ou raça e tipo de substância utilizada. Como aponta Silva (2018, p. 9): “Há negociações constantes em campo com nossas/os interlocutoras/ es. É preciso, portanto, expandir o que se entende por ética e (re)politizar seu uso”.

Tendo em vista a complexidade e sensibilidade envolvidas na escuta de usuários de drogas, a escolha de suprimir algumas perguntas foi feita para que os interlocutores não se sentissem pressionados na ocasião da entrevista, como se estivessem sendo inquiridos ou respondendo a uma pesquisa genérica, com perguntas prontas. Na formulação do questionário não haviam perguntas de autodeclaração de raça e gênero e, por isso, esses dados não aparecem na caracterização dos usuários. Porém, nas poucas perguntas realizadas (vide Apêndice A), foi possível localizar certos elementos em suas narrativas, a partir do local de interpretação e observação dos pesquisadores, não dos usuários.

Dessa forma, organizamos uma tabela com as seguintes informações, que basicamente foram retiradas das respostas ao questionário semiestruturado utilizado na entrevista: sexo; início do tratamento no CAPS AD; como chegou/por quem foi encaminhado para a unidade; frequência de atendimento; substância utilizada; atividades realizadas no CAPS AD; e passagem por CT ou Clínicas.

É reconhecido que essa amostra não é probabilística e estatisticamente representativa da população de frequentadores dos CAPS AD no DF e nem dos usuários problemáticos de drogas no DF. Por isso, não foi possível realizar interpretações fora desse grupo. Apesar da limitação, essas entrevistas permitem entender melhor quem frequenta os CAPS AD no DF e como se relacionam com este espaço e os demais serviços que fizeram parte de sua trajetória terapêutica até o momento. As distintas formas de relação e experiência desses usuários nos CAPS AD são visualizadas com essas informações, assim como as diferentes percepções dos usuários acerca dos serviços ali prestados e do cuidado recebido.

Das 31 entrevistas realizadas, 26 foram feitas com homens e 5 com mulheres, revelando a maior participação masculina nos CAPS AD do DF visitados. O encaminhamento dos usuários até o serviço foi realizado, em sua maior parte, pela própria rede familiar e de amigos do paciente, seguido das instituições de saúde e do sistema de justiça. Àquela época da pesquisa, os frequentadores de CAPS AD, em sua maioria, informaram ter iniciado o tratamento a partir de 2016, resultando em um tempo médio de tratamento de três anos. Com relação à frequência de atendimento nas unidades, a maioria nos relatou o comparecimento em, pelo menos, uma vez na semana, levando em conta o planejamento dos Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), alinhados às necessidades que levaram ao tratamento.

As substâncias de uso foram separadas em três grupos: exclusivamente álcool, múltiplas drogas sem crack e múltiplas drogas com crack. Com as observações em campo, notamos que os próprios usuários realizam essa separação entre si, construindo uma diferenciação no tipo de uso de drogas. Alguns até mesmo desconsideravam o álcool como uma droga e outros faziam questão de explicitar que não utilizavam o crack, por entenderem essa droga como mais nociva. Sendo assim, o grupo mais frequente entre os entrevistados foi o de “múltiplas drogas sem o crack”. Quase todos os usuários responderam que as atividades que realizam nas unidades são divididas em grupos terapêuticos e acompanhamento com especialistas. Por fim, sobre a passagem por alguma Comunidade Terapêutica, mais da metade já havia passado por CT até chegar ao CAPS AD, no momento em que a entrevista foi realizada.

A nova leitura desses dados fez surgir outras interpretações minhas sobre algo que já havia analisado a partir de outra lente, especificamente a da política pública. Ou seja, outra interpretação foi feita a partir de uma primeira sobre o que foi

respondido pelos usuários no momento da entrevista (Geertz, 2008). Nesse realinhamento das ideias, contei com o auxílio de uma ferramenta para análise qualitativa chamada Atlas.ti. Esse é um *software* que me acompanha diariamente em meus trabalhos com estudos de políticas sociais e auxilia na realização de buscas em grandes massas de textos, transformando trechos de interesse em códigos, isto significa que temáticas podem ser agrupadas e utilizadas para futuras reflexões qualitativas.

Para a codificação de trechos, ou seja, a marcação de passagens das entrevistas transcritas, tomei como base a droga como um ponto decisivo e divisor na vida dos entrevistados, um marcador biográfico (Haraway, 1995) na trajetória deles. Dessa forma, utilizarei as categorias feitas no processo de leitura das entrevistas, focando em elementos biográficos dos pacientes e nas praticidades empenhadas cotidianamente para se relacionar com a substância e seu consumo.

A seguir, explicarei de forma detalhada como se deu a codificação das entrevistas. Iniciei com a inserção das 31 entrevistas transcritas no programa e, posteriormente, fui separando os documentos em grupos de acordo com a unidade de CAPS AD em que a entrevista foi realizada. Ao total, 7 grupos foram criados, distribuindo as entrevistas da seguinte forma:

Tabela 1 - Usuários entrevistados por unidade

CAPS AD	Quantitativo de Entrevistados
Candango	7
Ceilândia	5
Guará	5
Itapoã	3
Santa Maria	6
Sobradinho	5
Total	31

Fonte: elaboração própria.

Após essa separação, comecei a leitura do material com o auxílio das gravações de áudios, autorizadas pelos entrevistados por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Cabe destacar a importância da escuta das respostas dos entrevistados às perguntas do questionário e daquelas que também não estavam previstas. Ouvir os tons de voz utilizados, as pausas e ritmos dos

diálogos, me permitiu imaginar e visualizar melhor as próprias trajetórias narradas por eles, e isso vai além do que somente ler transcrições e analisar pragmaticamente os dados.

A codificação foi realizada de forma livre, ou seja, na medida em que fui lendo e escutando as entrevistas, foram surgindo temas que fui classificando e agrupando para que pudessem ser usados na análise. Cada código criado neste processo pôde ser utilizado em todos os documentos e isso revelou a variedade de temáticas das respostas dadas pelos entrevistados.

Ao todo, foram criados 36 códigos, tendo para cada um deles uma descrição sobre o significado ao utilizá-lo e a minha intenção com sua criação. Além disso, esses códigos, assim como os documentos, foram agrupados em 4 grupos, dependendo da aproximação entre as temáticas deles: a) Entendimentos do usuário, b) Faltas no CAPS AD, c) Melhoras e d) Sintomas/Atitudes. No Anexo III é possível ver todos os códigos utilizados nas citações destacadas nas narrativas, com a descrição e o grupo ao qual fazem parte. Esses grupos me auxiliaram a localizar as falas mais adequadas para cada seção do Capítulo 4.

Enquanto pesquisadora recém-chegada a este campo de pesquisa, sempre me coloquei à disposição de outros pesquisadores mais experientes, mesmo que apenas para ouvir e observar a dinâmica de uma entrevista. Porém, com o passar do tempo e o ganho de confiança, minha e de meus colegas sobre mim, pude me posicionar nessas entrevistas com um papel que ia além da observação e, assim, guiei algumas delas sozinha. O meu lugar nessas salas, consultórios e outros ambientes que serviam para a conversa era o de indagar e estimular um diálogo que pudesse fazer sentido para o objeto da pesquisa e para quem estava sendo entrevistado. Por isso, me concentrava para ter o maior cuidado possível com este momento de escuta, principalmente no que diz respeito a uma temática marcadora na vida desses sujeitos, carregados de histórias e relatos sobre violência institucional, desafetos e brigas com familiares e amigos, necessidades e faltas para poder sair de uma situação negativa de uso intensivo de drogas.

Com este cuidado, me esforcei para fazer meus interlocutores sentirem a segurança naquela conversa curta, sempre me sentando ao lado deles, mostrando as perguntas anteriormente, indagando se desejavam gravar e dizendo que, a qualquer momento poderíamos interromper a conversa, caso algum desconforto fosse gerado. A partir disso, eu era vista como “a moça que vai fazer algumas perguntas”, “a

psicóloga” e como “a estudante e pesquisadora do Ipea de cabelos curtos”. Claro que, em algumas ocasiões, alguns interlocutores sentiam um impacto intimidador da minha presença e se limitavam a respostas curtas sobre as perguntas que eu fazia, mas a maioria entendeu o meu papel e achou interessante estar contribuindo para uma melhora na atenção dentro dos CAPS AD.

Fiz laços e fui lembrada por algumas pessoas, que me reconheciam sempre que voltava às unidades. Mesmo com o término da pesquisa de campo, em 2019, a equipe continuou sendo convidada para eventos como a “Semana de Saúde Mental” que os CAPS AD promoviam e eram nessas oportunidades que os reencontros com alguns usuários mais marcantes para mim aconteciam, com abraços e mais histórias para contar sobre o tratamento e a vida para além dali. Utilizo dessa memória afetiva e das narrativas lidas, relidas e escutadas para compartilhar minhas impressões acerca das impressões dos próprios usuários do que seria um “bom cuidado” ou um tratamento adequado, indo de encontro ao que a antropóloga Annemarie Mol enfatiza em seus escritos: a comunicação é uma pré-condição para o “bom cuidado”, independente do ambiente, seja dentro ou fora de um consultório.

Chegando ao final desta seção, é necessário salientar os desafios e limites da pesquisa, para ir adiante com os dados organizados até aqui. Um primeiro limite é a impossibilidade de realização de uma nova pesquisa nos tempos de pandemia de Covid-19, o que me levou à escolha por utilizar o meu conhecimento, informações e experiência anteriores de pesquisa em CAPS AD e trazer isso para a dissertação a partir de uma nova abordagem dos dados produzidos anteriormente.

O segundo limite - este influenciado pelo primeiro - é justamente a impossibilidade de realizar mais entrevistas com cada sujeito, impossibilitando o estabelecimento de uma relação aprofundada com os interlocutores e me limitando àquele único momento de conversa. Um terceiro e último limite que visualizo é a pouca experiência em realizar pesquisas de campo, já que à época eu tinha outro objetivo com a pesquisa do Ipea e, diferentemente da Antropologia, eu estava estreando nessa metodologia de pesquisa e talvez isso fez com que eu não me atentasse tanto a alguns elementos fundamentais, como as observações mais acuradas e as notas sobre o que via. Todos esses limites somados foram transformados em uma vontade de cuidar melhor das narrativas disponíveis, investindo em autores e autoras para dar conta das inúmeras possibilidades e potências nas falas dos usuários.

Um importante elemento que a antropologia me trouxe para realizar este trabalho é a reflexividade na pesquisa. A partir de um desconforto e da necessidade de socializar as reflexões e inquietações geradas ao longo do meu percurso de formação dos dados (Fonseca, 2021), compreendi a relevância de assumir a reflexividade na pesquisa antropológica como um dado que influencia nos resultados. A reflexividade, para Brandão e Ferreira (2021), é “a capacidade do indivíduo em tomar a sua própria ação para analisar a gênese, os processos e as consequências dessa mesma ação. A reflexividade do autor/pesquisador deve ser assumida como um componente essencial da análise e da interpretação dos dados” (p. 25).

A intenção de pesquisar algo parte de outro ponto basilar para a antropologia, que é a alteridade como necessidade da interação e compreensão do outro a partir de si próprio. Minha aproximação enquanto pesquisadora de um universo, antes distante, foi impulsionada pelos fatores que descrevi neste Capítulo 3 e que acarretaram na transformação de algo que antes era distante para mim, em familiar (Velho, 1994; Damatta, 1978). Ou seja, pude conhecer, mesmo que de forma mínima, os cotidianos e percepções de usuários de substâncias psicoativas em tratamento numa instituição de saúde/assistência. Esse deslocamento me permitiu criar uma nova relação com o tema das drogas, sobretudo com os usuários e suas ricas narrativas.

A única forma de falar da experiência humana é através da narrativa, em todos os seus formatos. Para a antropologia, ir além da literalidade faz parte da dimensão narrativa que busca os sentidos no encontro com o outro, “onde se busca, além de olhar, ver, além de ouvir, escutar; além dos fatos, sentido” (Maluf, 1999, p. 70). Minha inspiração, além das que foram apresentadas neste capítulo, é a percepção que Sônia Maluf (1999) possui sobre as possibilidades de abordar as narrativas. A autora oferece duas abordagens que buscam trazer sentidos e significados para as histórias narradas, a partir de sua experiência etnográfica em um contexto terapêutico e religioso.

A primeira abordagem se refere à narrativa terapêutica, ou seja, são as experiências terapêuticas traduzidas por um discurso que busca atribuir significado a uma doença/desconforto/mal-estar. Nessa lógica, é possível encontrar a negociação sobre o sentido dessa doença, que impacta diretamente na abordagem terapêutica e no entendimento da existência do processo de cura. No meu caso etnográfico, para

os usuários, nomear as demandas pelo uso de drogas como uma doença, de certa maneira, os guia para a escolha das ações terapêuticas a serem empregadas.

Não obstante, assim como no caso analisado por Maluf (1999), meus interlocutores, em grande parte, utilizam uma noção menos dura para se referirem àquilo que os levou a um serviço de saúde. A decisão de se comunicar através da existência de um sofrimento, de uma crise ou de um mal-estar parte da tentativa de traduzir e atribuir sentido à condição vivida. Esse sofrimento, crise e mal-estar serão demonstrados no capítulo seguinte, na leitura das entrevistas. Seguindo essa abordagem, a narrativa terapêutica não se restringe aos espaços clínicos ou institucionais de cuidado. Ela pode ir além, para espaços coletivos, onde existe a construção, em grupo, de afirmações simbólicas acerca da identificação do grupo.

A segunda forma de abordar as narrativas que Maluf sugere é pelas histórias de vida. Neste caso, há uma necessidade do próprio indivíduo em compartilhar a percepção de si, com o incremento de sentidos neste exercício autorreflexivo. A leitura antropológica sobre essa abordagem seria, então, a interpretação de uma interpretação (Maluf, 1999), de modo que o sentido social da experiência do indivíduo possa ser alcançado de alguma forma. Nessa lógica:

O drama-dilema da antropologia - a tensão permanente e irresolvida entre o singular e o universal, entre as muitas histórias e a nossa história comum, foi aqui tomado em sua positividade [...] há algo em comum nessa necessidade de recuperar a capacidade humana de narrar histórias: a busca de sentido, mesmo que seja um sentido precário e temporário, a ser modificado pela experiência individual e coletiva (Maluf, 1999, p. 80).

No meu trabalho, aceito a sugestão de Maluf (1999) para a atenção a dois caminhos complementares durante a análise dos meus dados: na primeira direção, busquei estar atenta às possíveis interferências que podem ocorrer no momento em que as narrativas são enunciadas. Na segunda direção, considerei nos relatos, a ideia central que os usuários pretendiam me mostrar com a escolha que realizaram das palavras, gestos e comportamentos. Com essa orientação, quis valorizar a recuperação das histórias narradas, apresentadas no Capítulo 4 do meu trabalho.

4 NARRATIVAS, PERSPECTIVAS E ATITUDES

4.1 O SOFRIMENTO NO CONTEXTO DO USO DE DROGAS

Cada pessoa vive sua própria experiência de estar no mundo. Para cada sujeito existem necessidades individuais e coletivas que, quando buscadas, se ligam a essa experiência e geram impactos, como o uso de drogas. Os impactos dessa necessidade são socialmente caracterizados pela fragmentação, rompimento e fragilização de vínculos (Richwin; Celes, 2017) e isso diz muito sobre onde é possível e permitido viver um “corpo usuário” (Rui, 2012). Diante dessa ideia, a necessidade do uso de drogas só seria permitida dentro de uma esfera privada onde a violência, o fracasso, a degradação, a dignidade, a precariedade, o caráter e o sofrimento não haveriam de ser compartilhados enquanto experiência coletiva. Mesmo que o ser humano seja um sujeito com hábitos privados, há o impulso de querer compartilhar algumas experiências para o âmbito público. Na circunstância do uso de drogas, quando há um agravamento do mal-estar causado pela experiência com a substância, seja na família, no trabalho, em casa, nas outras relações sociais e no corpo, o compartilhamento dos impactos se torna inevitável.

Por essas reflexões cheguei a duas importantes questões para esta dissertação: Será que é a própria substância que gera um mal-estar ou seriam as experiências individuais do sofrimento que são transpostas para o coletivo? Onde começar a cuidar e como cuidar do sofrimento? Busco discorrer sobre essas perguntas no presente capítulo, utilizando algumas referências que falam de cotidiano e sofrimento e do “bom cuidado” de um “paciente cidadão”. O capítulo se apresenta da seguinte forma: Na primeira seção, trato do sofrimento no contexto do uso de drogas. A segunda seção aborda as formas de trazer o pertencimento social de pessoas em sofrimento. Na última seção, mostro algumas definições e percepções de cidadania para pensar nas possibilidades de cuidado e para pensar se existe uma melhor forma para cuidar. A minha ideia central para o trabalho sempre foi utilizar os discursos de usuários/pacientes em atendimento nos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas como material analítico e irei defender as seções que serão apresentadas com as narrativas, perspectivas e atitudes dessas pessoas.

Para definir a categoria de “sofrimento”, Rodrigues e Cardoso (1998) destacam dois planos, o concreto e o abstrato. O primeiro plano é relacionado às dores e

sofrimentos do corpo interno e externo. O segundo plano abarca o sofrimento em seu sentido abstrato e cognitivo, tem a ver com os sentimentos e as emoções vividas tanto de maneira individual como coletiva. Em ambos os planos,

[...] a exaltação/negação do sofrimento, à medida que cerca tanto os domínios físicos, material e não material, quanto as origens físicas, mágico-religiosas e sociais do sofrimento, funda as bases sociais de seu reconhecimento, isto é, permite que o sofrimento seja legitimado” (Rodrigues; Cardoso, 1998, p. 144).

Ou seja, é necessário falar e compartilhar as experimentações, que ultrapassam o corpo físico, para trazer alguma legitimidade ao sofrimento.

Dessa forma, investigar as representações e práticas dos sujeitos que usam drogas é um caminho potente para entender os significados dos usos e as modificações disso, um passeio que passa pelo prazer e pela destruição. Os autores Acioli Neto e Santos (2016) buscaram compreender os contextos de uso do crack e os significados atribuídos à própria substância pelos usuários. Eles afirmam que a representação da destruição através da quebra de vínculos, da saúde fragilizada e da desconstrução de projetos são maneiras de sofrimento e que esta sensação é definida pelos usuários a partir do estabelecimento do “certo” e “errado”, do “bem” e do “mal”, pelas normas sociais as quais estão inseridos.

Desse modo, os usuários se manifestam perante a substância a partir da influência de suas redes: “trata-se da interação conformada na complexidade das relações que o indivíduo se vincula. São redes de saber, campos de produção de subjetividade, espaços de emergência ontológica e ética” (Ibidem, p. 8). Para Dário, um paciente do CAPS AD de Santa Maria, o uso de alguma droga implica num julgamento automático feito pela sociedade, inclusive para aqueles que estão em tratamento, mas que recaem no uso da substância. Esse interlocutor entende que a partir do momento em que se admite a existência de um problema “[...] você, de certa forma, é recriminado onde você chega. Você percebe isso até no olhar da pessoa” (Trecho da entrevista realizada em 11 de Setembro de 2018).

Na entrevista realizada com Adir, é possível ver como a influência moral da sociedade “normal” constrói o pensamento e visão de si do próprio sujeito. A região onde a entrevista foi realizada chama-se Setor Comercial Norte, localizado no Plano Piloto de Brasília, um espaço em que há grande movimentação de pessoas comprando, trabalhando, indo a consultas e outros compromissos e onde é possível

encontrar algumas cenas de uso e venda de drogas. A instalação do CAPS AD Candango nesta região, de acordo com o relato de Adir, é malvista na cidade, assim como a figura do usuário, que não é bem recebida pelas pessoas. Segundo esse interlocutor:

A pessoa que está jogada naquele farol, que a senhora vê ali, pedindo moeda, a senhora para o carro, fica com pena dele. Ou então, de medo, a senhora já dá uma moeda.

Agora, se eu chegar desse jeito aqui, se eu chegar, agora...antigamente com um saco de latinha nas costas, eu chegava em qualquer ônibus desses da rodoviária e eu pedisse: eu quero ir para o Gama, o cara abria a porta de trás na hora.

Se eu chegar desse jeito e falar: gente, quem pode dar uma passagem, que eu estou lá no CAPS fazendo tratamento, que eu usava droga? Sabe o que eles vão falar? – Tenha vergonha, vagabundo, vai trabalhar, você vai roubar o ônibus aqui. E o motorista não abre a porta.

Então, quer dizer, é com a minha cara e a minha coragem, por conta de Deus, que eu estou aqui. (Trecho da entrevista realizada em 14 de Novembro de 2018).

Não se trata da substância em si, mas do que os usuários enxergam como ruim para eles mesmos e sua rede mais próxima, diante de um determinado padrão de consumo. Contudo, nem sempre é possível assumir que o problema não reside na substância, tendo em vista que para a nossa sociedade o uso de determinadas drogas é inaceitável, seria algo que destrói e que traz danos irreversíveis para a saúde e para a vida. Para Estevão, assim como para outros usuários, a droga é vista como a imagem do próprio mal, “[...] uma tristeza. É um Demônio. É a vitória do Demônio sobre Deus, a droga” (Trecho da entrevista realizada em 20 de Agosto de 2018).

Neste sentido, a substância para os usuários é capaz de alterar o caráter deles, por isso, é algo a ser enfrentado/evitado, como nos apresentou Vânio: “E pôr na gente um corpo estranho, que é a droga, né, ela oscila muito o **caráter** da gente. Então, a gente começa a perceber que a sobriedade é melhor” (Trecho da entrevista realizada em 2 de Outubro de 2018, grifo meu).

O relato abaixo é de Cleber, um usuário entrevistado no CAPS AD da Ceilândia, a região mais populosa do Distrito Federal, segundo o Censo de 2022³⁴ do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste CAPS AD são acolhidos casos que necessitam de atendimento intensivo, através da internação de até 15 dias para a realização de desintoxicação e observação do paciente. Na história de Cleber, o uso

³⁴ Segundo o Censo 2022, a Ceilândia possui 287.023 moradores. Seguem a Ceilândia, a Samambaia, com 218.840 habitantes, o Plano Piloto com 198.697 e Taguatinga com 193.367 pessoas.

da cocaína em grandes quantidades desencadeou um “surto”, acompanhado da sensação de loucura e paranoia. Da mesma forma que nas narrativas de Adir, Estevão e Vânio, aparece no relato de Cleber o potencial nocivo da substância, a qual “escraviza” aqueles que fazem uso prolongado.

[...] eu entrei aqui **surtado**, o meu surto foi de perseguição. Eu usei bastante cocaína e me senti perseguido.

Eu invadi o hospital da Ceilândia, invadi a guarita dos guardas, achando que as pessoas queriam me perseguir, achando [...] que queriam me matar.

Peguei um ônibus, desci, saí correndo igual um louco. É uma paranoia, é uma doença, é horrível. É o pior sentimento que o ser humano pode sentir.

Chega uma hora que a droga te escraviza. Você vira escravo da droga.

Você pode ter o controle ali, certo tempo, agora se você faz um uso prolongado, você vira escravo da droga, você só quer mais e mais e mais.

(Trecho da entrevista realizada em 28 de Agosto de 2018, grifo meu).

Com essas e outras tramas, notei que a aflição ou sofrimento possuem uma relação estreita com a dor física, mas não se reduz a ela, já que pode alcançar outras áreas e elementos para os sujeitos. A luta pela vida no cotidiano é uma experiência incoerente, assim como a relação com a droga. Ao longo do percurso terapêutico de um usuário, existe uma constante reorientação de relacionamentos causada por “quase eventos” ou “coisas normais da vida” (Das, 2015), como as recaídas e esses momentos de “surto”. Isso quer dizer que a reorientação não é necessariamente um grande evento para a pessoa, mas algo que faz parte do ordinário (Das, 2015). No caso de pessoas em uso de drogas, a Redução de Danos se apresenta como uma abordagem do cotidiano no relacionamento com a substância, sem admitir um lugar central para a droga, assumindo que é o indivíduo quem deve ocupar esse espaço em sua vida.

A antropóloga indiana Veena Das (2015) mostrou como as categorias biomédicas influenciam na definição das experiências corporais como a aflição, sensação corporal anormal e o desconforto. Ao questionar o biopoder e as formas que a narrativa médica se apresenta para definir uma doença, a autora destaca dois principais aspectos para compreender a apresentação da narrativa, baseada em Arthur Kleinman (1988), um psiquiatra americano e referência nos estudos de narrativas da doença: é necessário assumir o poder da narrativa e a organização dessas histórias, além de sempre levar em consideração as condições econômicas e sociopolíticas em que esses relatos são apresentados.

As condições de produção da narrativa, como as redes e afetos no contexto do uso de drogas, podem influenciar na forma que a tradução dos desconfortos é dada. A tradução nem sempre é simples, é preciso um direcionamento dos sentimentos e sintomas, por meio das redes de relações das pessoas: “Os limites do corpo humano não são os limites do sujeito. Assim, o sujeito de doença ou loucura não é simplesmente o indivíduo, mas a teia de relações” (Das, 2015, p. 241). O sofrimento, no contexto desta pesquisa, pode ser entendido como uma experiência coletiva, definido pelas redes dos usuários, além deles mesmos:

E eu estava querendo **também** me curar. Eu não queria mais aquela vida para mim, que eu estava chegando numa situação que **eu podia fazer mal para a minha esposa, para a minha filha, para o meu filho. Eu estava brigando com eles o tempo todo, ficava brigando, discutindo.** Eles me falavam, que eu não lembro.

Sai na porrada com a minha filha, com o meu filho. Minha mulher, graças a Deus, eu não briguei muito com ela não, mas com os meus filhos...no outro dia eu acordava cheio de hematoma e ela também. Ela me falava, que eu não me lembrava de nada.

Eu ficava igual um santinho no outro dia. – Que, eu fiz isso? Começava era a chorar com as coisas que eu fazia no dia anterior, que eu bebia. Entendeu? Trecho da entrevista realizada em 16 de Julho de 2018, grifo meu).

Para Estevão, uma das formas de traduzir o seu sofrimento foi o olhar para a sua teia de relações, no caso, a sua família. O afetamento nas relações familiares, com as discussões e brigas, até mesmo físicas, é trazido nesse cenário como um sintoma para o sofrimento de Estevão, causado pelo uso excessivo do álcool. No caso de Dorival, um interlocutor do CAPS AD de Santa Maria, houve um afastamento de áreas importantes para ele, o trabalho e a família. Assim, Dorival se viu em uma situação de “surto” e isolamento, e isso mostrou para ele que algo não estava como de costume:

Eu surtei, eu perdi essa loja, eu joguei ela toda dentro de um container, aí eu depois de dois anos...eu **já tinha um ano que já estava em casa, já surtado, que eu não falava mais com a minha família, com mãe, com ninguém.**

Eu fui, passei um ano olhando para a parede, vendo viagens, assim. (Trecho da entrevista realizada em 19 de Setembro de 2018, grifo meu).

Neste ponto, uma pergunta fundamental que me surge é: como trazer conforto para um sofrimento? Acredito que essa resposta depende tanto da abordagem do cuidador quanto da escolha do paciente. Reconhecer uma doença influencia toda a forma do serviço que será prestado e, por isso, a interferência de um serviço de saúde

pode ser fundamental para definir ao paciente que se trata de uma doença. Para um usuário de drogas, o encontro com a rede de atenção vem a partir da percepção sobre o seu corpo e as consequências do uso relacionadas ao meio social. Antes de buscar atendimento no CAPS AD Candango, Manoel disse que vendia crack, além de ser usuário, e que numa situação em que um cliente não pagou pela mercadoria, ele o matou, pela ausência do pagamento. Neste exemplo, há uma atitude extremada, que “pesou” para meu interlocutor, incentivando-o a buscar ajuda.

A ameaça à vida do outro e à própria vida, como narrado por Estevão, se mostraram enquanto elementos incentivadores para a chegada em uma unidade de CAPS AD. Antes do encontro com o serviço, Estevão contou como estava fragilizado e que já não conseguia lidar com o consumo do álcool sem que estivesse sob a tutela de alguma instituição, onde a recaída, ou “deslizada”, não poderia ser encarada, por uma falta de preparo do usuário.

Eu cheguei a entrar na frente de carro com os braços abertos direto, com as coisas que eu estava bebendo, xingando os outros na rua, mexendo com todo mundo que passava. No tempo de levar tiro qualquer hora na cara e morrer sem ver.

Eu pedi ajuda para a comunidade. Eu estava num estágio muito avançado. Eu dou as minhas deslizadas ainda, sabe? Não estou bem preparado ainda, não.

Eu lembro que eu estava internado há pouco tempo, agora, e a mulher falou que eu estava bom, que eu podia ir embora, e eu fiquei chateado, eu queria ter ficado mais uns dias. E aí na hora que eu saí, eu já fui beber alambique e fui beber com medicação. Não sei como que eu não morri. Não morri mesmo porque Deus não deixou, porque eu tomei remédio. (Trecho da entrevista realizada em 16 de Julho de 2018).

Nesta história é perceptível a importância da comunidade para oferta de suporte ao usuário. Estevão entendeu que não consegue lidar com o uso do álcool sozinho e que é fundamental, para que danos sejam evitados, o apoio comunitário e da instituição que o acolhe.

Em homenagem ao lobo-guará, uma espécie animal comum no Planalto Central, nomeou-se, em 1969, a Região Administrativa do Guará, onde se localiza o CAPS AD mais antigo do Distrito Federal. Neste CAPS AD, prestes a completar 20 anos de operação na capital do Brasil, são atendidos os usuários mais antigos do serviço do DF. Mas não é o caso de Jurandir, um paciente que à época da entrevista estava sendo atendido há apenas nove meses no CAPS AD Guará, apesar de possuir uma longa trajetória com instituições. É notável, na história de Jurandir, que a busca

por instituições de atendimento a usuários de drogas foi muito frequente, sendo doze o número de clínicas especializadas e duas Comunidades Terapêuticas frequentadas pelo usuário, antes de chegar ao CAPS AD, por influência de sua esposa. Enquanto um usuário de crack, cocaína, álcool e maconha, Jurandir trouxe um forte relato dos impactos que as drogas apresentaram na sua jornada e das motivações para continuar procurando atendimento, como a perda da vida social e as adversidades enfrentadas no ambiente familiar.

[...] eu acabei usando o crack com essa mulher e acabei viciando, **perdi o casamento, perdi minha vida social, não sabia mais o que que era brincar, o que que era sorrir, então foi acabando com tudo.** Eu comecei a roubar o cartão de crédito da minha mulher porque eu não tinha mais dinheiro para gastar com droga [...] e a minha mulher descobriu. Então, fui tentando internações, não consegui. Cheguei a morar na rua oito meses, fui preso três vezes, mas tudo decorrente das drogas. Tudo por causa da droga. (Trecho da entrevista realizada em 8 de Outubro de 2018, grifo meu).

Ou seja, quando há um incômodo que não pode ser enfrentado dentro do espaço privado desse sujeito, o movimento de buscar suporte é feito. O uso é feito de forma privada até o momento em que é percebida a necessidade de mudar a relação com a substância para que isso não fragmente mais o meio social. Como destaquei no início deste trabalho, pode ser que esse momento de mudança na relação com a substância não seja necessário para todas as pessoas que usam drogas, mas nesta análise, todos os usuários entrevistados enxergam a necessidade de uma modificação e procura pela instituição.

Acerca do encontro do incômodo com o sistema de saúde, Francisco Arsego de Oliveira (1998) oferece duas categorias para o entendimento de uma “doença”, no contexto da pesquisa em que compunha a equipe, “Corpo, sexualidade e reprodução: um estudo sobre representações sociais”³⁵, onde foram realizadas 200 entrevistas com classes populares. O termo “doença”, foi acolhido em 42% das entrevistas feitas com os 31 usuários frequentadores dos CAPS AD no DF. Recordo que, em minha opinião pessoal, não me alinho à visão do uso de drogas como uma doença, mas me baseei na literatura sobre o tema que pode auxiliar na compreensão dos efeitos do uso de substâncias, a partir da forma como as narrativas dos usuários foram traçadas.

³⁵ Este foi um projeto de pesquisa sobre práticas reprodutivas de moradores atendidos pela rede pública de saúde de Porto Alegre, desenvolvido por Ondina Maria Fachel Leal (1991), realizado pelo Núcleo de Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e apoiado pela Organização Mundial da Saúde.

A primeira categoria de Oliveira (1998) é a concepção de **sintomas** enquanto a tradução de sensações físicas sentidas pelo corpo quando algo não vai bem. Isto pode ser visto no relato de Pablo, um usuário de múltiplas drogas, incluindo o crack, que é atendido diariamente no CAPS AD de Santa Maria.

E quando a minha mãe faleceu eu tive uma recaída muito ruim, eu fui morar na rua, eu passei sete meses na rua.

Eu **fiquei com problema de cirrose, eu fiquei todo inchado, passei um mês internado**, eu pensei que eu ia morrer, aí saí de lá, o meu pai não me queria em casa. [...] **Fiz uma turnê em Brasília de ambulância, em tudo quanto é Posto de Saúde, UPA.**

Eu achei que eu ia morrer. Aí fizeram aquela endoscopia e falou que eu **já devia estar com varizes no estômago, porque eu estava, a minha barriga estava branca e as varizes** apareciam, as veias, mas não deu nada. Eu tentei suicídio. (Trecho da entrevista realizada em 11 de Setembro de 2018, grifo meu).

Além dos efeitos corporais como sintomas que informam a urgência em procurar atendimento, Oliveira (1998) soma as **consequências** como outra categoria para a caracterização de uma doença. Esta categoria abarca aquelas situações causadas pelo surgimento dos incômodos (sintomas) e é representada sobretudo pela interferência dos sintomas em atividades relacionadas à produtividade das pessoas.

Nesse trecho da entrevista com Venâncio, usuário de álcool atendido há dois anos no CAPS AD do Itapoã, ele mostra como a relação com a bebida começou a se tornar de dependência para que ele pudesse levantar, ao acordar. Até o momento em que Venâncio consumia álcool e isso não impactava nas atividades laborais, o uso foi continuado, mas quando a empresa que o empregava teve de entrar em contato com sua família para falar do uso excessivo da substância, ele notou as consequências de sua relação com a bebida.

Na primeira vez que fui internado...que eu morava sozinho em Brasilinha e tinha o meu emprego, eu fui demasiando na bebida.

Eu chegava, saía, ia sozinho, bebendo uma pinguinha de manhã, ia trabalhar e ia de boa.

Aí eu já estava dando para beber um litro de pinga de cinco da tarde, que eu chegava, até dez horas da noite. Aí de manhã, se eu não bebesse, eu não conseguia levantar.

E o bicho foi pegando para o meu lado, aí minha irmã soube do jeito que eu estava. A empresa entrou em contato com ela [e disse], “olha, o Venâncio está numa situação [que está] me pegando, bebendo álcool”. (Trecho da entrevista realizada em 26 de Julho de 2018, grifo meu).

Com “a faca e o queijo na mão”, os sintomas e as consequências, Oliveira (1998) agrupou os elementos ditos nas entrevistas. Para isso, os relatos foram categorizados com expressões e os significados delas para as pessoas. Frases como “ficar de cama”, “parar de comer”, “sentir fraqueza”, “parar de trabalhar” caracterizam as percepções que os sujeitos têm quando estão se sentindo doentes e quando já não podem ser tão produtivos.

Podemos observar, do mesmo modo, nas falas dos pacientes dos CAPS AD essas percepções sobre os limites que o corpo informa quando necessita de cuidado. Cabe, na discussão deste trabalho, entender o que é esperado por estes sujeitos para que se sintam restabelecidos e cuidados, para voltarem a exercer suas práticas cotidianas. Este importante diálogo da saúde com as Ciências Sociais traz a reflexão de como o modelo de assistência à saúde atual no país interage com os indivíduos que buscam atenção, a partir de outros campos de políticas públicas e justiça.

Me pergunto, neste ponto, quais as representações sociais do relacionamento de usuários com as instituições de cuidado, quando assumem o *status* de “doentes” e procuram ajuda junto a um CAPS AD.

4.2 O PERTENCIMENTO SOCIAL DE USUÁRIOS DE DROGAS

Porque a pessoa quando quer uma mudança de vida, para a vida dela...o demônio joga uma seta assim, para você ir para uma portinha bem estreita, entendeu? Bem estreita, assim. Mas eu peço para Deus, para ele poder me tirar dessa vida. Me dar vida melhor, ser um ser humano digno, entendeu? **De não ser humilhado quando for entrar num restaurante, de não ser tirado quando for entrar dentro de um shopping, entendeu? O único lugar de onde a gente não é tirado é de dentro de um bar, né, jovem?** (Trecho da entrevista realizada em 20 de Setembro de 2018, com Manoel, interlocutor do CAPS AD Candango, grifo meu).

O pertencimento social buscado pelas pessoas em atendimento nos CAPS AD como forma de retomar atividades cotidianas, retomar laços e retomar a saúde é muitas vezes traduzido como “controle”, “disciplina” ou “força de vontade”. Essas três expressões foram codificadas por mim em inúmeras falas dos usuários e trarei algumas delas aqui. Por meio desse comportamento, acompanhado por um serviço de tratamento, os usuários de drogas tentam recuperar alguma dignidade que entendem não possuir, assumindo que o único lugar de onde não são tirados seria dentro de um bar.

Em um trabalho que apresenta as narrativas biográficas de pessoas em situação de rua, que realizam a venda de revistas³⁶ no centro de São Paulo, Hugo Ciavatta (2013) observa como se dá a relação desses sujeitos com a rua, os encontros proporcionados e as histórias com as drogas. As histórias de vida narradas são o principal material utilizado pelo autor para mostrar como as “relações sociais constituem o verbo, a ação” (Ibidem, p. 58).

No caso etnográfico de Ciavatta (2013), os vendedores da revista faziam questão de dizer que não estavam em situação de rua, apenas vendiam a revista na rua para sobreviver. É interessante notar nas narrativas a intenção de limpeza, para se diferenciar e distanciar simbolicamente de uma categorização socialmente atribuída a essas pessoas, sejam usuárias de drogas ou pessoas que vivem na rua. O gesto duro de se colocar à distância da própria trajetória, apenas nos mostra a força que tem a recuperação das narrativas sobre a própria experiência dos sujeitos.

Refletindo sobre as narrativas dos usuários de drogas, a primeira forma de controle que aparece é a essencialidade em separar o tipo de droga usada como um modo de reduzir ou retirar parte do estigma já implicado a eles, enquanto frequentadores de um CAPS AD. A manipulação do estigma (Goffman, 1988) implica em mudanças que “liberem” a pessoa de um determinado sinal socialmente colocado a ela, para torná-la mais aceitável perante a própria sociedade. O sujeito é colocado, com a manipulação que se empenha em realizar, em “uma nova relação com as contingências da aceitação na interação face-a-face, com uma utilização consequente de novas estratégias de adaptação” (Ibidem, p. 143). A fala de Joel, um usuário de álcool e frequentador do CAPS AD Guará, faz a classificação de todos os usuários enquanto doentes, mas traz destaque para o crack como a substância que gera maior impacto:

Lá tem tudo, mas todos com “um comum em uma coisa”, todos são adictos, todos são doentes, todos são dependentes químicos, de drogas ilícitas ou vício no álcool, maconha, pó, crack. **Que é uma coisa absurda o que o crack faz com o cara.** (Trecho da entrevista realizada em 8 de Outubro de 2018, grifo meu).

³⁶ A pesquisa foi realizada na sede editorial, localizada no Brás - SP, da Organização Civil de Ação Social - OCAS, que edita a revista *Ocas - saindo das ruas*. A proposta do projeto, que existe desde 2002, é a realização da venda das revistas por pessoas adultas sem emprego e, em boa parte, em situação de rua, que arrecadam uma parte do valor como forma de geração de renda: <https://www.ocas.org.br/>. Em Brasília, existe um projeto semelhante chamado *Revista Traços*. Este projeto existe desde 2015 e proporciona aos vendedores, Porta-Vozes da Cultura, uma oportunidade de se reinserir no mundo do trabalho: <https://tracosbrasil.com.br/>.

Do mesmo modo, Jurandir, que também estava sendo atendido no CAPS AD do Guará, sendo usuário de múltiplas drogas, incluindo crack, faz a avaliação mais negativa em relação a duas substâncias específicas, a cocaína e o crack. Enquanto algumas substâncias permitem que o usuário realize atividades relacionadas à produtividade e que esteja em convivência social, como a maconha, outras seriam causadoras de efeitos destruidores. Como forma de aumentar a sua distância em relação ao estigma de ser um usuário de drogas, Jurandir destacou que utiliza somente a maconha:

Eu uso a maconha. Eu estou em redução de danos. **Porque o que me destruiu foi a cocaína e o crack.**

A maconha eu faço ainda, eu quero parar sim, quero. Mas ela não me causa destruição. Ela permite que eu trabalhe, ela permite que eu estude, ela permite que eu tenha a minha vida social, sair com os meus filhos, estar em casa com a minha mulher. (Trecho da entrevista realizada em 8 de Outubro de 2018, grifo meu).

A partir do que informa Goffman (1988), existe um espectro do desvio, onde há sempre uma tentativa de normalizar aquilo que não está em alinhamento com alguma expectativa social. E para entender onde está a **diferença** atribuída a alguns, seria necessário se voltar para o que é “normal”. O pertencimento social tão buscado por essas pessoas que foram marcadas pela diferença em relação aos outros tem associação direta com a busca pelo “normal”, como contado por Carlos, um frequentador antigo do CAPS AD de Sobradinho, onde estava acolhido há nove anos.

Voltei a estudar. [Antes eu] pagava aluguel, [depois eu] tive de morar dentro das casas de apoio, então vamos lá.

Até o pagamento sair de novo, vou vender as minhas coisas, vender minhas balinhas, não teve jeito.

E mesmo recebendo, gostaria, [de ir] atrás de um dinheirinho a mais. (Trecho da entrevista realizada em 25 de Setembro de 2018).

Para Carlos o tratamento no CAPS AD trouxe a sensação de pertencimento social através de atividades como estudar, sendo este um passo importante para o restabelecimento desse usuário e configuração de um novo entendimento sobre si. Uma das cinco mulheres entrevistadas para essa pesquisa foi Berenice, usuária de cocaína e álcool e frequentadora do serviço na Ceilândia há três meses. Para Berenice, a cumplicidade familiar e retorno das atividades laborais foram elementos importantes para trazer a sensação de estar assumindo alguma melhora nos sintomas

apresentados pelo uso de drogas. Na perspectiva da usuária é essencial a atenção ofertada pela instituição e orientação especializada, seja pelos grupos ou pelo atendimento psicológico que realizou.

Porque eu acho que eu nem vivia. Hoje eu tenho cumplicidade com a minha família, tenho a vida financeira, trabalho, certo?
O meu tratamento, eu faço tratamento psicológico aqui, de grupos e aqui foi uma coisa que me cresceu muito (Trecho da entrevista realizada em 28 de Agosto de 2018).

Ter trabalho, esposa/marido e filhos felizes, estudos em ordem e controle sobre o corpo são normas que possuem o efeito de desqualificar algumas pessoas (Goffman, 1988). “O fracasso ou o sucesso em manter tais normas têm um efeito muito direto sobre a integridade psicológica do indivíduo. Ao mesmo tempo, o simples desejo de permanecer fiel à norma - a simples boa vontade - não é o bastante” (Goffman, 1988, p. 138). Nessa linha, outro tipo de controle buscado pelos usuários envolveria o controle do corpo, do espírito e da mente, algo difícil de ser encaixado por pessoas que se entendem como impulsivas e com dificuldades para manter e continuar um tratamento:

Eu estava fazendo coisas que eu não fazia, que não é da minha índole fazer. Coisas totalmente insanas, coisas que eu nunca, na minha normalidade, jamais ia fazer, entendeu?
Eu adquiri força para fazer coisas que eu ficava sabendo no outro dia que eu tinha feito, que se eu não tivesse vindo aqui para o CAPS, começado esse tratamento, inclusive eles me internaram, eu achei melhor eles me internarem mesmo na clínica porque **eu estava totalmente descontrolado, sentimentalmente, espiritualmente, mentalmente, estava assim abaixo de zero, entendeu?** (Trecho da entrevista realizada em 16 de Julho de 2018, grifo meu).

Meu interlocutor, Estevão, reconheceu que o uso das substâncias alterava questões morais dele, mas além disso, desencadeou na sensação de ausência do controle “sentimentalmente, espiritualmente e mentalmente”. A força de vontade, ou a boa vontade, do usuário seria algo que ajudaria na manutenção do tratamento. Porém, os momentos de recaída são encarados como um fracasso pelos usuários, e uma grande perda de controle, frustrando-os em relação à expectativa de rompimento com a substância. No caso de Wesley, alguns elementos são desencadeadores da recaída, como sentir raiva, e isso causaria um comportamento nocivo.

Só que quando acontece de dar alguma raiva, alguma coisa assim eu acabo usando. Uma coisa que eu não quero fazer, acabo fazendo. Aí eu começo a beber, bebo, bebo, quando penso que não, já estou cheirando cocaína, fumando crack, cheirando lança perfume, tudo o que não presta. É desse jeito. (Trecho da entrevista realizada em 27 de Agosto de 2018).

Tanto que, a primeira coisa que eu fiz, com a mochila nas costas, antes de chegar na casa da minha mãe, no Gama, [...] eu guardei [a mochila] atrás do balcão do bar e tomei uma latinha. Falei, isso não é vida. Eu não passei um dia sem beber na hora que eu saí. E então, eu falei: mas agora, é uma auto sabotagem. Eu falei, não, agora eu vou ficar só na cerveja. Não deu uma semana eu estava caído na destilada. Foi um caso de autossuficiência, de soberba, foi mais ou menos isso (Trecho da entrevista realizada com Ricardo, em 19 de Setembro de 2018).

O relato acima é de Ricardo, um usuário do CAPS AD de Santa Maria, que contou sobre um episódio de recaída, logo após um período de internação em uma instituição. Ao se perceber consumindo novamente o álcool, este usuário estaria realizando uma auto sabotagem associada à perda de controle e disciplina. A recaída, nestes casos, se caracteriza pela vergonha e pela continuidade de um sofrimento, apesar de ser entendido como um risco que se enfrenta durante a tentativa de diminuir os danos do uso problemático no percurso terapêutico.

O ato de recair pode ser entendido como um fracasso, ou seja, não é possível administrar a própria vida diante dos momentos de interação com a substância, havendo a necessidade de monitoramento e agência do Estado, através das instituições de cuidado. Um sentimento recorrente é o constrangimento ao falar sobre o uso de drogas. Os usuários que estão no CAPS AD constituem um grupo que reconhece a existência de um problema, porém, isso não significa que eles não se sintam constrangidos. Eles vivem um paradoxo entre sentir que precisam dizer e o receio de como serão recebidos. As suas histórias podem ser recebidas tanto como histórias de superação, como de fracasso e inaptidão para a vida social, como é narrado por Joaquim.

Aí eu fico triste. Caramba, velho, e sumo. Vou buscar o meu refúgio, velho. Entendeu? Entorpecente. Não era para mim estar fazendo isso mais. Não era. As pessoas me cobram. Eu falei, caralho, é uma coisa que pesa para mim, pesa e é muito. É coisa de vida ou morte. Tem hora que eu fico aí no meio do mundo, do tempo, é eu e Deus. Só eu e Deus. (Trecho da entrevista realizada em 21 de Setembro de 2018).

A força de vontade auxilia na recuperação da dignidade da pessoa, que não se vê sendo respeitada em certos ambientes e atribui esses julgamentos à imagem que passa quando está em uso. Uma pessoa digna frente à sociedade, precisaria juntar a vontade de ajustar elementos importantes para si, na sua vida com o tratamento. Por exemplo, com a melhora na relação com a família, voltar a estudar, trabalhar e "ser funcional" de alguma forma para a sociedade e sua rede de apoio, para que uma nova forma de viver possa ser encontrada, para se livrar do vazio que reside no consumo de drogas.

Existe, então, uma necessidade de refletir sobre ações prejudiciais para o convívio em sociedade, buscando novos caminhos para recomeçar e refazer as formas de relação que sofreram rompimento, quando não havia filtro para fazer escolhas entendidas como saudáveis, durante o uso. É como preencher um vazio deixado pela falta da substância, local a ser ressignificado com outras maneiras de viver.

Preenchendo esse vazio, me dando uma nova forma de viver. Me ensinando a viver sem droga. A saber passar pelas frustrações, pelas alegrias.

Porque para o usuário de droga é perigoso, ele está com muita euforia de alegria ou está com muita tristeza. Tudo para ele é perigoso. Tudo [para] ele leva ao uso.

Então, **aqui eles estão ensinando a gente, eles dão remédio para a gente controlar, para a gente ter uma estabilidade de humor, para a gente não ficar nem alto, nem baixo.** (Trecho da entrevista realizada com Estevão, em 16 de Julho de 2018, grifo meu).

O próprio controle ajuda o usuário a entender os limites físicos e demandas do organismo, como o uso de medicamentos para somar nas atividades terapêuticas e as consultas definidas nos planos de terapia individual dos CAPS AD. Essas ferramentas e as praticidades do dia a dia serão mais bem discutidas na seção seguinte, quando irei falar das técnicas empreendidas para um "bom cuidado".

É possível notar a ideia normativa que integra um sujeito e sua narrativa às diretrizes e regras de uma instituição, como o momento de acolhida nos CAPS AD. Na chegada de um indivíduo a uma unidade de atendimento, a primeira etapa é a explicação das regras gerais para a utilização do serviço e, em seguida, a montagem de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), instrumento que define a frequência nos grupos, oficinas e consultas. Aqui se encaixa bem o relato que eu fiz no capítulo anterior, sobre a chegada de dois sujeitos para acolhimento no CAPS AD.

Aqueles dois usuários recebidos no CAPS AD da Ceilândia, após serem informados sobre as regras de convivência na unidade e sobre alguns impactos gerados pelo uso de drogas (pela narrativa das profissionais que os acolheram), montam um Projeto Terapêutico Singular (PTS), em conjunto com as profissionais do serviço. O PTS é um guia para o usuário acerca das atividades que devem ser realizadas no percurso do tratamento, contendo a frequência necessária em grupos de conversa, terapias, consultas e demais atividades, para que a abordagem continue. É com a narrativa da trajetória sendo o primeiro momento de interação do usuário com o serviço que as regras de como agir, a partir da entrada em um tratamento, são colocadas, como forma de definir os comportamentos permitidos e aqueles que não são aceitáveis para seguir sendo acompanhado.

O diálogo instituição x usuário é um tema cercado de controvérsias no âmbito das políticas de cuidado. Questionamentos sobre a falta de autonomia e escolha do paciente sobre as metodologias disponíveis embasam a discussão dos desafios e controvérsias acerca de um “bom cuidado”, termo que discorrerei a seguir.

4.3 O “BOM CUIDADO”

A maioria de nós precisa do cuidado, sente o cuidado, é cuidada ou encontra o cuidado em uma ou outra forma. O cuidado é onipresente, inclusive através dos efeitos da sua ausência. Como um sentimento de falta que emana dos efeitos da negligência, ele passa dentro, através, por todas as coisas. Sua falta desfaz, permite que se desemaranhe. Cuidar pode nos fazer sentir bem; também pode nos fazer sentir péssimas. O cuidado pode fazer o bem; também pode oprimir. Seu caráter essencial para os seres humanos e os inúmeros seres vivos faz com que todas sejam suscetíveis a ceder a esse controle. Mas o que é o cuidado? É um afeto? Uma obrigação moral? Trabalho? Um fardo? Uma alegria? Algo que podemos aprender ou praticar? Algo que simplesmente fazemos? Cuidado significa todas essas coisas e coisas diferentes para pessoas diferentes, em situações diferentes. Assim, embora as formas de cuidado possam ser identificadas, pesquisadas e compreendidas concreta e empiricamente, o cuidado permanece ambivalente em seu significado e ontologia.

Bellacasa et al. (2023).

O trecho outrora escrito por Bellacasa et al. (2023) é inspirador para abrir a discussão sobre o “bom cuidado”. Como temos visto nas narrativas, as experimentações e compreensões sobre a necessidade do cuidado são diferentes para cada pessoa. Os questionamentos das autoras são extremamente pertinentes para minha análise e, somados à base teórica da dissertação, inauguram o debate feito a seguir.

Utilizarei, enquanto referências teóricas, duas antropólogas holandesas da área da saúde, ciência e corpo, Jeannette Pols e Annemarie Mol. Essas autoras dedicam seus trabalhos para falar sobre cidadania e cuidado e a relação entre eles: como promover a saúde, respeitando a autonomia do paciente? Isso é um dos principais desafios na área do cuidado, que pretendo aplicar ao meu contexto de pesquisa com usuários de drogas.

Annemarie Mol (2008) em seu livro *The logic of care: health and the problem of patient choice*, analisa duas variantes da “lógica do cuidado” que localizam o paciente dentro de sua situação. A primeira variante entende o paciente como cliente, dentro de uma lógica de mercado, ou seja, essa pessoa possui autonomia própria para escolher livremente as opções disponíveis para a sua demanda. A segunda variante entende o paciente enquanto um cidadão, mais próximo do raciocínio de se relacionar com o Estado.

Nos Países Baixos, contexto de pesquisa de Mol (2008), assumir o paciente como um cidadão na relação com os profissionais de saúde é uma prioridade na atenção. Os profissionais possuem o dever de permitir que os pacientes escolham sua trajetória do cuidado diante de possibilidades disponíveis, sendo que nessa relação, ambos seriam cidadãos exercendo um compromisso mútuo.

Nestes termos, a palavra do profissional não é mais reconhecida que a do paciente, mas há o respeito aos profissionais e tratamento dos pacientes como iguais, como atores civis dentro de uma relação definida por contrato. Nesse tipo de relação o paciente é emancipado, deixa seu lugar de passivo, para assumir uma posição de cidadão em relacionamento com outras pessoas, respeitando as responsabilidades dessa relação.

Mol (2008), porém, nos mostra como essa lógica de cuidado na cidadania pode não ser tão interessante, como parece na primeira leitura. A autora sugere que a leitora se imagine num movimento que realiza a reflexão profunda, como o movimento feminista. No feminismo não há o entendimento de que homens e mulheres são iguais,

nem que serão iguais, mas há sim a busca por **igualdade** e **respeito** entre os homens e as mulheres nos espaços sociais e domésticos. Trazendo essa ideia para a lógica do cuidado, ela chama por um movimento chamado “pacientismo” (*patientism*).

O “pacientismo” seria ideal para pensar nos pacientes dentro de um consultório, enquanto cidadãos. Mas um ponto não pode ser perdido de vista dentro desse tipo de relação cívica do cuidado: cidadãos não necessariamente enfrentam alguma condição ou problema de saúde, mas os pacientes, sim (Mol, 2008). No “pacientismo”, “[...] os pacientes-cidadãos precisam colocar entre parênteses uma parte do que eles são. Como paciente, você só pode esperar ser um cidadão com sua parte saudável. Nunca completamente, nunca como um todo” (Ibidem, p. 31).

Estimulada pela reflexão aprofundada do “pacientismo”, Mol apresenta três variações do termo “cidadão”, observando a interferência que os corpos podem ter na execução de seus planos. Como leitora, isso me chama muito a atenção, pois consigo visualizar nesta reflexão sobre cidadania e direitos, grupos como pessoas com deficiência, idosos, população em situação de rua, crianças, pessoas com alguma doença e os usuários de drogas. Como essas pessoas, utilizando os corpos em que vivem, com as suas necessidades específicas, podem exercer a “cidadania plena”? Elas seriam tão cidadãs como aquelas que não sofrem interferência na execução de seus planos pelos seus corpos? O “pacientismo” assume que os cidadãos têm controle do corpo para exercer suas próprias escolhas, mas:

[...] não busca a igualdade entre "pacientes" e "pessoas saudáveis", mas tenta estabelecer como padrão a convivência com uma doença, em vez da "normalidade". Ele enfatiza que é nossa condição comum o fato de que do pó viemos e ao pó retornaremos. Enquanto a cidadania exige que controlemos nossos corpos, que os silenciemos ou que os descartemos, o pacientismo busca maneiras de sermos gentis com nossos corpos, de permitir que eles existam e até mesmo de valorizá-los (Mol, 2008, p. 31).

No primeiro arranjo, o “cidadão controlado” é estimulado pelas suas próprias percepções e controle das situações. Aqui, o indivíduo é comparado a um cidadão da Grécia Antiga, que utiliza as forças e capacidades físicas de seu corpo para se adaptar às situações da vida. Neste contexto, o cidadão não possui a necessidade de buscar ajuda nas situações adversas, para que não se torne dependente e nem se submeta ao controle de outros. É preciso muito cuidado ao pensar neste arranjo, pois o cuidado não opera nesta lógica de opressão do cuidador em relação ao paciente e, por isso, o

controle do próprio paciente nem sempre será uma opção que lhe traga bons resultados no seu tratamento.

No segundo arranjo apresentado por Mol, o “cidadão civilizado” ainda se volta para o controle, mas não no sentido da força física e sim das aparências e preferências que importam para a pessoa. Seriam pessoas que só se concentram nas suas paixões e não conseguem desenvolver o “bem comum” e que vivem sob o controle de suas próprias regras. A autora chama este tipo de cidadão de “cidadão burguês”, aquele que só frequenta os espaços públicos quando seus pontos fracos não estão aparentes e quando é possível controlá-los, ou seja, a civilização é estabelecida pela aparência que o corpo tem, principalmente frente à sociedade. Este cidadão coloca as necessidades privadas em segundo plano para que a boa aparência seja mantida: “Os corpos civis devem ser submetidos à pauta da reunião. Comer, sair, medir o nível de açúcar no sangue, nada disso está em ordem” (Mol, 2008, p. 35).

Para este segundo cidadão existe um limite: no consultório, a lógica se contrasta quando o corpo deve falar e ser exposto para que as demandas sejam acolhidas pelos profissionais. As paixões e vaidades não são preocupações dos pacientes e são expostas dentro de uma lógica de cuidado, onde há o diálogo sobre os ajustes de tratamento e isso envolve necessariamente a exposição do paciente ao profissional, sem o receio de possíveis julgamentos ou castigos. “O cuidado tem pouco a ver com a repressão e muito mais com a valorização de nossos corpos” (Mol, 2008, p. 37).

No último arranjo, é apresentado o “cidadão entendido”, que não necessitaria realizar o controle do corpo, já que sua mente é capaz de fazer julgamentos abrangentes sobre as situações. Nestes casos, é importante destacar que uma pessoa doente não pode ser um cidadão entendido, já que o corpo tende a limitar as capacidades para desempenhar atividades comuns. Ou seja, o cidadão entendido tem autonomia para buscar intervenções no corpo para que ele volte a funcionar e ser ativo, de modo que essa pessoa esteja habilitada a fazer suas apreciações (Mol, 2008). A apreciação depende do corpo funcional e o corpo depende da habilidade do paciente de sentir, entender e apreciar as necessidades corporais.

Tendo visto essas três perspectivas de perceber um cidadão e a relevância de um movimento do “pacientismo”, a crítica de Mol sobre encarar o paciente como cidadão, dentro de uma lógica do cuidado, seria a seguinte:

Enquanto os cidadãos precisam controlar, domar ou transcender seus corpos para poder escolher, os pacientes precisam encontrar uma maneira de cuidar, promover e desfrutar de seus corpos para ter uma vida boa. [...] Enquanto a cidadania é uma forma de celebrar a autonomia, o pacientismo tem a ver com a exploração de formas de moldar uma vida boa. E então algo muda e você tem que começar tudo de novo. Explorando como uma vida boa pode ser vivida (Mol, 2008, p. 40-41).

Diante dos argumentos da “lógica do cuidado” e da “lógica da escolha do paciente”, a autora explorou o significado de ser um “paciente ativo”. Há uma dificuldade em pensar no próprio termo, já que a palavra “paciente” remete a alguém que é passivo, enquanto a palavra “ativo” significa o oposto, nos leva a pensar em atividade, no sentido de fazer algo. Mol (2008) propõe o uso do “pacientismo” para auxiliar na compreensão das demandas de pessoas que vivem com alguma condição relacionada ao corpo, entendendo que a cabeça também faz parte desse sistema, ou seja, o “pacientismo” serve para pensar saúde mental. No meu contexto, serve para pensar no “bom cuidado” de pessoas em atendimento psicossocial motivado pelo consumo de substâncias psicoativas, onde nem sempre há a possibilidade de controlar os percursos do cuidado.

4.4 A LÓGICA DO CUIDADO PARA TRAZER CIDADANIA

Outra estudiosa do campo, Jeannette Pols (2006), desenvolveu um trabalho brilhante para analisar as práticas de tomar banho como um fator que influencia a participação social e a cidadania, entendidas como ideais de melhorias no atendimento de pessoas assistidas por instituições psiquiátricas. A pesquisa se desenvolveu nos Países Baixos e descreve a noção da cidadania a partir de quatro repertórios de banho, que nos ajudam a entender também as possibilidades disponíveis no tratamento de usuários de drogas em CAPS AD.

O nome do artigo de Pols sobre as práticas de banho é *Lavando o cidadão: banho, limpeza e cidadania* (2006). Por si só, este título nos oferece uma boa visão sobre o que a autora pretende em sua análise. Quando li pela primeira vez o “lavando o cidadão”, pensei na relação da estética e boa aparência como meios para trazer a cidadania para alguém, seria o “cidadão entendido” de Mol (2008). Mas, refletindo sobre o contexto de pesquisa de Pols e sua influência por Mol, acredito que pude chegar mais perto do que Pols (2006) quis destacar com este título: tem mais a ver com a produção do cuidado, respeitando a perspectiva do paciente, tendo sempre a

comunicação como centro para o desenvolvimento das atividades que fazem parte do cotidiano, como tomar banho.

Inclusive, em seu texto, a autora faz uma crítica à psiquiatria do século XX, utilizada em ambientes hospitalares, sempre limpos e higienizados. A limpeza neste contexto se tornou um símbolo de controle e repressão voltado especificamente para a cura e dissociado da noção de cidadania. Porém, Pols desafiadoramente argumenta, a partir de Douglas (1966), Barret (1998), Thompson (1985) e outros, que é possível que o banho e a cidadania estejam ligados, no sentido de que os rituais de limpeza são fundamentais para pensar em ordem social e sociedades. Dessa forma, a autora apresenta quatro repertórios de banho para revelar distintas práticas e performances dos profissionais para produção do “bom cuidado”.

4.4.1 O “cidadão particular”

No primeiro repertório, a privacidade, a individualidade e o consentimento são prioridades. Há o respeito, pelos profissionais, do espaço privado do paciente e da constância em que tomam banho. A preferência dos pacientes é levada em conta na escolha dos produtos e instrumentos que desejam, para tomar banho dentro de sua própria rotina.

Neste repertório é feita uma biografia das normas e hábitos dessas pessoas, ou seja, se reflete sobre a forma como as pessoas costumavam fazer algo antes de estarem acolhidas em uma instituição de cuidado e, por isso, há uma tolerância maior à sujeira que se torna “expressão de um eu autêntico” (Pols, 2006), já que a preferência para determinar quando e como se limpar é do paciente.

As qualidades e preferências individuais precisam ser desenvolvidas pelo indivíduo para que ele possa estar equipado para participar de uma comunidade onde outros indivíduos são igualmente autônomos, seguem seus próprios objetivos, cuidam de si mesmos e expressam o modo de vida que preferem. Todos possuem o direito de ser um indivíduo particular, mas são necessárias competências específicas. A autenticidade para estes pacientes precisa ser desenvolvida, através das condições materiais e responsabilidades individuais. Desta forma, o paciente é paradoxalmente visto como já sendo um cidadão e também se tornando um cidadão (Pols, 2006, p. 11-12).

A intervenção e “invasão” do espaço privado somente é feita quando a liberdade dos outros é afetada pela escolha do paciente, isto significa que há um monitoramento dos limites que acompanham a esfera social e os interesses coletivos. A atuação dos profissionais para dar o banho é feita quando o paciente não percebe que está afetando o seu ambiente coletivo.

4.4.2 O “cidadão independente”

No segundo repertório, tomar banho é entendido como uma habilidade básica. Os profissionais estimulam os pacientes a fazerem a atividade sozinhos, tentando não assumir a tarefa de dar banho, mas orientam e estimulam que os próprios pacientes se lavem, como uma forma de treinamento de habilidades. Além de estimular, os profissionais oferecem sugestões verbais de como e onde lavar-se, mas é o paciente que assume o ato.

Neste cenário, para viver em comunidade é essencial que o paciente seja o mais independente possível dos profissionais, de modo a realizar a própria terapia através do treinamento de habilidades. Aqui, o banho é assumido como uma das primeiras tarefas aprendidas no início da vida, logo, é uma habilidade básica:

O distúrbio psiquiátrico não é visto como um motivo válido para deixar a responsabilidade pelos cuidados pessoais de uma pessoa para outras. Isto enquadra a pessoa com doença mental como irracional e imprevisível, ou mesmo como sabotadora ou manipuladora do cuidado (Pols, 2006, p. 16).

É mais difícil que o cuidado seja oferecido quando não há a cooperação do paciente para assumir a sua própria limpeza, isto é, quando há uma sabotagem do próprio paciente de suas habilidades básicas, que delega a atividade para outra pessoa. A autonomia é a principal característica nesse repertório, que estimula o desenvolvimento de uma cidadania independente para o paciente. Ter o banho como uma prática básica define a importância da gerência do próprio corpo, de forma que outras práticas mais complexas e coletivas possam ser desenvolvidas em seguida.

O papel dos profissionais seria o de oferecer o suporte para que o próprio sujeito execute as ações. Nos CAPS AD é possível ver este repertório de cuidado em algumas situações, onde os profissionais auxiliam os pacientes no desenvolvimento

de competências básicas que os habilitem a retomar outros tipos de relações mais complexas.

O uso de drogas e as demandas derivadas do uso não limitam ou perturbam as habilidades dos sujeitos em si e, por isso, “opor-se a um cenário de habilidades básicas seriam uma objeção à cidadania e uma escolha pela **condição de paciente**” (Ibidem, 2006, p. 17, grifo meu). Na perspectiva de Vinícius, um usuário de múltiplas drogas que está em acompanhamento há seis anos no CAPS AD Candango, o suporte dos profissionais e incentivo à participação nas atividades da unidade, ajudam o usuário a não pensar em drogas o tempo inteiro, além de o motivar para acesso a direitos básicos, como a educação.

É porque tem muita oficina aqui [...] todas elas fazem parte de eu não estar na rua, pensando besteira, sabe? E querer usar drogas, sabe? É melhor estar aqui o dia inteiro, a semana toda, de que...eles vão agora, arrumaram escola para mim. (Trecho da entrevista realizada em 14 de Novembro de 2018).

4.4.3 O “cidadão auto-realizador”

No terceiro repertório, o banho não é o elemento que torna a pessoa habilitada para ser cidadã. Estar limpo é pensado como um pressuposto para poder realizar outras atividades que contribuam no projeto de vida do sujeito, e estar sujo é um problema prático que tem uma solução pragmática, independentemente de quem vai limpar. Neste cenário importa a organização, não o desenvolvimento de habilidades ou técnicas para se tornar um cidadão: “o foco está no crescimento pessoal, não nos sintomas ou na patologia” (Pols, 2006, p. 19).

Para Pols, a intenção de “despacientizar” permite que o sujeito se torne um “cidadão auto-realizador”. Essas pessoas são aquelas que buscam fortalecer suas qualidades para desenvolver um projeto de vida da forma mais independente possível, sendo que o banho **faz parte** desse projeto, não é um **caminho** para alcançá-lo. Elas escolhem quais habilidades desejam desenvolver, sem a pressão ou monitoramento dos profissionais para que treinem algo específico. Assim, a autonomia pode ser vista como necessária neste repertório, mas diante da possibilidade de escolha do que se deseja desenvolver para a formação dos projetos pessoais e coletivos.

4.4.4 O “cidadão relacional”

No quarto e último repertório observado por Pols em ambientes de atenção psiquiátrica, o estabelecimento da **relação** com o outro é um **objetivo** do cuidado, não o banho em si. Tomar banho é visto como uma atividade secundária, não uma habilidade básica ou uma condição prévia para o alcance de um objetivo principal.

Neste repertório não é imprescindível que o sujeito realize o banho, pois esta atividade não é definida exclusivamente pela individualidade. O banho é visto como uma maneira de receber auxílio e de estabelecer algum tipo de relação com o profissional que oferece cuidado. Nisto, se assume que, para existir, é preciso valorizar as relações, sem uma forma muito definida para tal. Cada dia é um dia e cada pessoa é uma pessoa e, por isso, é necessária uma acomodação constante entre as partes, sem que a autoridade profissional defina, sozinha, a narrativa terapêutica:

A cidadania parece começar com as relações pessoais. O ideal é que haja um "dar e receber" entre os cidadãos e, conseqüentemente, entre enfermeiras e pacientes. Cada um traz consigo suas diferenças específicas, personalidades e mudanças de humor. Para estabelecer relações, essas diferenças são apreciadas e colocadas em prática. A abordagem de uma equipe que é coordenada e voltada para práticas que enfatizam o desenvolvimento de habilidades básicas seria considerada uma má enfermagem por aqui. E tomar banho, como qualquer outra atividade, pode ajudar a estabelecer a relação (Pols, 2006, p. 25).

Não existem habilidades melhores e mais dignas para o “cidadão relacional”, que pode estar ou não vinculado a uma instituição, tendo em vista que isso não define o sujeito, mas o que importa são as redes sociais e a relação com elas.

4.5 OS TIPOS DE CIDADÃOS E O CUIDADO NO CAPS AD

Diante das noções de “bom cuidado” e “pacientismo” mobilizadas a partir de Mol (2008) e dos quatro repertórios de banho, apresentados por Pols (2006) é possível observar dois pontos sobre a cidadania, aplicáveis ao presente contexto de pesquisa. Nos três primeiros cenários de banho (Pols, 2006) há uma valorização da autonomia para incentivar o paciente a ser um cidadão. Através do exercício da autonomia, do treinamento de habilidades e da independência, os pacientes estariam aptos para fortalecer seus relacionamentos do lado de fora das instituições.

As práticas de cuidado direcionadas à cidadania autônoma parecem promover condições e competências para que o indivíduo sobreviva fora do hospital ou do lar. Os novos cidadãos não fazem conexões ou argumentam por mudanças que facilitem a sua acomodação na comunidade, mas têm que se adaptar às suas condições (Pols, 2006, p. 29).

Nos CAPS AD o tratamento é categorizado como comunitário, ou seja, nestes espaços a atenção é voltada para o sujeito e o desenvolvimento de suas redes sociais, sendo a reinserção social um dos pilares da política de atenção a usuários de drogas. O treinamento de habilidades, o uso de medicações e a realização de terapias fazem parte de um Projeto Terapêutico Singular, que busca trazer melhorias na qualidade de vida dessas pessoas. Com base no texto de Pols (2006), a atenção recebida nos CAPS AD seria voltada para a formação de “cidadãos auto-realizadores”, que necessitam do suporte institucional para fortalecer seus vínculos externos à instituição por meio da recuperação e aprendizagem de habilidades e práticas.

O segundo ponto do trabalho de Pols assume a pertinência da cidadania relacional para o desenvolvimento de relações mais flexíveis, de modo a acompanhar as demandas do sujeito por meio de negociações. Neste tipo de cidadania, os profissionais fazem parte da própria rede dos seus pacientes, não havendo a necessidade do treinamento de cidadãos para o “lado de fora”. Existe uma responsabilidade social e adaptabilidade às normas sociais pela equipe que realiza o atendimento.

Multiplicar as diferenças implode a “igualdade”. Não apenas as preferências podem diferir de uma pessoa para outra, elas também podem diferir na mesma pessoa, de um dia para o outro, como apontado pelo “pacientismo” de Mol (2008). As divisões não se fazem entre o louco e o são, o privado e o público, o paciente e o cidadão, o autônomo e o dependente, o limpo e o sujo, mas entre situações com características específicas.

Apesar de estar mais associada, de forma pragmática, à forma de cuidado do terceiro repertório de banho de Pols (2006), a atenção preconizada nos CAPS AD assume ademais a importância das negociações, especialmente por se tratar de um público que não consegue prever o que pode acontecer em relação ao manejo da substância. Por isso, o “bom cuidado” nos CAPS AD é imprevisível. No dia a dia do tratamento, as questões relevantes para o dia, são trazidas e articuladas com possibilidades de ação.

A expertise da equipe multiprofissional dos CAPS AD reside, inclusive, na delicadeza de perceber que os seus pacientes já são cobrados demais pelas normas sociais e que muitas vezes são marcados pela frustração, vergonha, sentimento de fraqueza e percepção de falta de caráter. Por isso, há tanta necessidade de controlar e disciplinar o próprio corpo, seja através de sua aparência externa ou da dignificação interna, para alcançar a tão mencionada “reinserção social” e, conseqüentemente, a aceitação normativa, moral e social.

O momento de olhar o caso a caso dentro das unidades de CAPS AD e discutir sobre necessidades específicas dos pacientes é a reunião de equipe. Este é um momento de atenção à minuta do cotidiano dos pacientes em atendimento, onde os ajustes são sugeridos pelos profissionais, que posteriormente dialogam com os usuários, exercitando as negociações com o “cidadão relacional”.

4.5.1 O “bom cuidado” é imprevisível

O “bom”, assim como o “mau” é diferente para a “lógica do cuidado” e a “lógica da escolha do paciente”. Na primeira lógica, o “bom” é entendido como atenciosidade e especificação no caso a caso e o “mau” seria a negligência. Enquanto que na segunda lógica, o “bom” é visto como autonomia e igualdade e o “mau”, a opressão. Para Mol (2008), o “bom” pode ser entendido de variadas formas, dependendo do contexto, mas o que se busca é entender, na prática, **como** o “bom” aparece enquanto moralmente **necessário** nas duas lógicas.

Na lógica da escolha, há uma lei muito explícita: “a escolha é um bem, pois oferece autonomia aos indivíduos; e a igualdade é um bem, pois todos os indivíduos devem ter oportunidades iguais de fazer suas próprias escolhas” (Ibidem, p. 74), ou seja, fazer julgamentos normativos é o que endossa essa lógica. O problema dessa norma está exatamente na liberdade das pessoas para analisarem previamente, a partir de seus valores, conhecimentos e perspectivas, tudo o que é colocado frente a elas, inclusive questões ligadas à escolha do tratamento que desejam receber, quando é necessário.

Na lógica do cuidado, o principal elemento é o engajamento em atividades práticas para a produção do “bom” e da “boa vida”. O desafio, contudo, está em encontrar, ao longo do caminho, formas de produzir o “bom” e a “boa vida” para cada indivíduo em seu próprio contexto. Isso não significa que cada pessoa pode assumir,

a partir de seus julgamentos, o que seriam aqueles termos. Se faz necessário a construção de um julgamento desenvolvido com as opiniões pessoais e as dos outros, através da coordenação entre atores que discutam as melhores estratégias de ação.

Nesta lógica, o diálogo com os outros é imprescindível para formar diagnósticos e caminhos do cuidado, levando em conta, inclusive, o que já foi estudado e discutido por outras referências e mostrando a importância da ciência, em todos os seus níveis. Não é dizer que todas as recomendações, no meu caso estudado as recomendações médicas e normativas, definem por si só o “bom” e o “caminho correto”. Na lógica do cuidado:

Raramente todos os tipos de outras práticas sociais e materiais em que você está envolvido também se encaixam em seus desejos. Até certo ponto, elas podem ser alteradas, mas onde e como? Descobrir isso é uma tarefa prática e experimental. Portanto, na lógica do cuidado, a definição de "bom", "pior" e "melhor" não precede a prática, mas faz parte dela. Uma parte difícil também. Uma parte que dá ampla oportunidade para ambivalências, discordâncias, inseguranças, mal-entendidos e conflitos. Ninguém nunca disse que cuidar seria fácil (Mol, 2008, p. 75 e 76).

Nessa análise sobre a forma como os usuários se sentem frente ao julgamento institucional sobre o uso de drogas e como se sentem de um modo geral frente a um julgamento social e moral sobre o consumo de substâncias psicoativas, notei dois caminhos. Nas declarações dadas, na percepção deles, existem duas possibilidades na trajetória institucional de um usuário de drogas, cadeia ou tratamento.

Essas expectativas são baseadas na ótica generalizada da prática enquanto um problema moral, de justiça, ou como um problema biológico, de saúde. Quando falamos na atenção ofertada por instituições especializadas, precisamos levar em conta a dinâmica do próprio serviço e dos profissionais que realizam o atendimento, junto aos seus valores e moralidades pessoais.

Uma crítica sobre esse arranjo institucional, feita por Adir, meu interlocutor do CAPS AD Candango, é sobre a falta de sensação de acolhimento nos locais que prometem a proteção social, pertinente nessa análise. Enquanto um frequentador experiente de CAPS AD, onde soma sete anos de tratamento, sem falar das experiências que teve em outras três Comunidades Terapêuticas, esse usuário disse que tem a percepção da “rua” como um local mais seguro do que as instituições que fazem parte de uma rede de atenção, conhecidas por ele.

Para Adir, a visão de julgamento que parte dos locais sociais se traduz no estigma e no entendimento de disfuncionalidade pela necessidade de ser controlado ou penalizado: “Sei lá, eu acho que o governo pensa que tratamento para droga é cadeia, não sei, porque **existe um certo preconceito para quem está fazendo tratamento antidroga**” (Trecho da entrevista realizada em 14 de Novembro de 2018, grifo meu).

Para mostrar como essas divergências de cuidado existem em ambientes de saúde, menciono o trabalho de Cíntia Engel (2013) acerca das rotinas de cuidado para pessoas que sofrem com demência. Nesse estudo, a autora observou a dificuldade em alcançar um consenso entre os médicos e os pacientes, na enunciação de um diagnóstico e definição das abordagens de tratamento. Trazendo essa lógica para minha dissertação, notei que as maneiras de cuidado podem variar, dependendo da percepção que os usuários possuem sobre o seu corpo e o momento em que se encontram. Na circunstância do encontro com uma instituição de cuidado, existem muitas possibilidades para a construção de um plano integral que dê conta de cada caso apresentado.

Como mencionado, é no primeiro contato entre CAPS AD e usuário que acontece o planejamento individual, a partir do que é colocado pelo paciente como motivador para o acompanhamento neste serviço. Na subseção, seguinte as noções sobre o “bom cuidado” nesses serviços específicos surgirão, conforme a escolha do paciente por determinada perspectiva, além da consideração do caráter imprevisível do cuidado (Pols, 2006).

4.5.2 “*How have things been lately?*”: redução de danos, abstinência e medicamentos

Como têm sido as coisas ultimamente? O bem, o bom, o melhor, o correto. Definir esses termos dentro da experiência do cuidado sempre envolverá conflitos e divergências, tendo como exemplo as tensões emergentes entre CAPS AD e CTs no Brasil. A definição dos termos é uma constante tentativa, presente nas narrativas terapêuticas e nas narrativas auto-reflexivas (Maluf, 1999), e que convive com a possibilidade do erro ou não adequação, tendo em vista tantas transformações sociais e científicas, instâncias essas que definem e tentam resolver problemas na sociedade.

Nos CAPS AD, a orientação, a partir da normativa que estrutura a RAPS, é o desenvolvimento de estratégias alinhadas à abordagem da Redução de Danos na atenção em saúde. De outro lado, mas dentro da RAPS, as Comunidades Terapêuticas oferecem o modelo de atenção baseado na abstinência como meta para o sucesso do tratamento e, de maneira bem pragmática, isso seria a aplicação do cuidado adequado.

Na minha análise, a partir das perspectivas narradas pelos usuários, pude notar que a definição do “bom cuidado” depende, entre outros fatores, das consultas e trocas de experiências e conhecimentos entre pacientes e profissionais. Na visão de Cláudia, frequentadora da unidade do Guará, o estabelecimento do diálogo com profissionais capacitados permitiu uma orientação sobre seu caso, proporcionando mais qualidade de vida para ela. Diferentemente dos demais usuários entrevistados, somente Cláudia apresentou uma demanda pelo consumo exclusivo de *Clonazepam*, um benzodiazepínico tranquilizante, mais conhecido pela marca *Rivotril*.

Minha qualidade de vida melhorou bastante, os profissionais são extremamente capacitados. O que acho que falta é infraestrutura mesmo. Eles fazem tudo o que eles podem. Eu vejo esforço, o que eu vejo do que eles promovem aqui, as festinhas, a interação. Eles procuram pessoas que estão começando...por exemplo, o rapaz que está fazendo ioga com o pessoal está fazendo voluntariamente.

Eles estão sempre buscando fazer o melhor para a gente. Se eles não fazem mais é porque não podem.

Os profissionais que eu mais vejo empenhados nessa coisa da gente, de saber, é o SUS, da Saúde Pública, no geral. Os que eu vejo mais empenhados, realmente, que eu não vejo indisposição, eu não vejo impossibilidade para nada. **Realmente, eles trabalham para a melhora do paciente que aqui chega.** (Trecho da entrevista realizada em 28 de Setembro de 2018, grifo meu).

Nessa linha, é essencial que algumas questões estejam colocadas na relação desses atores, para a produção da abordagem. Para Mol, as perguntas fundamentais no diálogo terapêutico são: “Como as coisas estão indo ultimamente? O que poderia ser feito de forma diferente e como isso poderia ser feito? Como ajustamos todos os elementos relevantes da vida cotidiana de um paciente da melhor maneira possível?” (2008, p. 76).

Portanto, nos CAPS AD, a comunicação é o primeiro passo para definição do “bom cuidado”, estando dentro ou fora do consultório. De acordo com Estevão, essa comunicação é bem direcionada e diligente, com a oferta de ferramentas que o auxiliaram a preencher o espaço que sentia estar vazio, como uma angústia para ele.

Eles são muito bons, muito educados, muito pacientes.

Que nós que usamos drogas...nós somos, vou te contar, raça de pessoa louca, doida, né? Eles têm que ter muita paciência. Porque, às vezes, ele não obriga você a não usar, **ele te dá ferramentas para você ir levando uma vida, para você enxergar uma vida normal. A vida real.** Não para você não usar.

Se você quiser usar você tem livre arbítrio [...] mas ele te ensina a enxergar, a preencher esse vazio [...] com outra coisa, uma coisa mais sadia. **Para você não precisar ficar dependente de uso, para você se sentir melhor.**

Ele te ensina a preencher esse espaço vazio, como é que eu vou dizer? **Sei lá, esse vazio, aquela angústia que dá, aquela dor no peito.** (Trecho da entrevista realizada em 16 de Julho de 2018, grifo meu).

Para a promoção da qualidade de vida aos usuários, as atividades desse serviço, alinhadas à perspectiva do “bom cuidado”, não se restringem à comunicação oral. Somada aos diálogos e experiências de escuta, existe a atenção à linguagem corporal dos usuários, ou seja, como o corpo reage às medicações, sessões com as psicólogas, à melhora na alimentação, ao manejo das substâncias e outras estratégias, alinhadas de forma prática à Redução de Danos. No relato de Kaleb, um usuário de múltiplas drogas em atendimento há 10 anos nos CAPS AD, fica evidente a associação do uso de medicações com uma maior “organização”, como dito por ele, na esfera doméstica e psicológica.

Com as medicações que a doutora passou, é psiquiátrico, né? Mas eu estava em uma situação muito difícil. E **com os remédios foi estabilizando a minha ansiedade, a minha fissura e isso foi me ajudando.** Me ajudando a ficar mais em casa, observar mais as coisas, ser mais organizado.

Estou falando organizado com roupa, arrumar o quarto, lavar a louça, bem pouco, mas [mais] organizado nos meus pensamentos, tipo: por que eu vou sair oito horas da noite, sendo que eu já estou banhado, jantado, dentro de casa? Para beber, cheirar, fazer o que na rua?

Me deu uma freada boa. (Trecho da entrevista realizada em 27 de Setembro de 2018, grifo meu).

Com a estabilização de sintomas como a ansiedade, a medicação e a organização do seu espaço privado, permitiu que Kaleb realizasse uma auto-reflexão sobre situações com potencial de risco para ele, preservando-o e “freando” o uso do álcool e da cocaína. Na Redução de Danos, esse “freio” é priorizado em relação à suspensão do consumo da substância, desse modo, há uma avaliação das possibilidades de manejo do uso, seja com a substituição da droga de preferência para outras menos nocivas ao sujeito, ou a diminuição no consumo, dependendo de cada caso. Nessa linha, a ética do cuidado na Redução de Danos, definida por Rodrigues (2023, p. 194) se apresenta da seguinte forma:

Uma ética que não procure solução abstratas e universalizantes, mas soluções contextuais, situacionais e singulares; uma ética relacional, que implique o contato pessoal continuado, o acompanhamento personalizado; que estimule a sociabilidade e a participação; que não seja prescritiva, mas sim dependente do vínculo, baseada no diálogo, na negociação e interação; que respeite o ponto de vista do Outro, que respeite sua autonomia, sua autodeterminação.

Porém, vale destacar que essa abordagem pode não ser assumida como uma prioridade para o tratamento dos usuários, pelos profissionais do serviço, mesmo que seja uma recomendação normativa que organiza a atenção, como foi analisado por Santos e Pires (2020) no trabalho intitulado *Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras*. Neste artigo, foram utilizados dados da mesma pesquisa que proporcionou o desenvolvimento da minha dissertação, todavia, os materiais analisados pelos autores para a compreensão dos sentidos da RD entre profissionais dos CAPS AD, foram as entrevistas realizadas com os especialistas que realizavam atendimento nas unidades do DF.

Tendo isso em vista e diante dos dois tipos de prioridade, abstinência e RD, disponibilizados nas duas principais instituições de atenção ao uso problemático de drogas do país, CTs e CAPS AD, os sujeitos que buscam cuidado são colocados frente a escolha do mais adequado para si. E mesmo que estejam em tratamento nos CAPS AD, alguns deles entendem que é somente cessando completamente o uso da substância que se alcançaria algum resultado positivo. Outros, não percebem a abstinência como necessária para conseguir melhorar a relação com a substância e com o meio em que vivem, sendo possível consumir com maior responsabilidade com a saúde e com a sociedade.

Por exemplo, meu interlocutor Adir, aceitou realizar a RD no início do seu tratamento no CAPS AD, mas avaliou que a abordagem não funciona para “alcoólatras”, como ele, porque a vontade de beber até causar algum dano é superior ao impulso de parar de usar, quando se chega a um limite razoável para si. A atitude adequada, que serve para Adir, é a suspensão no consumo do álcool, o que se apresenta como positivo dentro da narrativa terapêutica dele: “É que eu já estou fora da redução de danos, graças a Deus [...] não funcionou para mim e não vai funcionar” (Trecho da entrevista realizada em 14 de Novembro de 2018).

Por outro lado, na perspectiva de Pablo, a RD é uma abordagem válida para reduzir os impactos negativos do uso de drogas. Ele entende que em alguns casos é necessária a substituição da substância de preferência, no exemplo abaixo, o álcool, por outra que ajude no manejo com a primeira. Na visão dele, é válida a utilização da RD no tratamento, quando se entende a gravidade dos impactos causados por determinada substância e há a escolha por uma abordagem menos abrupta, como é a abstinência.

Eu acho muito válido porque, por exemplo, a gente vê pacientes que começam a reduzir, reduzir e de repente eles já não estão usando mais nada, né?

Eles começam a reduzir, ah não, eu estou usando o crack, estou bebendo demais...tem pacientes aqui que bebia muito, andava na rua, arranjava briga, confusão, chegava aqui todo arreventado por causa de briga. Aí fuma um “baseadinho” de vez em quando. Aí está indo, agora já está pensando em largar a maconha também.

Quer dizer, é uma redução de danos. **Se a bebida fazia e provocava situações de risco, até de morte, a maconha já não fazia esse efeito nele.** Porque aqui tem as medicações, que tem com o psiquiatra. É tomar medicação e, às vezes, fuma maconha e, daqui a pouco, já não. Trecho da entrevista realizada em 11 de Setembro de 2018, grifo meu).

São observadas, então, maneiras de manejo do uso de drogas e estratégias para alcançar um bem-estar, não necessariamente vinculado ao rompimento com a substância. Alguns usuários entendem que trocar uma substância “mais destrutiva”, como o crack, por outra de menor impacto, como a maconha, auxilia no tratamento e na melhora de atitudes e sintomas antes entendidos como prejudiciais.

Por outro lado, entendendo o consumo de drogas como uma doença que necessita controle, outros usuários não arriscam realizar a redução de danos como estratégia, pois, diante da visão de algo que não tem cura, a relação problemática com uma substância não pode ser substituída por outra relação com outra substância, mesmo que não seja vista como problemática. Neste último caso, usar qualquer tipo de drogas seria um risco para o alcance de um objetivo. Utilizo a narrativa do mesmo usuário, Pablo, para mostrar como as percepções sobre o consumo de drogas, mesmo dentro da estratégia da RD, podem ser modificadas ao longo do percurso terapêutico:

[...] e aqui no CAPS, eu já tive recaída aqui. Porque o CAPS trabalha com redução de danos, dentro da redução de danos cabe a abstinência. E as comunidades terapêuticas, elas trabalham com a abstinência total. E não cabe a redução de danos, né?

Então, com isso eu larguei o crack, eu larguei o álcool, larguei a maconha e larguei a cocaína e agora eu vou começar a trabalhar o tabagismo, o cigarro. Já tem um ano e nove meses que eu estou sem usar essas drogas ilícitas, o álcool e essas coisas (Trecho da entrevista realizada em 11 de Setembro de 2018).

Para alcançar a própria meta entendida como correta para si, Pablo instrumentalizou a RD para reduzir o consumo de drogas até alcançar a abstinência, num ritmo mais respeitoso para o seu corpo. A não utilização de nenhuma droga como meta e a aplicação da RD com o objetivo de **melhorar a vida** do usuário pode ser uma opção de tratamento, como no caso de Pablo. Assim como proposto por Mol (2008), o trabalho em instituições como os CAPS AD é orientado de forma reflexiva, buscando a melhoria, na perspectiva do usuário através de práticas moralmente alinhadas ao sujeito que está na posição de cuidado.

O caminho percorrido neste capítulo aponta para algumas etapas comuns aos meus interlocutores de pesquisa. O sofrimento social, apresentado por sintomas e consequências (Oliveira, 1998), mobiliza pessoas que se entendem como “fracassadas”, “viciadas” e “doentes”, a partir do estigma socialmente imposto a elas (Goffman, 1988), para irem de encontro a uma instituição de cuidado.

No processo da descoberta de um “problema com as drogas”, diversos atores participam, atribuindo entendimentos, moralidades e ações compreendidas como adequadas para esse contexto. Isso acontece diante da urgência que os usuários mostraram ter, para romper com uma relação de danos advindos do uso que, por sua vez, é motivado por uma série de fatores sociopolíticos. Os sintomas e atitudes dos usuários que procuraram os CAPS AD fazem parte desse sofrimento social e da demanda por uma mudança para a recuperação da pertença social, que eles entendem não possuir ou estar fragilizada.

A pertença social traduzida por voltar a trabalhar, ter um emprego, se relacionar bem com a família e estudar é priorizada pelos meus interlocutores. Para isso, o tratamento ofertado nos CAPS AD precisa estar alinhado à ideia da “boa vida” para os usuários. A partir de Mol (2008), é possível indicar que, para os usuários, o cuidado é feito no dia a dia, com comunicação e relacionamento, e pode ser entendido como “imprevisível”. Não há uma linearidade e previsão de resultados no tratamento, sabendo que momentos de recaída e de novos ajustes serão necessários na maioria dos casos. Por isso, o cuidado nos CAPS AD se apoia na Redução de Danos

enquanto ferramenta que permite diversas possibilidades de ação, para as demandas de cada pessoa em seu contexto específico.

Somado a isso, quando são oferecidas escolhas aos usuários, que dialoguem com a proposta do serviço, essas pessoas recuperam a ideia de que são cidadãos, com direitos perante a sociedade. Isso significa que um “cidadão relacional” (Pols, 2006) no contexto do tratamento no CAPS AD desenvolve habilidades práticas, para promoção de uma maior qualidade de vida, com respeito aos desafios e limites apresentados por cada usuário.

O caminho feito nesta análise, amparado nos conceitos de sofrimento, pertença social e “bom cuidado” apontou para uma forma de abordar as narrativas de usuários de drogas atendidos em CAPS AD no DF. Contudo, o caminho que percorri não é o único possível, e abre espaço para que outras interpretações possam ser feitas futuramente, com o objetivo de valorizar e entender de forma mais íntegra as histórias de pessoas que usam drogas.

APONTAMENTOS FINAIS: O USUÁRIO É CIDADÃO?

Ao analisar as percepções de usuários e profissionais sobre a atenção prestada em dois CAPS AD localizados no Recife - PE, Maristela Morais (2008) notou que concordâncias e divergências sobre o modelo de atendimento fazem parte do cotidiano prático. Assim como na RAPS do Distrito Federal, os equipamentos analisados por Morais assumem a importância dos aspectos trazidos pela Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, mas enfrentam dificuldade para a implementação no dia a dia.

A autora observou uma tentativa, por parte dos usuários, de encaixe na lógica do cuidado oferecido pelos CAPS AD, como forma de diminuir a distância entre o estigma/desvio que lhe foi atribuído socialmente e o que seria considerado como comportamento normal perante a sociedade (controle ou suspensão do uso de drogas). Neste processo, Morais (2008) questiona a autonomia dos usuários diante do sentido da exclusão social que eles atribuem ao uso de drogas.

Recuperando o trabalho de Campos (2015) sobre as formas de controle pensadas para os usuários de drogas, que seriam a cadeia ou a instituição de saúde, e relacionando com o estudo de Morais (2008) para minha análise: para os usuários de drogas é melhor ser **doente** do que ser vagabundo. Digo isso porque é apenas quando você não usa drogas (ou quando a sociedade não sabe desse uso) que é possível fugir do desvio. Considero o uso de drogas apenas como um elemento deste arranjo, observando que tantos outros aspectos colaboram para a exclusão social, como a pobreza, o gênero, a raça e outros.

O aspecto acima serve para todos os tipos de uso, mas não serve para todos os tipos de drogas. Um usuário eventual do álcool é socialmente aceito, já um usuário eventual da maconha recebe automaticamente algum atributo do desvio (drogado, vagabundo, criminoso, perigoso). Isso alimenta a abordagem da abstinência, na medida em que a suspensão permanente do uso de drogas é o fator que auxilia para a “reinserção social” do sujeito.

O que defendi neste trabalho é a pertinência de considerar os três fatores citados no Capítulo 1: o sujeito, a substância e o contexto social. Ao longo da vida, ninguém permanece inerte e nem segue linearmente um percurso previamente planejado. É preciso considerar a possibilidade do encontro de novos caminhos e percepções ao longo da rota.

A manutenção da ideia de doentes configura-se como um obstáculo ao avanço para uma concepção de cidadania, conforme se espera de uma atenção integral, justa e humanizada, aproximando-se mais do modelo psiquiátrico tradicional do que da proposta atual.

Tanto a noção de doentes como a de marginais são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão (Morais, 2008, p. 128).

Como foi visto, no Brasil, a patologização do uso de drogas é vista como uma via menos dura de controle, em comparação com as formas jurídicas de tratamento aos usuários de drogas. Portanto, manter a ideia da existência de uma doença limita a ação coletiva, consolidada por um modelo de assistência falho, que não leva em consideração as múltiplas necessidades dos sujeitos. Minha proposta foi questionar essas formas de controle, elevando a opinião dos usuários acerca de um cuidado humanizado e integral, por meio de suas percepções sobre o sofrimento e promoção da sensação de pertença social.

Afinal, um usuário de drogas pode ser um cidadão? Após a passagem pelos textos de Annemarie Mol comecei a pensar que não, que o lugar dessas pessoas seria o de um “paciente ativo”, iluminados pelas ideias do “pacientismo” em crítica à visão normativa, que cerca a definição de um paciente cívico, e lembrando do que Mol disse: um paciente não pode ser comparado a um cidadão pleno porque o seu corpo o limita a exercer esse lugar.

Definindo brevemente a figura do “paciente ativo” defendida por Mol (2008), na “lógica do cuidado”, essas pessoas são entendidas como alguém que possui “habilidades” e que desempenham ações, não necessariamente sozinhos. O “paciente ativo” coloca em prática as atividades cotidianas junto com a sua rede de apoio, ou seja, ele sempre está fazendo algo, mesmo que com a ajuda de outras pessoas: pedir ajuda para tomar banho, seguir uma dieta recomendada por um especialista e tomar a medicação receitada. Fazer escolhas se torna uma atividade prática, como qualquer outra, para este paciente.

Porém, ao utilizar Jeannette Pols (2006) na reflexão das práticas de cuidado para a produção de cidadania, assumi que os usuários de drogas, mesmo diante de suas limitações psicossociais, podem ser colocados no lugar de cidadãos dentro de uma lógica de cuidado onde as relações e a comunicação são valorizadas e onde a autonomia do paciente é trabalhada para o fortalecimento dos vínculos sociais. Na

verdade, para o meu contexto de pesquisa, o usuário atendido nos CAPS AD pode ser definido como “cidadão relacional” e “paciente ativo”.

A prática do “bom cuidado” não separa essas figuras, permite que as especificidades sejam valorizadas na experiência do tratamento. O “bom cuidado” busca retirar os sentimentos de exclusão e passividade associados aos usuários de drogas, por meio do fortalecimento das redes de apoio e através da comunicação, atravessando, muitas vezes, a fronteira entre público e privado. Para mim, quando o cuidado se faz necessário diante de um consumo de drogas, é preciso ter algo em mente: cuidado é prática.

REFERÊNCIAS

- AGIER, M. *Antropologia da cidade: lugares, situações, movimentos*. São Paulo: Editora Terceiro Nome, 2011.
- ALVES, P. C. *Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença*. Revista de Ciências Sociais: Política & Trabalho, [s.l.], ed. 42, p. 29-43, 2015.
- ALVES, V. S.; LIMA, I. M. S. O. *Atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no Brasil: convergência entre a saúde pública e os direitos humanos*. Revista de Direito Sanitário, v. 13, n. 3, 2013.
- ANDRADE, A. P. M. de, MALUF, S. W. Cotidianos e trajetórias de sujeitos no contexto da reforma psiquiátrica brasileira. In: FERREIRA, J., FLEISCHER, S. (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. 1 ed., Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BARROSO, P. F. *Comunidades terapêuticas como política de estado: uma análise sobre a inclusão deste modelo de cuidado nas políticas sobre drogas no Rio Grande do Sul*. Orientadora: Daniela Riva Knauth. 2020. Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2020.
- BARROSO, P. F., KNAUTH, D., MACHADO P. S. Desintoxicação, medicamentos e reinserção social: o tratamento de usuários de crack em diferentes perspectivas. In: FERREIRA, J., FLEISCHER, S. (Orgs.). *Etnografias em serviços de saúde*. 1 ed., Rio de Janeiro: Garamond, 2014.
- BASAGLIA, F. *Escritos selecionados em Saúde Mental e Reforma Psiquiátrica* In: AMARANTE, P. (Org.). Rio de Janeiro: Garamond; 2005.
- BECKER, H. S. *Outsiders: Estudos de sociologia do desvio*. Tradução: BORGES, M.L.X. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.
- BELLACASA, M. P. de la, BÖSCHEMEIER, A. G. E., ENGEL, C., GRECO, L., FIETZ, H. *O pensamento disruptivo do cuidado*. Anuário Antropológico, v. v.48 n.1, 2023.
- BOITEUX, L., BERNER, V. O. B. *Tráfico de Drogas e Constituição*. Série Pensando o Direito nº 1/2009 – versão publicação. Faculdade Nacional de Direito da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Faculdade de Direito da Universidade de Brasília, 2009.
- BONET, O. *Emoções e Sofrimentos nas consultas médicas: Implicações de sua irrupção*. Revista do Mestrado em Ciências Sociais da Universidade Federal de Juiz de Fora: Teoria e cultura. Instituto de Ciências Humanas e Letras, Centro de Pesquisas Sociais. Juiz de Fora, v. 1, 2006.
- BRASIL. *Análise comparativa das metodologias de substâncias psicoativas: Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras*

Drogas no Distrito Federal. Relatório de Pesquisa: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2019.

_____. Comissão Organizadora da III CNSM. *Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental*. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília: Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, 2002, 213 p.

_____. *Critérios objetivos no processamento criminal por tráfico de drogas: natureza e quantidade de drogas apreendidas nos processos dos tribunais estaduais de justiça comum*. Relatório de Pesquisa: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2023.

_____. Decreto nº 20.930, de 11 de janeiro de 1932. *Fiscaliza o emprego e comércio das substâncias tóxicas entorpecentes, regula a sua entrada no país de acordo com a solicitação do Comitê Central Permanente do Ópio da Liga das Nações, e estabelece penas*. Rio de Janeiro: 11 jan. 1932.

_____. Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002. *Institui a Política Antidrogas e dá outras providências*. Brasília, 26 ago. 2002.

_____. Decreto nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011. *Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas*. Brasília, 8 dez. 2011.

_____. Decreto nº 780, de 28 de abril de 1936. *Cria a comissão permanente de fiscalização de entorpecentes*. Rio de Janeiro, 28 abr. 1936.

_____. Decreto nº 9.926, de 19 de junho de 2019. *Dispõe sobre o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas*. Brasília, 19 jun. 2019.

_____. Decreto nº 4.294, de 6 de julho de 1921. *Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, ópio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários*. Rio de Janeiro, 6 jul. 1921.

_____. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. *Código Penal*. Rio de Janeiro, 7 dez. 1940.

_____. Decreto-Lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. *Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes*. Rio de Janeiro, 25 nov. 1938.

_____. Decreto-Lei nº 385, de 26 de dezembro de 1968. *Dá nova redação ao artigo 281 do Código Penal*. Brasília, 26 dez. 1968.

_____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. *Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*. Brasília, 6 abr. 2001.

_____. Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019. *Altera as Leis nos 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de*

1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nos 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas. Brasília, 5 jun. 2019.

_____. Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971. *Dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e dá outras providências.* Brasília, 29 out. 1971.

_____. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. *Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências.* Brasília, 25 out. 1976.

_____. Lei nº 7.560, de 19 de dezembro de 1986. *Cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso, dispõe sobre os bens apreendidos e adquiridos com produtos de tráfico ilícito de drogas ou atividades correlatas, e dá outras providências.* 19 dez. 1986.

_____. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006. *Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.* Brasília, 23 ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas.* Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Nota Técnica nº 11/2019.* Brasília, 2019.

_____. Portaria GM/MS nº 189, de 20 de março de 2002. *Inclui na Tabela do SIH-SUS, códigos para os grupos e procedimentos na área de saúde mental. Internações, diagnóstico, 1º atendimento, Acolhimento a pacientes de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cobrança de APAC.* Brasília, 20 mar. 2002.

_____. Portaria nº 131, de 23 de janeiro de 2012. *Institui incentivo financeiro de custeio destinado aos Estados, Municípios e ao Distrito Federal para apoio ao custeio de Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas, voltados para pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial.* Brasília, 23 jan. 2012.

_____. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades*

decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 23 dez. 2011.

_____. Portaria nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. *Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências*. Brasília, 21 dez. 2017.

_____. Portaria nº 437, de 20 de março de 2020. *Dispõe, em caráter excepcional e temporário, sobre as ações de Telemedicina, com o objetivo de regulamentar e operacionalizar as medidas de enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional previstas no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, decorrente da epidemia de COVID-19*. Brasília, 20 mar. 2020.

_____. SISDEPEN. *Relatório de informações penais*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/senappen/pt-br/servicos/sisdepen/relatorios/relipen/relipen-1-semester-de-2023.pdf>.

_____. *Proposta de Emenda à Constituição nº 45, que altera o art. 5º da Constituição Federal, para prever como mandado de criminalização a posse e o porte de entorpecentes e drogas afins sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar*. Brasília, 2023.

_____. 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, 30 jun. 2011.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS. *MJSP promove reflexões sobre o perfil de encarcerados no país pela Lei de Drogas*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/mjsp-promove-reflexoes-sobre-o-perfil-de-encarcerados-no-pais-pela-lei-de-drogas>. Acesso em 24 jul. 2024.

_____. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS E GESTÃO DE ATIVOS. *Senad discute situação de mulheres encarceradas no contexto de drogas no Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça e Segurança Pública, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/noticias/senad-discute-situacao-de-mulheres-encarceradas-no-contexto-de-drogas-no-brasil>. Acesso em 24 jul. 2024.

CAMPOS, M. S. *Pela metade: as principais implicações da nova lei de drogas no sistema de justiça criminal em São Paulo*. Orientador: Marcos Cesar Alvarez. 2015. Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

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

CIAVATTA, H. *Passagens pelas ruas de São Paulo em narrativas (auto) biográficas*. 2013. Tese de Doutorado. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

DAMATTA, R. *Memórias de um etnólogo*. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

DAS, V. *Aflicção: saúde, doença, pobreza*. Tradução: GAMBAROTTO. B. São Paulo: Editora da Universidade Federal de São Paulo, 2023.

DUARTE, L. F. D., LEAL, O. F. *Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ENGEL, C. L. *Doença de Alzheimer e cuidado familiar*. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

FASSIN, D. *Les figures urbaines de la santé publique: enquête sur des expériences locales*. Paris: La découverte, 1998.

FERREIRA, J., FLEISCHER, S. (Orgs.). *Etnografias em serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FERRUGEM, D. *Guerra às Drogas e Manutenção da Hierarquia Racial*. Belo Horizonte: Letramento, 2019.

FIOCRUZ. *III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira*. Brasília, ago. 2017.

IORE, M. *Uso de drogas: substâncias, sujeitos e eventos*. Orientador: Ronaldo Rômulo Machado de Almeida. 2013. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2013.

FONSECA, C. Prefácio. In: FERREIRA, J.; BRANDÃO, E. (Orgs.). *Reflexividade na pesquisa antropológica em saúde: Desafios e contribuições para a formação de novos pesquisadores*. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2021.

FOUCAULT, M. Technologies of the self. In: Luther H. Martin et al (Orgs.). *Technologies of the self: a seminar with Michel Foucault*. Amherst: University of Massachusetts Press, 1988.

FOUCAULT, M. *A verdade e as formas jurídicas*. Tradução Roberto Cabral de Melo Machado e Eduardo Jardim Morais. Rio de Janeiro: NAU, 2005, 160 p.

GEERTZ, C. *A Interpretação das Culturas*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 2008.

GOFFMAN, E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora, 1988.

_____. *Forms of Talk (Conduct and Communication)*. Paperback, New York, 1981.

_____. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1975.

_____. *Manicômios, Prisões e Conventos*. Tradução de Dante Moreira Leite. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 2001.

HARAWAY, D. *Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial*. Cadernos Pagu, Campinas, n. 5, p. 7–41, 1995.

HART, C. *Um preço muito alto: a jornada de um neurocientista que desafia nossa visão sobre as drogas*, 1ª. ed. Tradução: MARQUES. C. Rio de Janeiro: Zahar, 2014.

IBGE. *Censo demográfico 2022: População e domicílios (primeiros resultados)*. Brasil, 2023.

JESUS, M. G. M. “O que está no mundo não está nos autos”: a construção da verdade jurídica nos processos criminais de tráfico de drogas. Orientador: Sergio França Adorno de Abreu. 2016. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

JESUS, M. G. M., LAGATTA, P., OI, H. A., ROCHA, T. T. *Prisão Provisória e Lei de Drogas: um estudo sobre os flagrantes de tráfico de drogas na cidade de São Paulo*. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência da Universidade de São Paulo, 2011.

LABATE, B. C. GOULART, S. L., FIORE, M., MACRAE, E. J. B. das N., CARNEIRO, H. *Drogas e cultura: novas perspectivas*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2008.

LOECK, J. F. *A dependência química e seus cuidados: antropologia de políticas públicas e de experiências de indivíduos em situação terapêutica na cidade de Porto Alegre, RS*. Orientadora: Ondina Fachel Leal. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

MACRAE, E. J. B. das N., MEDEIROS, R., ALENCAR, R. *Pesquisa de verdade ou pesquisa de boca? Enfrentamento metodológicos e éticos em pesquisas sociais no mundo dos psicoativos*. Salvador: Editora EDUFBA: CETAD/UFBA, 2023.

MACRAE, E. J. B. das N. *A questão das drogas: pesquisa, história, políticas públicas, redução de danos e enteógenos*. Salvador: EdUFBA – CETAD, 2021.

MALUF, S. W. *Antropologia, Narrativas e a Busca de Sentido*. Porto Alegre: Horizontes Antropológicos, ano 5, n. 12, p. 69-82, 1999.

MOL, A. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. Routledge: Illustrated, 1ª. ed. 2008.

MORAIS, M. *O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n.1., p. 121-133, 2008.

MÜLLER, C. P., SCHUMANN, G. *Drugs as instruments: a new framework for non-addictive psychoactive drug use*. *Behavioral and Brain Sciences*, v. 34, n. 6, 2011.

NETO, M. L. A; SANTOS, M. F. S. *Os usos de crack em um contexto de vulnerabilidade: representações e práticas sociais entre usuários*. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, [s.l.]. vol. 32 n. 3, p. 1-9, 2016.

NIXON, R. *Remarks About an Intensified Program for Drug Abuse Prevention and Control*. Washington D.C., White House, 17 jun. 1971. *Discurso realizado pelo presidente Nixon na Casa Branca*. Disponível em: <<http://www.presidency.ucsb.edu/ws/?pid=3047>>.

OLIEVENSTEIN, C. *A droga: drogas e toxicômanos*. São Paulo: Brasiliense, 3 ed, 1988.

OLIVEIRA, F. J. A de. *Concepção de doença: o que os serviços de saúde têm a ver com isso? Investigação Antropológica sobre doença, sofrimento e perturbação: uma Introdução*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

ONU. ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. *Relatório Mundial sobre Drogas 2023*. Viena, 2023. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr.html>>. Acesso em: 24 jul. 2024.

_____. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção contra o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas*. Viena, 1988. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_en.pdf>.

_____. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção Internacional do Ópio*. Haia, 1912. Disponível em: <<https://www.unodc.org/unodc/en/treaties/early-treaties.html>>.

_____. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas*. Viena, 1971. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_en.pdf>.

_____. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Convenção Única sobre Entorpecentes*. Nova Iorque, 1961. Disponível em: <https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_en.pdf>.

PIRES, R. R.C. *Implementando desigualdades: reprodução de desigualdades na implementação de políticas públicas*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2019.

PIRES, R. R. C, SANTOS, M. P. G, ROSA, L. L. Tendências e desafios das políticas de cuidado a usuários de drogas na América Latina. In: PIRES, R., SANTOS, M. P (Orgs.). *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: Desafios e possibilidades de ação pública*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe. Brasília, 2021.

POLLAN, M. *How to change your mind: What the new science of psychedelics teaches us about consciousness, dying, addiction, depression, and transcendence*. Penguin, 2018.

POLS, J. *Washing the citizen: Washing, cleanliness and citizenship in mental health care*. Culture, medicine and psychiatry 30 (2006): 77-104.

PRUDÊNCIO, J. D. L. SENNA, M. D. C. M. *Política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas: retrocessos nas concepções, desenho e financiamento*. Revista Em Pauta, v. 20, n. 49, 2022.

PUSSETTI, C., BRAZZABENI, M. *Sufrimento social: idiomas da exclusão e políticas do assistencialismo*. Revista do Centro em Rede de Investigação em Antropologia: Etnográfica, [s.l.], vol. 15(3), 2011.

RICHWIN, I. F., CELES, L. A. M. *Diógenes e o corpo "fabricador de drogas": o estatuto do corpo no uso abusivo de crack e nas situações de precariedade e vulnerabilidade social*. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental, v. 20, n. 3, 2017.

RODRIGUES, N. B, CARDOSO, C. A. *Ideia de "Sufrimento" e Representação da Doença na Construção da Pessoa*. In: Doença, Sofrimento e Perturbação: Perspectivas Etnográficas, p.137-150, 1ª. ed., Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998.

RODRIGUES, T. H. Sobre a "ética do cuidado": autonomia e vínculo na atuação de redutores de danos entre usuários de drogas em situação de rua. In: MACRAE, E.; MEDEIROS, R.; ALENCAR, R (Orgs.). *Pesquisa de verdade ou pesquisa de boca? Enfrentamento metodológicos e éticos em pesquisas sociais no mundo dos psicoativos*. Salvador: Editora EDUFBA: CETAD/UFBA, 2023.

ROSA, L. L. *O centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas como um articulador da rede de atenção psicossocial*. 2019. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas). Universidade de Brasília, Brasília, 2019.

RUI, T. *Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Orientadora: Heloisa André Pontes. 2012. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2012.

RUI, T. *Usos da "Luz" e da "cracolândia": etnografia de práticas espaciais*. Saúde Soc., São Paulo, v.23, n.1, p.91-104, 2014.

SAAD, L. *“Fumo de Negro”: a criminalização da maconha no pós-abolição*. Salvador: Editora da Universidade Federal da Bahia, 2019.

SANTOS, M. P., PIRES, R. R. *Antagonismo Cooperativo na Provisão de Cuidado a Usuários de Drogas no Distrito Federal: conflitos e parcerias entre CAPS AD e CT*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2020.

SANTOS, M. P., PIRES, R. R. C. *Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras*. Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2020.

SANTOS, M. P. *Comunidades terapêuticas: temas para reflexão*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Brasília, 2018.

SILVA, É. Q. *Cartografias em confluências: afetividades emergentes do encontro com a loucura em conflito com a lei*. Saúde e Sociedade, v. 32, n. 4, 2023.

SOARES, M. K. Cem anos de regulação do consumo de drogas na América Latina: o que nos dizem as trajetórias de Argentina, Brasil, Uruguai, Colômbia e México? In: PIRES, R., SANTOS, M. P. (Orgs.). *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: Desafios e possibilidades de ação pública*. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe, Brasília, 2021.

SOUZA, L. C., MELO, N. M. Distinguir entre tráfico e uso de drogas: apontamentos sobre a seletividade penal na Cracolândia. In: RUI, Taniele; MARTINEZ, Mariana; FELTRAN, Gabriel (Orgs.). *Novas faces da vida nas ruas*. EdUFSCar, 2016.

VALLIM, D. de C. Como o primeiro dia de trabalho de campo mudou minha vida. In: MACRAE, E.; MEDEIROS, R.; ALENCAR, R (Orgs.). *Pesquisa de verdade ou pesquisa de boca? Enfrentamento metodológicos e éticos em pesquisas sociais no mundo dos psicoativos*. Salvador: Editora EDUFBA: CETAD/UFBA, 2023.

VELHO, G. *Projeto e metamorfose. Antropologia das sociedades complexas*, 3 a ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

ZALUAR, A. *Pesquisando no perigo: Etnografias voluntárias e não acidentais*. Mana: Estudos de Antropologia Social, v. 15, n. 2, 2009.

ZINBERG, N. E. *Drug, Set, and Setting: The Basis for Controlled Intoxicant Use*. New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1984.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

PERFIL: FREQUENTADORES DE CAPS AD

Abertura:

- Apresentar os objetivos e prestar esclarecimentos acerca do projeto “Análise comparativa das metodologias de cuidado a usuários problemáticos de substâncias psicoativas: Comunidades Terapêuticas e Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas no Distrito Federal”;
- Estabelecer o compromisso de que, nas análises a partir dos dados coletados, será garantido o anonimato e a proteção da privacidade dos participantes, além da observância aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos em ciências sociais;
- Apresentar e colher a assinatura no **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE**, incluindo autorização para gravação da entrevista (áudio).

Previsão de duração: aproximadamente 30-45 minutos

Questões norteadoras:

a) TRAJETÓRIA, TRÂNSITOS E PERCURSOS DE TRATAMENTO

- 1) Quando chegou a este CAPS AD?
- 2) Como chegou a este CAPS AD? (i.e. *por conta própria? através da família? Através de amigos? Outros?*)
- 3) Já frequentou outro CAPS AD antes? Se sim, porque mudou?
- 4) Já esteve internado alguma vez, por problemas relacionados ao uso de drogas?
 - Se sim, em que tipo de instituição:
 - Clínica?
 - Comunidade Terapêutica?
 - Outros?
 - Se em Comunidade Terapêutica, o que achou da experiência?

b) CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO E O ATENDIMENTO RECEBIDO NO CAPS AD

- 5) Com qual frequência comparece ao CAPS AD?
- 6) Quais as atividades que realiza no CAPS AD?
- 7) Como avalia as relações entre usuários e profissionais neste CAPS AD?
- 8) Entende que o tratamento no CAPS AD o/a está ajudando? Se sim, como?
- 9) Já ouviu falar de redução de danos? O que acha disso?

c) OUTROS

10) Há algum tema ou questão que o/a Sr./Sra. considere importante na sua atuação como coordenador/gestor que não tenha sido abordado nas perguntas anteriores?

APÊNDICE B – PRODUTOS DA PESQUISA DO IPEA

- Um relatório da pesquisa de circulação interna e para prestação de contas junto à FAP-DF.
- Quatro artigos, tendo dois deles já sido publicados:
 - *Antagonismo Cooperativo na Provisão de Cuidado a Usuários de Drogas no Distrito Federal: conflitos e parcerias entre CAPS AD e CT.* Disponível em:
https://portalantigo.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=36927&Itemid=448.
 - *Sentidos da “Redução de Danos” nos CAPS AD do Distrito Federal: entre o “escopo ampliado” e traduções conservadoras.* Disponível em:
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/TeoriaeCultura/article/view/29229>.
- Meu Trabalho de Conclusão de Curso: *O centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas como um articulador da rede de atenção psicossocial.* Disponível em: <https://bdm.unb.br/handle/10483/24477>.
- Um ensaio publicado em um jornal de circulação virtual: *Saúde mental e políticas de atenção a usuários de drogas.* Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/ensaio/2021/Sa%C3%BAdede-mental-e-pol%C3%ADticas-de-aten%C3%A7%C3%A3o-a-usu%C3%A1rios-de-drogas>.
- Uma publicação em blog: *Cuidado a usuários de drogas na América Latina.* Disponível em: <https://redesdal.org/blog/f/cuidado-a-usu%C3%A1rios-de-drogas-na-am%C3%A9rica-latina>.
- Um livro escrito em parceria com autores de outros países da América Latina: *Alternativas de cuidado a usuários de drogas na América Latina: desafios e possibilidades de ação pública.* Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/10575>.