



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Aplicadas

CLARISSA DE BARROS LACERDA

**“DESENTORPE(SENDO)”: SIGNIFICAÇÕES SOBRE UM CAPS AD PARA
USUÁRIOS EM ACOMPANHAMENTO**

CAPS AD MEANINGS FOR USERS UNDER TREATMENT

Limeira, 2016

CLARISSA DE BARROS LACERDA

**“DESENTORPE(SENDO)”: SIGNIFICAÇÕES SOBRE UM CAPS AD PARA
USUÁRIOS EM ACOMPANHAMENTO**

CAPS AD MEANINGS FOR USERS UNDER TREATMENT

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas da Faculdade de Ciências Aplicadas da Universidade Estadual de Campinas, como requisito para obtenção do título de Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, na Área de Concentração Modernidade e Políticas Públicas.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Fuentes-Rojas

Co-orientador: Prof. Dr. João José Rodrigues Lima de Almeida

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA CLARISSA DE BARROS LACERDA, ORIENTADA PELA PROFESSORA DOUTORA MARTA FUENTES-ROJAS E CO-ORIENTADA PELO PROFESSOR DOUTOR JOÃO JOSÉ RODRIGUES LIMA DE ALMEIDA

Limeira, 2016

Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): Não se aplica.

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Aplicadas
Renata Eleuterio da Silva - CRB 8/9281

L116d Lacerda, Clarissa de Barros, 1990-
"Desentorpe(endo)" : significações sobre um CAPS AD para usuários em acompanhamento / Clarissa de Barros Lacerda. – Campinas, SP : [s.n.], 2016.

Orientador: Martas Fuentes-Rojas.
Coorientador: João José Rodrigues Lima de Almeida.
Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Aplicadas.

1. Drogas. 2. Drogas - Abuso. 3. Álcool. 4. Centros de reabilitação. 5. Políticas públicas. I. Fuentes-Rojas, Marta, 1957-. II. Almeida, João José Rodrigues Lima de, 1960-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Aplicadas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: CAPS AD meanings for users under treatment

Palavras-chave em inglês:

Drugs

Drugs - Abuse

Alcohol

Rehabilitation centers

Public policies

Área de concentração: Modernidade e Políticas Públicas

Titulação: Mestra em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

Banca examinadora:

Marta Fuentes-Rojas

Sandra Francisca Bezerra Gemma

Rosana Teresa Onocko-Campos

Data de defesa: 05-02-2016

Programa de Pós-Graduação: Mestrado Interdisciplinar em Ciências Humanas e Sociais Aplicadas

FOLHA DA BANCA EXAMINADORA

Marta Fuentes-Rojas (orientadora)

Rosana Teresa Onocko Campos (FCM – Unicamp)

Sandra Francisca Bezerra Gemma (FCA – Unicamp)

A Ata da defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no processo de vida acadêmica do aluno

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos os usuários do CAPS AD Antônio Orlando, que, a partir dos relatos de suas histórias de vida, me fizeram refletir sobre a minha.

AGRADECIMENTOS

Levando em conta a ordem dos acontecimentos em minha vida que fizeram possíveis esse trabalho, agradeço em primeiro lugar à minha família. Um especial obrigado à minha mãe e ao meu pai, os quais sempre acreditaram em mim, mesmo eu sendo uma péssima aluna durante minha época escolar. Obrigada por terem estimulado meu hábito à leitura, principalmente a leitura de revistas, como a *Super-Interessante*, sendo através dela meu primeiro contato com a temática das drogas, fazendo-me eternamente envolvida com a questão.

Obrigada a minha ex-professora e atual amiga Roberta Uchôa, mulher que me apresentou a área da saúde mental e fez possível minha relação com o assunto em âmbito acadêmico.

Agradeço também ao meu companheiro Jesus. Apesar do nome bíblico, é uma pessoa terrena que me acompanhou desde o dia em que cogitei fazer um mestrado em outra cidade. Tanto acreditou em mim que entrou de cabeça nessa nova jornada. Como um bom companheiro, enxugou minhas lágrimas, proporcionou sorrisos e abdicou de fins de semana para estar junto me apoiando no processo de produção da dissertação.

Muito obrigada a minha orientadora Marta. Sem ela esse trabalho não teria sido possível. Com toda a paciência do mundo, foi capaz de me apoiar em todas as mudanças de rumo dessa pesquisa, sempre auxiliando minhas reflexões. Para além das funções como orientadora, Marta foi minha conselheira e também se dispôs a me ajudar com minhas angústias de pesquisa e de vida.

Ao CAPS AD Antônio Orlando, seus pacientes e funcionários, terei gratidão eterna. Espaço que me proporcionou experiência prática e teórica e abriu as portas para me acolher tanto como funcionária, quanto como pesquisadora. Um obrigada em especial a Sandrina, gestora do CAPS, que com todo carinho me recebeu sempre que precisei.

O Laboratório de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (LEIPSI) foi imprescindível em toda a construção dessa pesquisa. Agradeço a todos os debates, leituras de textos, apresentações e ajudas. Sempre dispostos a ouvir, debater e questionar, o LEIPSI foi fundamental para essa dissertação. Orgulho de fazer parte de um grupo tão diversificado e com muito a contribuir para a sociedade.

Obrigada também a todos os amigos que construí em Campinas, os quais me acolheram e ajudaram sempre que precisei e me fizeram sentir em casa, mesmo estando longe.

Por fim, mas não menos importante, quero agradecer a minha amiga Thaisa, que no momento que mais precisei não mediu esforços para me ajudar a fazer essa dissertação e defesa de mestrado possíveis. Muito obrigada, minha amiga!

RESUMO

Tendo em vista a história do uso de drogas na sociedade, as diferentes razões para seu consumo e como tudo isso repercute na vida em coletividade, o presente trabalho discute a respeito daqueles usos, que por motivos diversos, passaram do estágio do prazer para o da dependência. É destacado neste estudo o papel dessas substâncias na sociedade e a ancestralidade desse ato, sendo impraticável eximi-lo. Todavia, na contemporaneidade, essa atividade milenar passa a fazer parte da agenda da saúde pública, a qual, busca intervir de diversas formas na problemática. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo principal identificar as significações de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) para seus usuários. Para tanto lancei mão do método qualitativo em pesquisa, através do uso de entrevistas semiestruturadas e da análise de conteúdo. A amostra selecionada para a pesquisa foi composta por onze usuários em acompanhamento em um CAPS na cidade Campinas, tendo em vista critérios de inclusão, como o tempo de tratamento. No intuito de agregar mais informações pertinentes e enriquecer o debate, questões como, o objetivo com tratamento, drogas de uso, formas de utilização do CAPS e tipo de demanda, foram apontadas e analisadas. O estudo indicou que os usuários do serviço o utilizam de diferentes formas, buscando, muitas vezes, atender a demandas para além do uso de drogas. A droga de uso mais frequente entre eles é o álcool, tendo como principal objetivo com o tratamento a mudança de vida. As significações mais presentes nos discursos dos entrevistados indicaram uma relação positiva com o serviço, o qual costuma ser visto como um local de apoio e cuidado. Foi possível identificar também a necessidade de fortalecimento da intersetorialidade no campo das políticas públicas de cuidado, aos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas, assim como a elaboração de novas pesquisas para pensar estratégias inovadoras de cuidado.

Palavras-chave: Drogas; Drogas - Abuso; Álcool; Centros de Reabilitação; Políticas Públicas.

ABSTRACT

Given the history of drug use in society, the different reasons for their consumption and how all of these affects life in community, this work discusses about those usages, which for various reasons, have gone from the pleasure stage to addiction. It is highlighted in this study the role of these substances in society and the ancestry of this act, being impractical to extinguish it. However, in contemporary times, this ancient activity becomes part of the public health agenda, which seeks to intervene in various ways in the issue. In this sense, this study aimed to identify the meanings of a *Psychosocial Care Center for Alcohol and other Drugs* (CAPS AD) to its users. For that I have drawn from a qualitative research method, through the use of semi-structured interviews and content analysis. The sample selected for the survey consisted of eleven patients from the CAPS of Campinas. In order to add more relevant information and enrich the debate, issues such as the goal of treatment, drug type, ways of using CAPS services and type of demand, were identified and analyzed. The study indicated that the patients use CAPS services in different ways, often looking for meeting demands beyond drug treatment. The drug most frequently used among them is alcohol, with the primary objective of treatment being the change of life style. The most common meanings present in the patients' interviews indicated a positive relationship with the service, which is often seen as a place of support and care. It was determined the need to strengthen "inter-sectorial" approaches in public policies, the abusers and / or drug addicts, as well as the development of new research to think of innovative treatment strategies.

Keywords: Drugs; Drugs - Abuse; Alcohol; Rehabilitation centers; Public policies.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS AD – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas

CECOS – Centros de Convivência

CID – Classificação Internacional de Doenças

CNDSS – Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

CRAS – Centro de Referência de Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CS – Centro de Saúde

CT – Comunidade Terapêutica

DSM – *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (nome em inglês para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

EUA – Estados Unidos da América

GAM – Gestão Autônoma da Medicação

HIV – *Human Immunodeficiency Virus* (nome em inglês para o Vírus da Imunodeficiência Humana)

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

MTSM – Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NADeQ – Núcleo de Atenção à Dependência Química

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

NOT – Núcleo de Oficinas de Trabalho

PCPV – Programa Crack é Possível Vencer

PRD – Programa de Redução de Danos

PS – Pronto Socorro

PTS – Projeto Terapêutico Singular

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISNAD – Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas

SRT – Serviço Residencial Terapêutico

SSCF – Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TCU – Tribunal de Contas da União

UNODC – *United Nations Office on Drugs and Crime* (nome em inglês para Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime)

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	14
OBJETIVOS	22
OBJETIVO GERAL	22
OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	22
CAPÍTULO I – VÍCIO: DO DESVIO À CRIAÇÃO DE UM PROBLEMA	23
1.1 OS DESVIANTES	23
1.2 QUANDO O PRAZER VIROU PROBLEMA: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CAMPO DA SAÚDE PÚBLICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS	28
1.3 POLÍTICAS DE DROGAS ATUAIS E AS DIFERENTES FORMAS DE LIDAR COM A DEPENDÊNCIA	35
1.4 BREVE RELATO SOBRE A REFORMA PSIQUIÁTRICA EM CAMPINAS E A CONSTITUIÇÃO DE UMA REDE AD	43
CAPÍTULO II – ORDENAÇÃO DO PENSAR E DO AGIR	45
2.1 O CAMPO: O CAPS AD ANTÔNIO ORLANDO	45
2.2 O CAMINHO TRAÇADO: UMA PESQUISA QUALITATIVA	47
2.3 DESAPEGAR É SEMPRE UM DESAFIO: IMPLICAÇÕES COM O CAMPO E DIFICULDADES COM A PESQUISA	51
CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	58
3.1 O CONTEÚDO	58
3.1.2 <i>Mas afinal, quem são essas pessoas?</i>	59
3.2 TIPOS DE DEMANDA	62
3.2.1 <i>Serviços de Saúde</i>	63
3.2.2 <i>Serviços da Assistência Social</i>	64
3.2.3 <i>Orientação Familiar</i>	65
3.2.4 <i>Demanda espontânea, encaminhamento da Defensoria Pública e da Previdência Social</i> ..	66
3.3 DROGAS DE USO E TEMPO DE CONSUMO	68
3.3.1 <i>Álcool</i>	68
3.3.2 <i>Crack</i>	70
3.3.3 <i>Cocaína</i>	71
3.4 OS DIFERENTES USOS DO CAPS	71
3.4.1 <i>Uso do CAPS para tratamento</i>	72
3.4.2 <i>Uso do CAPS para acesso a benefícios e direitos sociais</i>	76
3.4.3 <i>Uso do CAPS como espaço de aprendizado e sociabilidade</i>	79
3.5 OBJETIVOS COM O TRATAMENTO	81
3.5.1 <i>Mudança de vida</i>	81
3.5.2 <i>Abstinência</i>	82
3.5.3 <i>Redução do uso de drogas</i>	83
3.5.4 <i>Acesso a benefícios e direitos sociais</i>	84
3.6 SIGNIFICAÇÕES DO CAPS AD	85
CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
ANEXO I	100
ANEXO II	102
ANEXO III	107

INTRODUÇÃO

Droga! Essa palavra ao ser dita, por si só, gera tensão no ar. Todas as vezes em que fui questionada a respeito do que estudo e/ou com o que trabalho, ao responder que faço pesquisa com usuários abusivos de drogas, as reações são sempre interessantes. No geral, elas costumam repercutir em frases como “que trabalho bonito”, “muita coragem sua estudar esse tipo de coisa”, ou até mesmo “e você conversa com os drogados? ‘Crackeiros’?”. As reações são de fato diversas, mas geralmente são guiadas por um único conselheiro: o senso comum. Quando retruco as perguntas e afirmações que me são postas com frases do tipo, “não trabalho no viés da filantropia, mas com políticas públicas”, “claro que converso com eles, são pessoas normais como qualquer um de nós”, as pessoas costumam estranhar. Alguns continuam a conversa e demonstram interesse em saber mais sobre o tema, outros acham estranho e preferem mudar de assunto.

De todo esse quadro, o que me parece mais intrigante, na verdade, não é o interesse ou desprezo pelo assunto e nem mesmo as perguntas lançadas, mas sim o impacto da palavra. Falar sobre drogas, ainda em pleno século XXI, gera polêmica. Digo isto, posto que as substâncias que hoje em dia são identificadas a partir do substantivo “droga”, para a maioria das pessoas, relacionam-se diretamente com a criminalidade, a pobreza, a falta de controle e até a morte. Criminalidade por conta do tráfico de drogas ilícitas e delitos relacionados ao uso de drogas. Pobreza devido às cenas de uso, como a “cracolândia”, a qual envolve questões sociais diversas. Falta de controle devido à imagem que é atribuída aos indivíduos que fazem uso abusivo de drogas, como geralmente magros, desnutridos, sujos e incapazes de tomar decisões. Morte em detrimento das consequências do uso e compra da droga. Poucas são as pessoas que reconhecem o preconceito nos próprios discursos.

Hidratados por bebidas alcóolicas, nutridos por alimentos açucarados e perfumados com o cheiro de cigarro, os curiosos e argumentadores expressam suas opiniões sobre o assunto, geralmente guiados por tudo que cotidianamente é visto nas capas de jornais, revistas e na televisão. Proferem com entusiasmo considerações a respeito de drogas como o crack, a qual, se for usada uma vez já vicia, ou sobre a maconha, que segundo dizem, pode induzir ao consumo de outras drogas mais pesadas. Quando informados que o álcool, embora socialmente aceito, é, assim como o açúcar e o tabaco, uma droga, e que, em conjunto com as

outras duas, é responsável por diversos problemas de saúde, a conversa passa a ganhar outro tom.

No que tange ao cuidado dos usuários de drogas, por conta da sua “doença” e “descontrole”, a internação surge como intervenção preferida nos discursos. É atribuída à droga um potencial de ação tão forte que parece até que a substância sozinha tem vontade própria. Pouco se problematiza sobre a relação do uso com a vida dos usuários e possíveis causas dessa dependência. As falas costumam girar em torno de questões morais que culpabilizam os usuários pela condição em que se encontram. O isolamento social parece ser a única solução, como se o contexto social, familiar, econômico, cultural, não fizessem parte da questão.

Essa narrativa não visa desmerecer às pessoas que não se envolvem com o tema, nem mesmo classifica-las como ignorantes e/ou preconceituosas. O que busquei aqui foi apresentar, com base na experiência cotidiana, mas também teórica, como esse tema vem sendo pensado e debatido na sociedade. No momento estamos evidenciando abordagens e reflexões bem parecidas com as que coloquei acima, mas em circunstâncias mais graves, como na vida política. Movimentos pró internações compulsórias, financiamento público de comunidades terapêuticas com abordagens religiosas, higienização das áreas de consumo de drogas, entre outras questões, estão seguindo o caminho oposto das vitórias decorrentes da reforma psiquiátrica.

É nesse cenário, onde o alarde midiático a respeito do uso de drogas toma conta da sociedade e as intervenções políticas extremamente conservadoras e ineficazes gritam e atropelam para serem ouvidas, que esta pesquisa foi elaborada, executada e apresentada. Visando dar voz àqueles, que para muitos, são inaptos de escolhas e só respondem ao “vício”, que desenvolvi as páginas a seguir. Tendo em vista as modificações na forma de lidar com a dependência de drogas e a rede de atenção que, de maneira incessante, foi e continua sendo construída e modificada, busquei cruzar o que se vê no cotidiano desses usuários e o que se debate na literatura. Isto posto, considerei fundamental nesse primeiro momento fazer breves considerações a respeito do tema “droga”, seus usuários e um dispositivo de cuidado em específico que é o Centro de Atenção Psicossocial para usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD).

Sigo no caminho da argumentação e convicção de que a prática humana de consumir substâncias que proporcionam “alterações na percepção, no humor e no sentimento” (SIMÕES, 2008, p. 13), é algo ancestral. Permeado por razões diversas, o consumo de tais

substâncias - comumente denominadas de drogas¹ - envolve fatores culturais, religiosos, econômicos, políticos, entre outros. Sendo impraticável a tarefa de descrever todos os efeitos das drogas no organismo humano e as motivações para o seu consumo, dedicar-me-ei aqui a fazer um esboço dos diferentes usos de drogas na história da humanidade, chegando até a contemporaneidade como um ato, que, para além do fator recreativo, envolve demandas sociais e de saúde.

Usar drogas é um fenômeno antigo e, sendo assim, perpassa diversas sociedades. Esse feito e suas consequências se relacionam com o momento histórico que, por sua vez, carrega interesses econômicos, políticos e culturais. No prefácio do livro “Drogas e Cultura: novas perspectivas”, Simões (2008, p. 13) faz uma reflexão pertinente sobre o consumo de drogas e sua relação com a história e a cultura ao afirmar que:

[...] os múltiplos modos pelos quais essa existência e esses usos são concebidos e vivenciados variam histórica e culturalmente. “Drogas” não são somente compostos dotados de propriedades farmacológicas determinadas, que possam ser natural e definitivamente classificadas como boas ou más. Sua existência e seus usos envolvem questões complexas de liberdade e disciplina, sofrimento e prazer, devoção e aventura, transcendência e conhecimento, sociabilidade e crime, moralidade e violência, comércio e guerra.

A palavra “droga”, como a conhecemos hoje, costuma ser utilizada de forma equivocada para descrever substâncias necessariamente ilícitas e capazes de gerar sofrimento devido a seu potencial de virulência. Contudo entre os séculos XVI e XVIII este mesmo substantivo era empregado para identificar “um conjunto de substâncias naturais utilizadas, sobretudo, na alimentação e na medicina” (CARNEIRO, 2005, p. 11), o qual, segundo o autor, deriva do termo holandês *droog*, que quer dizer produtos secos. O vocábulo em debate presta-se também para indicar substâncias com potencial de alterar “o estado de consciência, humor ou sentimento de quem as usa” que, “por contraste ao alimento, não é assimilada de imediato como meio de renovação e conservação pelo organismo” (SIMÕES, 2008, p. 14).

Já dentre as definições mais comuns, por um lado, a palavra droga é aplicada para falar de medicamentos, mas, por outro, também serve para designar aquelas substâncias com uso proibido em nossa sociedade, uso este que costuma ser visto como algo inevitavelmente descomedido, submetendo tais substâncias e seus usuários a mecanismos de controle e proibição. Neste trabalho as drogas não serão debatidas de acordo com seus efeitos no

¹ Nesse trabalho a palavra droga será utilizada tanto para falar a respeito daquelas substâncias que têm seu uso permitido em sociedade (drogas lícitas), quanto àquelas que têm seu consumo, comércio e produção não autorizados (drogas ilícitas).

organismo ou seu enquadramento moral, mas como necessidades humanas, tal como explicita o historiador Henrique Carneiro (2002a, p. 3) nesta passagem:

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, como quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos da sociabilidade, da cura, da devoção, do consolo e do prazer. Por isso as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades.

Como forma de suprir as próprias necessidades – sejam elas sociais, subjetivas ou biológicas – o ser humano se utiliza dos recursos naturais, onde extrai, manuseia e controla a natureza em seu favor. O manejo e conhecimento de drogas naturais ou sintéticas é um exemplo incontestável dessa relação entre ser humano e natureza. As drogas, além de serem necessidades humanas, são também instrumentos capazes de suprir outras necessidades como a busca pelo prazer, transcendência, anestesia e combate a dores. Entretanto, a produção e o consumo de algumas substâncias que, historicamente, foram relegadas à ilegalidade (BOITEUX, 2006) vem proporcionando consequências negativas aos seus usuários, como a criminalização, encarceramento e complicações de saúde decorrentes do distanciamento das políticas de saúde e ausência de fiscalização na produção dessas substâncias.

O século XIX marca um importante momento de descoberta e isolamento de novas drogas, tanto para fins recreativos, quanto medicinais. Nesse período, há o isolamento químico de substâncias puras como morfina, cafeína, heroína, codeína, entre outras (CARNEIRO, 2002b), atividade legitimada pelo viés científico. Esse isolamento facilitou a especificação das doses necessárias para fins de consumo e também de controle por parte da indústria farmacêutica. Enquanto houve, nessa época, a permissividade na produção, venda e consumo de substâncias conhecidas como fármacos ou remédios, houve em contrapartida a proibição de outras substâncias, fato que no século XX atingiu seu auge.

As formas e razões para consumir drogas variam junto com a história de cada grupo social. Não é possível dizer que há uma história das drogas, mas sim dos seus diferentes usos. Substâncias que atualmente tem seu uso proibido já foram comumente utilizadas em outras épocas, como o ópio, que segundo manuscritos egípcios de 6000 a.C “era utilizado para diminuir o choro das crianças e no tratamento das diarreias” (ALMEIDA; CALDAS, 2011, p. 115). Essa mesma substância foi responsável por duas guerras entre a Inglaterra e a China, no intuito de instituir seu livre comércio no século XIX (CARNEIRO, 2005). Contudo, na contemporaneidade tal substância tem seu uso vedado, exceto na forma de morfina,

anestésico que conquistou seu espaço a partir do século XIX, quando utilizado pelos soldados remanescentes da Guerra Civil americana (VARGAS, 2008).

É muito comum, ao se falar de drogas, fazer uma relação imediata com substâncias psicoativas ilícitas que ao serem consumidas inevitavelmente causam dependência em seus usuários. Esse tipo de interpretação legitima as medidas de repressão, controle e proibição de substâncias, que não são diferentes das drogas lícitas, e cumprem um papel na história da humanidade. Entretanto é factível que, mesmo fazendo parte de rituais de sociabilidade, transcendência, autoconhecimento, o consumo de drogas, se descomedido, somado a outros fatores relacionados à vida dos usuários, pode gerar uma dependência. Sobre uso e dependência de drogas Tófoli (2015a, p. 04) faz a seguinte reflexão:

Uma abordagem interessante para o fenômeno de uso das drogas é examinar cuidadosamente a frequência de uso. Há pessoas que tiveram experimentação com drogas, pessoas que fazem uso esporádico e os usuários frequentes. Fazer uso frequente de uma substância não significa dizer, necessariamente, que este uso é problemático. No entanto, quanto mais frequente for o uso, a chance de tal uso causar algum problema – de saúde ou social – na vida da pessoa também se torna maior, especialmente, por razões práticas, se a droga for proibida.

As drogas, além de fazerem parte do repertório das necessidades humanas, são também “objeto de um imenso interesse político e econômico (CARNEIRO, 2005, p. 16). Os fatores que circundam seus usos, assim como a permissividade ou proibição dessa prática envolvem interesses econômicos, políticos e culturais diversos (RODRIGUES, 2008).

No cenário atual esses usos também vem apresentando outras configurações, extrapolando seu caráter ritualístico e inserindo-se na sociedade capitalista como mais uma mercadoria de consumo e lucro. Uchôa (2007, p.15) trabalha bem tal posicionamento quando afirma que, “na contemporaneidade [...], este consumo é estimulado, globalizado, descontextualizado dos rituais familiares, religiosos, culturais e étnicos. A droga transformou-se em mercadoria que ocupa posição estratégica na economia mundial”.

Para além dos contextos ritualísticos e toda a historicidade dessa prática na humanidade, o uso de substâncias com efeitos psicoativos pode, muitas vezes, ser feito de maneira desenfreada. Nesse sentido, é possível que um uso prazeroso perca seu potencial de proporcionar satisfação e se transfigure numa dependência física e psicológica² do indivíduo com a droga. Na atualidade usar drogas de forma abusiva é visto como um problema social e de saúde. Vários foram os termos criados para definir as pessoas que consomem essas substâncias exageradamente e entre tantas definições, a mais aceita hoje em dia é a de

² Sobre dependência psicológica de drogas ver Helman (2009)

“dependência” (CARNEIRO, 2002b; TÓFOLI, 2015a).

A transição do século XIX para o século XX marca o momento em que a questão do uso abusivo de drogas e dependência passa a ser compreendido como uma demanda da saúde pública, requisitando do Estado intervenções no âmbito das políticas públicas. Esse movimento representa um avanço na forma de enxergar e cuidar dessas pessoas, uma vez que outrora eram vistos como demanda da segurança pública. Embora essa mudança tenha proporcionado melhorias, repressão, punição e preconceito não deixaram de constituir a forma de tratar do assunto. Portanto, no momento em que o consumo abusivo de drogas passa a ser visto como um problema, há o surgimento de medidas para enfrentamento dessa nova questão, ora pautadas na criminalização do uso e proibição de determinadas substâncias, ora guiadas pelo viés da saúde pública a partir da criação de novas legislações e espaços de cuidado. É seguindo o viés da saúde pública e da inclusão da questão do uso problemático de drogas no âmbito de intervenção das políticas públicas, que este trabalho se debruçará.

Tendo como campo de pesquisa um CAPS AD em Campinas, realizei um estudo qualitativo com alguns usuários desse serviço visando identificar suas relações com o espaço e significações. Para coletar os dados lancei mão de entrevistas semiestruturadas, as quais foram estudadas a partir do método de análise de conteúdo e discutidas com outras pesquisas. Procurei com essa investigação mostrar quem são essas pessoas, suas singularidades, relações com o serviço e histórias de uso de drogas.

O título do trabalho faz relação direta com minha abordagem do tema e o que busco problematizar na pesquisa. Ao flexionar o verbo desentorpecer para sua forma de gerúndio e modifica-lo a partir da junção com o verbo “ser”, criei uma nova palavra e com ela busquei remeter o “ser” a partir do desentorpecimento, por isso o “desentorpe(sendo)”. Ao contrário do que talvez possa parecer, não pretendo concentrar a atenção no “ser” a partir da abstinência e/ou saída do estado de torpor, mas sim, dispersar e ampliar. Desentorpecer, no sentido mais conhecido remete a saída de um estado de torpor, embriaguez, mas por outro lado também significa deixar o estado de desânimo, reanimar. Nesse caminho, busquei problematizar tanto o “ser” a partir da saída de uma condição de torpor pelo uso de substâncias, quanto a reanimação por meio do uso. É o ser, sendo ele mesmo, em detrimento da cessação do consumo de drogas que proporcionam o torpor, mas também o ser sendo ele mesmo através desse uso.

Desta forma as significações do CAPS emergem sem a imposição da abstinência. Pretendi abranger esses indivíduos em suas perspectivas e vontades, estejam elas relacionadas

com a abstenção do uso de drogas ou não. Sem que uma pergunta direta fosse lançada a respeito de tais significações, os entrevistados foram convidados a discursar sobre suas vidas, histórias de uso de drogas e a relação com o CAPS. Desses discursos foram identificadas diversas categorias, as quais fizeram possível responder e debater os objetivos propostos.

O CAPS AD Antônio Orlando foi eleito como espaço a ser focado por este estudo, o qual abriu as portas do serviço e autorizou a realização de entrevistas com os usuários que lá recebem tratamento. A partir das entrevistas buscou-se identificar as significações desse CAPS para os usuários, suas trajetórias de vida em relação ao uso e como se utilizam desse espaço de cuidado. No intento de introduzir e contextualizar os leitores a respeito do tema em estudo, realizar reflexões cientificamente fundamentadas e problematizar o assunto também do meu ponto de vista como pesquisadora e produtora de conhecimento, o presente trabalho foi dividido em três capítulos. Tudo que foi aludido nessa introdução serviu como ingresso ao que está por vir, dado que os capítulos desse trabalho foram suavemente pincelados.

Ao primeiro capítulo coube a função de definir alguns conceitos, contextualizar a respeito do tema e trabalhar as mudanças relacionadas à forma de lidar com a questão. Isto posto, o dividi em quatro tópicos. No primeiro problematizo a respeito da ideia de “desvio”, comento sobre a questão do “vício” e a inclusão do conceito de “dependência”, relacionando tais conteúdos com a dinâmica societária. No segundo tópico retrato a respeito da inserção do fenômeno das drogas no campo das políticas públicas e seu enfretamento na esfera da repressão, mas também do cuidado em saúde. As políticas atuais sobre drogas e suas repercussões são discutidas no terceiro tópico, momento que me coloco como questionadora, não cabendo a mera descrição do conteúdo. Por fim, apresento brevemente a rede de cuidado aos usuários de drogas em Campinas, como se constituiu e o papel da reforma psiquiátrica nessa estruturação.

O segundo capítulo é responsável por descrever o caminho que foi percorrido na formulação dessa pesquisa, desde o surgimento da ideia principal, e a maneira em que os dados foram coletados. Divido em três tópicos, esse capítulo retrata toda a complexidade envolta nesse tema e minha implicação com ele. Isto posto, concerne ao primeiro tópico apresentar o campo. Nele comento sobre a escolha do local em que a pesquisa foi realizada e um pouco sobre a sua história de construção e funcionamento. No segundo tópico explico a pesquisa, a metodologia que foi utilizada, a amostra e todo o processo de coleta e análise dados. Ao último tópico coube falar sobre as dificuldades identificadas no decorrer da pesquisa, minha implicação com o campo e todas as consequências relacionadas.

No terceiro e último capítulo faço a análise e discussão dos dados coletados. Assim como os capítulos supramencionados, este também foi fracionado em tópicos. Divido em seis tópicos, nesse capítulo procuro responder aos objetivos de pesquisa e discutir acerca deles em conjunto com outros estudos similares. O tópico inicial descreve o conteúdo coletado, o que essa amostra representa e sua semelhança com outras pesquisas. As pessoas entrevistadas foram apontadas, assim como singularidades que chamaram atenção no processo de análise das informações coletadas. No segundo tópico apresento e discuto sobre os tipos de demandas para a procura do tratamento e suas repercussões.

No terceiro momento as drogas de uso são indicadas, bem como o início desse consumo e a relação com a substância. As diferentes formas de se utilizar do CAPS AD foram percorridas no quarto tópico, momento em que descrevo sobre como esses usuários desfrutam do serviço e a relação desse feito com seus contextos de vida. O quinto tópico se incumba de falar a respeito dos objetivos desses usuários com o tratamento no CAPS. E por fim, relacionando-se com todos os tópicos precedentes, o sexto tópico problematiza as diferentes significações que esses indivíduos têm do CAPS AD, o que proporcionou reflexões essenciais para a rede de cuidado ao uso abusivo e dependente de drogas.

Em todos os momentos dessa pesquisa procurei relacionar as informações coletadas com os contextos de vida dos entrevistados. Dispendi esforços para levar em conta esses sujeitos em sua totalidade e singularidades, sempre remetendo à literatura que discorre sobre o assunto, mas também a minha experiência prática. Meu envolvimento com o tema no campo teórico e prático foi fundamental para a consumação dessa pesquisa, a qual, além de trazer algumas conclusões, possibilitou a apreensão de novos questionamentos que podem enriquecer cada vez mais o debate.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

- Identificar as significações do CAPS AD para usuários em acompanhamento, levando em conta esses sujeitos em sua totalidade e seus objetivos com o tratamento;

Objetivos Secundários

- Descrever quem são esses usuários, bem como os tipos de demanda, drogas de uso e tempo de consumo;
- Apontar e discutir os diferentes usos que esses usuários fazem do serviço e o que os estimula a comparecer ao CAPS AD e dar continuidade ao tratamento.

CAPÍTULO I – VÍCIO: DO DESVIO À CRIAÇÃO DE UM PROBLEMA

1.1 Os desviantes

Em nome da ordem, dos bons costumes, da religião, da cultura e até da ciência, regras são consolidadas e impostas em diferentes sociedades. Todos os grupos sociais elaboram regras e buscam aplicá-las, sejam elas de natureza legal, controladas pelo poder do Estado, ou de caráter informal por força das tradições e geridas pelos próprios indivíduos. Em virtude do estabelecimento de regras, ações e condutas passam a ser classificadas como certas ou erradas, acarretando em sanções quando há desobediência.

No entanto, há sempre grupos que apresentam diferentes julgamentos a respeito do que é socialmente reconhecido como certo ou errado, e desta forma executam ações que podem ser compreendidas como desviantes para outros grupos. Pessoas que transgridem regras são classificadas como desviantes, como indivíduos que os demais não esperam que respeitem normas determinadas no conjunto social. Esses indivíduos transgressores, segundo Becker (2008) são vistos como “*outsiders*”. Entretanto os próprios “*outsiders*”, por terem uma visão diferente da situação de desvio da qual foram culpados, podem enxergar o contexto de forma inversa e considerar aqueles que o julgam também como sendo os “*outsiders*”.

A classificação de um ato como desviante ou não advém da reação dos indivíduos, uma vez que tal enquadramento é um constructo da sociedade. Como afirma Becker (2008) a rotulação de uma ação como desviante não está necessariamente relacionada com a prática cometida, mas sim com as consequências de tal feito e como os demais respondem à ele. Nas palavras do autor “[...] o desvio é, entre outras coisas, uma consequência das reações de outros ao ato de uma pessoa” (p. 22). O que Becker problematiza a respeito da ideia de desvio e sua relação com os contextos culturais e sociais, pode facilmente ser avistado no que tange a questão das drogas e nas modificações em relação ao que é considerado como certo ou errado atualmente, mas que, em momentos diferentes, já foram julgadas de outra forma.

Junto com as interpretações de desvio - em relação a atos, formas de viver e até costumes - regras são estabelecidas visando a manutenção do que é tido como correto e a punição daqueles que não se enquadram às normas. Todavia essas regras não são imutáveis, podendo ser alteradas quando condutas antes censuradas passam a ser interpretadas como algo adequado (BECKER, 2008).

O desvio, além de ser uma questão de perspectiva, sua rotulação varia de acordo com o grupo social, podendo ser uma ação considerada ilegal num grupo e noutro normal, assim como também pode ser, em muitos casos, motor de conflitos políticos. Com isto, determinadas regras, consideradas essenciais para alguns grupos, podem parecer esdrúxulas para outros, não havendo assim uma aceitação universal.

O controle social é o motor de comando desse contexto, em que atividades contrárias às normas impostas são punidas e as adequadas valorizadas e até recompensadas (BECKER, 2008). É fato que viver em sociedade demanda a elaboração de regras, as quais são impostas com a justificativa de manutenção da ordem e garantia de justiça, mas tais regras de forma latente também atendem a interesses e valores de grupos específicos. Na história encontramos numerosas situações em que regras baseadas em interesses políticos, religiosos e econômicos são impostas na justificativa do bem comum, ocasionando em situações de repressão àqueles que agem de maneira desviante.

Loucos(as), pobres, homossexuais, dependentes químicos, entre outros tantos, sofreram e ainda sofrem represálias por parte da disciplina e do controle incorporadas e reproduzidas nas sociedades em forma de regras. O uso de drogas consideradas ilícitas na contemporaneidade, por sua vez, é um concreto exemplo de comportamento julgado como desviante em nossa sociedade, uma vez que há todo um aparato legal responsável por definir como permitido ou não o uso de determinadas substâncias.

Becker (2008), ao analisar usuários de maconha nos anos 1960, discutiu questões que se aplicam não só para os consumidores da planta naquela época, mas também para os usuários de outras substâncias psicoativas de uso ilegal na contemporaneidade. O autor problematiza que na época, como estratégia para combater e controlar o uso de maconha nos Estados Unidos, o governo alocou a substância no campo da ilegalidade, repercutindo na dificuldade de acesso e criminalização do usuário. Acrescenta o autor que, no âmbito das sanções informais, mas de grande força no universo moral, há a tentativa de contenção do uso através do receio de que a família, empregadores e amigos descubram o consumo de maconha e enxerguem esse indivíduo de maneira estereotipada, como alguém irresponsável, sem autocontrole e incapaz de discernimento e autonomia, como edifica o senso comum.

Embora as reflexões sobreditas sejam fruto de um estudo realizado há anos atrás, suas observações se adequam bem na forma como os usuários de drogas são tratados e as tentativas de coibir os seus usos em pleno século XXI. Ainda que existam mecanismos de controle para o uso de drogas ilícitas, como a dificuldade no acesso à substância por ela ser ilegal, receio de ser descoberto como usuário por parte de amigos e familiares, além de outras

questões morais, a utilização de drogas ilícitas persiste e provavelmente nunca deixará de existir.

Como já dito, o consumo de drogas faz parte da sociabilidade humana, sendo esse um ato histórico que envolve determinantes variados. Entretanto, além de proporcionar o alcance das sensações pretendidas, o uso de drogas, quando exagerado e somado a outras questões da vida do sujeito, carrega uma potencial propriedade de causar dependência, o que varia de caso para caso. Dados do Relatório Mundial sobre Drogas da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC) de 2015, informam que 246 milhões de pessoas, com faixa etária entre 15 e 64 anos, fez uso de drogas ilegais em 2013, o que representa um pouco mais de 5% da população mundial. Desse universo, 27 milhões têm uma relação problemática com drogas, o que, segundo a UNODC, quer dizer que 1 em cada 10 usuários de drogas desenvolve problemas com a substância (UNODC, 2015).

Na contemporaneidade, encontramos todo um arcabouço médico conceitual que faz diferenciações entre uso, abuso e dependência de drogas. Mas, para além dessas definições, é preciso problematizar o fato de que o uso dependente de drogas envolve fatores que ultrapassam o biológico, como questões culturais, sociais, recreativas, entre outras. Na literatura médica, usar drogas é diferente de abusar, que, por sua vez, é diferente de depender, mas, em certos casos, o segundo estágio pode ser um caminho convencionalmente percorrido para se chegar ao estado de dependência. Essas definições, entretanto, nem sempre existiram e a designação daqueles indivíduos que fazem uso problemático de drogas como “dependente” é uma criação do século XIX (CARNEIRO, 2002b, p. 2). Sobre a concepção e criação desse novo conceito retrata o autor:

O surgimento deste conceito, assim como deste personagem, é simultâneo de uma série de outros, como o “homossexual”, o “alienado”, o “erotômano” ou “ninfomaniaca”, o “onanista”. Antes desse momento impreciso, que toma seus contornos no início do século XIX, beber demasiado não era uma doença. No máximo, uma prova de mau caráter ou de falta de auto-controle. A embriaguez não suprimia a vontade, aliás, não se distinguia entre desejo e vontade de beber, não havia um vocabulário que expressasse a existência de uma compulsão, de uma escravidão à bebida ou alguma outra droga.

Segundo Carneiro, o consumo de drogas nessa época tanto poderia ser considerado como um ato reprovável, quanto uma ação digna, dependendo da situação, mas nunca era tido como uma patologia. A colocação desse hábito no âmbito da doença é uma modulação recente, a exemplo da ideia de embriaguez a qual era compreendida como uma disfunção em 1804. Progressivamente, o uso exagerado de drogas vai sendo encaixado com

outros comportamentos vistos como desviantes, tal como a relação da masturbação com a ebriedade, ambos descritos como “transtornos da vontade”.

A relação moral com o ato de usar e abusar de drogas, principalmente as ilícitas, ainda é corriqueira em nosso século. Assim como o ato de consumir drogas é algo histórico, a proibição e o controle desse ato também o são, tendo em sua construção a disciplinarização dos indivíduos a partir do estabelecimento de formas de viver. Ainda conforme Carneiro, a respeito da questão da dependência de drogas no século XIX, ele narra:

Todo este período foi de uma escalada crescente na intervenção do Estado sobre a disciplinarização dos corpos, a medicalização das populações, recenseadas estatisticamente de acordo aos modelos epidemiológicos para os objetivos da eugenia social e racial, a “higiene social” e a “profilaxia moral”, ou seja, tentativas de evitar a deterioração racial supostamente causada pelos degenerados hereditários, entre os quais se incluíam com lugar de destaque os viciados e bêbados. (p. 4)

Tófoli (2015a), por sua vez, refere que o surgimento do termo “dependência” tem sua origem no século XX, a partir do conceito de “alcoolismo” da centúria antecedente, o qual foi sendo desenvolvido com o passar do tempo. A respeito desse conceito ele conta:

[...] entre os elementos fundamentais para defini-lo estão a tolerância, que é a necessidade de aumentar progressivamente a quantidade da droga ingerida para obter o mesmo efeito; síndrome de abstinência, que são sintomas apresentados quando há a cessação abrupta do uso; e fissura, que é o desejo incontrolável de consumir a droga, mesmo com consequências adversas. (p. 06).

De acordo com Tófoli, devido às variações na tolerância e abstinência do uso dentre as diversas substâncias psicoativas, foi necessário ampliar a ideia de dependência de drogas, sem limitá-la a questões biológicas. Essa ampliação fez com que outros fatores fossem levados em consideração, como por exemplo, os fatores psicossociais, que para o presente trabalho têm significativa pertinência. A partir dos anos 1960, outro conceito entra no repertório dos problemas associados ao uso de drogas, que é o conceito de “abuso”. Este, diferentemente da dependência, não é capaz de causar crises de abstinência ou fissuras, no entanto origina problemas na vida dos usuários e de terceiros (TÓFOLI, 2015a).

Ainda conforme retrata Tófoli, o termo “abuso” foi fixado na 3ª edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, da Associação Psiquiátrica Americana (DSM – III) em 1980. A versão mais recente do DSM - o DSM – V de 2013 – passou a usar a expressão “transtornos de uso de substâncias” para representar tanto o abuso, quanto o uso dependente de drogas, uma vez que essas diferenciações “são, em grande parte, artificiais” e há habitualmente uma progressão entre um estágio e outro (p. 08). Além do DSM – V, há na

literatura médica, como instrumento para classificar as diferentes formas de uso de drogas do ponto de vista das consequências no organismo, a 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde (CID-10) (TÓFOLI, 2015a).

Sobre a “dependência” e suas definições pela medicina, Carneiro (2002b, p. 1) faz a seguinte colocação:

A história de certos conceitos médicos é essencialmente política, ou seja, ligada ao poder e aos interesses materiais de instituições, classes, camadas e grupos sociais. Talvez o conceito médico mais controverso do último século e meio seja o de “dependência” de drogas. Este é o termo hoje adotado como o mais indicado, de acordo a uma nomenclatura normatizada internacionalmente pela OMS, mas antes dele houve outros termos análogos e igualmente oficiais em suas épocas, tais como “adição”, “hábito”, “transtornos da vontade”, “insanidade moral”.

Dependência química, desvio de caráter, doença da vontade, disfunção hereditária, patologia decorrente da má administração do consumo, entre outras; independente do nome ou motivo atribuído a esse ato, o uso descomedido de drogas, além de ser classificado, precisa ser compreendido. Usar drogas é um ato ancestral que evolui junto com a sociedade, sofre sanções - quando a droga é ilegal – e consentimento – nos casos contrários -, e, mesmo em usos ritualísticos que carregam sentidos grupais, essa prática diz respeito à subjetividade e aspectos da vida particular dos seus usuários.

Exceder esse uso ao ponto de caracterizar uma relação de dependência com a substância pode ser julgado como um ato de desvio, mas também de doença. No caso deste trabalho nenhum dos vereditos se enquadram, pois acredito que abusar das drogas, assim como usar, reflete ao universo dos modos de viver. Não é produtora limitar o debate a elementos que remetem ao caráter dos usuários ou do ato, nem mesmo relegar esses indivíduos ao campo da disfunção, podendo, em certas situações, desconsiderá-los como sujeitos capazes de escolha. O que se faz pertinente em relação ao uso controlado, abusivo ou dependente de drogas é conhecer seus contextos, razões para uso, respeitar as escolhas, mas também cuidar, quando esse momento se faz necessário.

1.2 Quando o prazer virou problema: a dependência química no campo da Saúde Pública e suas consequências

“Um fantasma ronda o mundo, o fantasma da droga, alçado à condição de pior dos flagelos da humanidade”
Carneiro, 2002b.

Usar drogas é um ato histórico que caminha junto com as transformações societárias. Essa prática busca atender necessidades de cura, prazer e alívio, sendo também uma peça fundamental em cerimônias festivas, atos ritualísticos e de sociabilidade. É praticamente improvável assegurar quando os seres humanos iniciaram o contato com essas substâncias, e tal situação se faz similar ao pensarmos quando essa atividade deixará de ser consumada. Substâncias que atualmente tem seu uso proibido já foram comumente utilizadas em outras épocas como o ópio, a maconha³ e a cocaína⁴. A aceitação do consumo de certas drogas e a proibição de outras responde a mecanismos jurídicos, mas também sociais e econômicos, os quais se encarregam de banalizar e incentivar o uso de certas substâncias e coibir o de outras.

A palavra droga está habitualmente relacionada a substâncias necessariamente ilícitas, sendo inclusive seu consumo associado a fenômenos recorrentes à dinâmica capitalista, como a desigualdade social e suas consequências latentes - violência, desemprego, falta de moradia, problemas de saúde, entre outros. Por outro lado, já é sabido que este termo não serve exclusivamente para denominar substâncias ilícitas, incluindo também aquelas que tem seus usos legitimados na sociedade. Entretanto, o estigma moral atribuído ao termo o faz ter referência direta com drogas ilegais e repercussões oriundas dessa ilegalidade.

A transição entre o século XIX e XX marcou o período em que esse fenômeno ancestral passou a ser assimilado como um problema social. Como discorre Labate; Fiore; Goulart (2008, p. 23) “tal qual a violência, a miséria e as doenças, o uso de ‘drogas’ foi alocado no panteão dos males que afligiram a humanidade no século passado”. Como resposta ao problema o Estado vem se incumbindo de controlar e reprimir a produção e uso de específicas substâncias, ações estas respaldadas por tratados internacionais. Esse modelo de

³ Assim como dissertado a respeito do ópio na introdução, a maconha também tem uma história que diz respeito a permissividade de seu consumo para fins medicinais. Essa droga, segundo Carneiro (2011), tinha usos médicos para diversos propósitos como na “[...] indicação como um sedativo geral e para a cura específica de reumatismos, neuroses, insônia, dores de cabeça, diarreias, convulsões, anorexias e na terapia do tétano e da cólera”.(p. 83)

⁴ Esta droga já foi comercializada em farmácia e propagada como uma substância com várias finalidades. Segundo Almeida e Caldas (2011), a cocaína “[...] assim que foi produzida em laboratório [...] passou a ser considerada um remédio milagroso, e os americanos começaram a prescrevê-la para enfermidades de tratamento mais difícil” (p. 120).

abordagem é denominado por vários autores como proibicionista, o qual se utiliza da proibição como estratégia primordial para redução da oferta, do consumo de drogas ilícitas e consequente abuso e dependência destas. A respeito desse tipo de intervenção problematiza Boiteux (2011, p.106):

O modelo proibicionista de drogas completou cem anos da proibição de determinadas substâncias, que foram alçadas à categoria de ilícitas, tendo como meta a erradicação de seu uso. Foram várias as convenções internacionais que definiram o modelo repressivo de criminalização do uso e do comércio de drogas ilícitas, ratificadas pela ampla maioria dos países do mundo.

Os Estados Unidos da América (EUA) foi o país pioneiro nesse processo de atribuir a um ato milenar a definição de problema, legitimando, assim, intervenções estatais e repressivas (FIORE, 2007). Acrescenta o autor, que, dentre as causas para o papel de vanguarda dos EUA nesse debate, está “a antipatia cristã por algumas substâncias antigas e estados alterados de consciência”, “a preocupação de elites econômicas e políticas com os ‘excessos’ das classes e/ou raças vistas como inferiores e potencialmente ‘perigosas’”, e por fim o “estímulo a determinados psicoativos, em detrimento de outros, motivado por grandes interesses econômicos” (p. 23). Um exemplo de repressão às drogas por esse país foi a Lei Seca (1920-1934)⁵, a qual teve como importante consequência não a redução do consumo e melhoria da saúde dos seus usuários, mas sim o nascimento de máfias e comércios clandestinos (CARNEIRO, 2002a).

O deslocamento de algumas substâncias para a categorização de “droga” e, consequentemente problema social, ocorreu no Brasil com a chegada do século XX, marcando o momento em que “atores institucionais – estatais ou não -” se incumbiram de lidar com esse problema (FIORE, 2007, p. 26). Neste mesmo século, no Brasil e no mundo, há o início da proibição jurídica de algumas substâncias, marcando historicamente a guerra às drogas. Carneiro (2002a, p. 02) faz uma pertinente discussão sobre esse assunto em que relata:

O fenômeno do consumo contemporâneo de drogas distingue-se das formas de consumo e regulamentação que existiram em outras épocas. O século XX foi o momento em que esse consumo alcançou a sua maior extensão mercantil, por um lado, e o maior proibicionismo oficial por outro. Embora sempre tenham existido, em todas as sociedades, mecanismos de regulamentação social do consumo das drogas, até o início do século XX não existia o proibicionismo legal e institucional internacional.

⁵ Embora o álcool tenha sofrido com as primeiras medidas proibicionistas do século XX, essa droga é amplamente consumida e estimulada na contemporaneidade.

A este trabalho não cabe detalhar todas as medidas jurídicas tomadas para regulamentar, controlar e proibir o porte e consumo de certas substâncias no Brasil e no mundo. Logo serão feitos alguns saltos históricos visando comentar as disposições mais pertinentes para os objetivos deste estudo.

No Brasil, a primeira lei que fez referência a substâncias psicoativas foi formulada em 1921, a partir do Decreto 4.294, o qual “revogou o artigo 159 do Código Penal de 1890” (BOITEUX, 2006 p. 137). De acordo com a autora, este decreto fazia menção à cocaína, ópio e seus derivados, e previa pena de prisão de um a quatro anos para quem “vendessee, expusesse à venda ou ministrasse tais substâncias, sem autorização, e sem as formalidades prescritas” (p. 137). Complementa afirmando que, a década de 1930 foi palco de mais uma iniciativa jurídica a respeito de ações relacionadas ao porte de substâncias ilegais. Essa atividade se deu por meio da edição do Decreto 20.930/32, o qual “previu expressamente o rol das substâncias tidas como entorpecentes, incluindo o ópio, a cocaína e a *cannabis*, dentre outras” (p. 137).

Nessa época, acrescenta Boiteux, o dependente químico era abordado como um doente, sendo a “drogadição” uma patologia que precisava ser notificada compulsoriamente. Esses indivíduos poderiam ser internados involuntariamente e tal tratamento visava a “cura” que necessitava ser discriminada por um atestado médico, efeito visível do poder e controle da medicina na época. O final dos anos 1930 foi marcado pela fase ditatorial do governo do então presidente Getúlio Vargas, chamado de Estado Novo. O modelo repressivo adotado para manter o sistema autocrático suscitou no enrijecimento das leis e fez surgir a Lei de Fiscalização de Entorpecentes (Decreto-lei n.891/38), “[...] que estabeleceu restrições à produção e ao tráfico, detalhou regras para internação e a interdição civil de toxicômanos” (p.140).

As medidas jurídicas referidas tiveram em sua formulação influência direta das convenções, tratados e consensos mundiais sobre drogas. Dentre os quais estão as Convenções sobre o Ópio de 1912 e 1925 e as Convenções de Genebra de 1931 e 1936 (BOITEUX, 2006). Em 1961, sob grande predomínio dos EUA, foi aprovada a Convenção Internacional Única sobre Entorpecentes⁶, tratado este mais duro e relevante que seus antecessores (FIORE, 2007). Quinze anos depois o Brasil, sob evidente influência

⁶ Após essas conferências as substâncias psicoativas passaram a ser divididas em listas que delimitavam seus graus de periculosidade. O enquadramento das substâncias em uma lista ou outra se dava segundo critérios médicos a respeito dos seus potenciais medicinais reconhecidos (FIORE, 2007).

internacional e principalmente dos EUA, promulgou a Lei 6.386 de 1976, denominada de Lei de Tóxicos. Sobre a legislação comenta Fiore (2007, p. 31):

A Lei de Tóxicos obriga todos os brasileiros ou residentes no Brasil, pessoas físicas ou jurídicas, a colaborar na erradicação do uso de substâncias ilegais e admite a existência de dependência física e psíquica, determinada por avaliação médica para auxiliar a decisão da Justiça. A internação deixou de ser obrigatória, tendo sido substituída pelo vago termo ‘tratamento’. Além disso, divide as penalidades previstas para quem porta a substância com finalidade mercantil, ou seja, para vender (art. 12), e para quem a porta com exclusiva finalidade de consumi-la (art. 16). Apesar da pena mais branda para quem comete a segunda infração, ambas constituem crime e prevêm a detenção como pena.

Com a nova lei foi feita uma distinção entre traficante e usuário, mas não desvinculou ao ato criminoso o consumo de substâncias ilícitas, fazendo do usuário também um infrator. Embora fale em prevenção ao uso de drogas e ao tráfico, tal legislação de fato não possuiu um caráter preventivo, mas sim repressivo e punitivo.

Apesar dessa década marcar a repressão no Brasil, devido ao contexto da Ditadura Militar, foi nesta mesma conjuntura que movimentos como a reforma sanitária e a reforma psiquiátrica desabrocharam e propuseram mudanças nas formas de lidar com a saúde. Contemporâneo ao movimento da reforma sanitária, a reforma psiquiátrica brasileira surgiu no final anos 1970 como resposta crítica ao modelo de cuidado oferecido aos usuários dos serviços de saúde mental. Embora ambos os movimentos tenham como alvo o cuidado em saúde, a reforma psiquiátrica tem uma história própria, fortemente influenciada pelo contexto internacional que lutava por mudanças do modelo asilar predominante na época (BRASIL, 2005a).

Pioneiro da reforma psiquiátrica, foi originado em 1978 o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual, segundo Tenório (2002, p. 32) “combinando reivindicações trabalhistas e um discurso humanitário [...] alcançou grande repercussão e, nos anos seguintes, liderou os acontecimentos que fizeram avançar a luta até seu caráter definidamente antimanicomial”. Assim como o movimento da reforma sanitária, o movimento da reforma psiquiátrica estava inserido no cenário de confronto ao regime militar, agindo na luta por um cuidado humanizado daqueles que necessitam de atendimento especializado em saúde mental, sendo este cuidado de natureza pública e de qualidade.

A finalidade da reforma psiquiátrica não era realizar melhorias nos dispositivos asilares que predominavam, mas sim de substituí-los por um modelo de caráter comunitário, aberto, sem rompimento dos vínculos familiares e sociais, um desafio para o contexto político da época, em que cerca de 80% dos hospitais psiquiátricos eram particulares e tinham como

fonte de recursos econômicos o Estado através das internações que realizavam. Como aparelhos substitutivos foram criados na década de 1980 os primeiros Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) e Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) em Santos e São Paulo, respectivamente. A criação desses novos serviços assinalou um momento de mudança na forma de lidar com o sofrimento mental no Brasil e na organização da rede de atenção a esses indivíduos (TENÓRIO, 2002).

Conforme o autor, a década de 1990 marcou a maturação no processo da reforma psiquiátrica brasileira. Mesmo antes da Lei de Saúde Mental ser sancionada, ocorreram relevantes mudanças para os recursos de substituição ao modelo tradicional. Em 1991, a partir da portaria 189 do Ministério da Saúde, os NAPS e CAPS foram incluídos, de acordo com Tenório “[...] no rol de ‘procedimentos’ e dispositivos de atenção em saúde mental custeados por verba pública [...]” (2002, p. 41). Outro marco importante dessa década, foi o subsídio público para a fundação de uma rede alternativa ao modelo exclusivamente hospitalar, a exemplo da preferência de internações em hospitais gerais no lugar dos psiquiátricos. No ano seguinte, foi realizada no Brasil a II Conferência Nacional de Saúde Mental, evento esse que teve a participação tanto dos usuários dos serviços, quanto dos seus familiares, frisando sua relevância no processo da reforma (TENÓRIO, 2002).

Outro marco importante da reforma no país e da construção de uma rede de atenção psicossocial, ocorreu em 1992 com a publicação da Portaria 224 do Ministério da Saúde, a qual “[...] estabeleceu diretrizes e normas para a assistência em saúde mental” (LUZIO; L’ABBATE, 2006, p. 02). Segundo as autoras, essa portaria,

[...] reafirmou os princípios do SUS, instituiu e regulamentou a estrutura de novos serviços em saúde mental, orientados nas experiências do CAPS e do NAPS. Os novos serviços, denominados pela portaria como CAPS/NAPS, foram definidos como unidades de saúde locais e regionalizadas, a partir de uma população adscrita segundo a localização, e que deveriam oferecer cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. Os CAPS/NAPS podiam constituir-se, ainda, em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendiam, também, a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deveriam estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. (p. 2)

Ainda que a portaria represente um avanço na saúde mental, ela possuía restrições, a exemplo da equiparação entre processos de constituição de serviços como os CAPS e NAPS, deixando de levar em conta as diversidades existentes entre eles (LUZIO; L’ABBATE, 2006). Mesmo tendo ocorrido mudanças pertinentes no quadro de atenção à

saúde mental no Brasil durante o final do século XX, foi apenas em 2001, com a aprovação do projeto de lei 10.216 que foi sancionada a Lei de Saúde Mental, sendo esta um marco legal da luta antimanicomial no Brasil (TENÓRIO, 2002). No tocante ao tratamento dos indivíduos com transtornos, devido ao uso abusivo e/ou dependente de substâncias psicoativas, a lei supracitada foi também de fundamental importância, uma vez que ela em seu texto

[...] ratificou, de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o Sistema Único de Saúde; garantindo aos usuários de serviços de saúde mental – e, conseqüentemente, aos que sofrem por transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas - a universalidade de acesso e direito à assistência, bem como à sua integralidade; valoriza a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes, ajustando de forma equânime e democrática as suas ações às necessidades da população (BRASIL, 2003, p. 5-6).

Apesar da criação dos primeiros NAPS e CAPS na década de 1980, foi apenas em 2002 que as diretrizes de funcionamento dos CAPS, em suas diferentes categorias, foram definidas. Esse processo se deu através da ratificação da Portaria GM/MS 336, a qual, além de dissertar a respeito dos serviços de cuidado às pessoas com transtornos mentais, fazia referência àqueles indivíduos que desenvolveram uma relação de dependência com substâncias psicoativas (TENÓRIO, 2002). Sobre a portaria GM/MS 336 referem Luzio e L'abbate (2006, p. 3):

Nela, a denominação de NAPS não aparece mais associada ao CAPS. Ela opta pela nomeação apenas de CAPS, estabelecendo três modalidades definidas com base em seu tamanho/complexidade e abrangência populacional, de modo que possam realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

O CAPS para usuários de Álcool e outras Drogas (AD), de acordo com as premissas da reforma psiquiátrica, é um serviço público, de atenção diária, voltado não só para o tratamento dos usuários em relação ao uso de drogas, mas também para sua reinserção familiar, social e comunitária (BRASIL, 2002a). O CAPS propõe a quebra do modelo de cuidado tradicional, alterando a maneira de lidar com sofrimento mental e seus determinantes. O cuidado aos usuários passa a ser prestado nesses serviços de lógica comunitária, visando a atuação no próprio território de cobertura e ampliando o processo de cuidado aos familiares e a questões de âmbito social (SURJUS; ONOCKO-CAMPOS, 2011).

Agregado ao avanço na forma de lidar com os usuários da saúde mental, em destaque para esse trabalho os usuários abusivos e/ou dependentes de drogas, em janeiro de

2002 foi promulgada a Lei 10.409, a qual “dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica [...]” (BRASIL, 2002b, p. 1). Ainda que tenha bastante presente em seu conteúdo a proibição e repressão ao uso, esta legislação, segundo Espíndola (2010, p. 20) “[...] ao reconhecer que o cárcere per si não se evidenciava em medida coerente e eficaz para o usuário, passava a recomendar a ‘desprisionalização’ do mesmo” o que, na visão de Ventura (2011, p. 556) demonstra a “forte tendência à descriminalização” dessa lei.

Em 2003, foi lançado pelo Ministério da Saúde a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, em que a redução de danos emanou como estratégia legal no tratamento aos usuários de drogas (BRASIL, 2003). Ao reconhecer que nem todo usuário de drogas deseja ou consegue extinguir por completo o consumo, a redução de danos irrompe como estratégia inclusiva uma vez que reconhece as singularidades de cada usuário, adequando as abordagens de tratamento a partir de suas demandas, tendo em vista não só a abstinência como caminho a ser traçado. Segundo essa política:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos que, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003, p. 10).

Mesmo que tenha sido oficializada no âmbito jurídico apenas em 2003, a redução de danos já dava seus primeiros passos no Brasil na década de 1990, tendo como cidades pioneiras Salvador – BA e Santos – SP. De maneira ainda incipiente, seringas eram distribuídas aos usuários de substâncias injetáveis, visando a redução da contaminação de doenças como HIV/Aids e hepatites virais (B e C) através das seringas reutilizadas (RUI, 2014a). Esse movimento tem suas origens em países como Holanda e Suíça, precursores no programa de troca de seringas⁷.

Ao falar sobre a prática da redução de danos na cidade de Campinas - SP, a antropóloga Taniele Rui (2014a, p. 78-79) faz um debate interessante quando traz que:

⁷ Para uma discussão mais ampliada sobre o assunto ver Espíndola (2010) e Rui (2014a).

[...] em termos históricos, se há algo de novo nas propostas de redução de danos é o fato de que elas apontam para outro modo de o Estado entrar em contato com uma população que, ao longo de toda a história brasileira, fora fundamentalmente vista ora como um problema legal ou policial (Misse e Vargas, 2010), ora sob um viés moral. Isto significa dizer, concordando com Didier Fassin (1998), que com tais políticas a questão do abuso de drogas, para além de ser apenas pensada como um problema de segurança pública, de clínica psiquiátrica ou de ‘desvio individual’, se torna também uma ‘questão de saúde pública’”.

A inclusão da estratégia de redução de danos nos dispositivos de cuidado aos usuários de drogas é um progresso inegável no campo da saúde pública. No entanto, no Brasil, esse tipo de abordagem ainda encontra muitos empecilhos para o seu desenvolvimento. A não regulamentação da profissão de redutor de danos e inexistência de locais designados para consumo protegido de drogas são exemplos das lacunas desse recurso no país (TÓFOLI, 2015b). Além disso, é possível presenciar muitas tentativas de retrocesso nas políticas sobre drogas atualmente, o que remete à necessidade de uma luta cotidiana para que os direitos humanos desses usuários sejam sempre respeitados a partir dos mecanismos de cuidado.

1.3 Políticas de drogas atuais e as diferentes formas de lidar com a dependência

A lei de drogas em vigência no Brasil foi promulgada em 2006 quando o Congresso Nacional fez entrar em vigor a Lei 11.343⁸. Essa legislação trouxe avanços na forma de lidar com os usuários de drogas, uma vez que reconhece a estratégia de redução de danos como medida de intervenção, assegura o acesso a tratamento através do SUS - em hospitais, centros de saúde e principalmente nos CAPS AD -, entre outras questões (BRASIL, 2006). Outro ponto otimista da lei é que em seu artigo 28 ela efetiva a “despenalização da posse para uso próprio” (BOITEUX, 2015, p. 2). Dessa forma o usuário que for pego com drogas ilícitas não poderá ser preso, e no lugar há a possibilidade de sofrer como sanções “advertência sobre os efeitos das drogas”; “prestação de serviços à comunidade”, ou “medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo” (BRASIL, 2006, p. 33). Mas, em contrapartida, a pena mínima por tráfico de drogas é alargada de 3 para 5 anos de prisão (BOITEUX, 2015).

Apesar dos avanços, a Lei 11.343 ainda conserva um caráter proibicionista e utópico ao crer na possibilidade de existência de uma sociedade sem drogas ilícitas quando

⁸ Esta lei “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” (BRASIL, 2006, p.1).

afirma, como pressuposto da política "buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade protegida do uso de drogas ilícitas e do uso indevido de drogas lícitas" (BRASIL, 2006, p. 1). Ainda que tenham sido incorporadas transformações a partir da lei, segundo Kiepper (2015, p. 50), ela "[...] não atendeu às necessidades da abordagem pela Saúde Pública, nem representou o reconhecimento dos problemas associados ao tráfico ilícito de drogas".

A primeira década dos anos 2000, quatro anos após a promulgação da lei de drogas em vigência, o crack começou a ganhar popularidade nos meios de comunicação. Essa droga, por envolver diversas expressões da questão social⁹, passou a chamar atenção de forma vigorosa, principalmente no que diz respeito aos seus espaços de uso denominados de "cracolândia". Embora o debate sobre o consumo do crack e seus locais de consumo tenha se tornado enérgico na mídia na virada do século XX para o XXI, há relatos já nos anos 1990 que tratam a respeito do uso dessa droga na região de São Paulo, conhecida como cracolândia (RUI, 2014b). Conforme a autora, nessa mesma década foi possível verificar registros sobre o ingresso do crack no país, todavia, sua popularização tanto em relação ao consumo, quanto ao alarde midiático se deu a partir dos anos 2000.

Em resposta ao cenário alarmante erguido em torno do consumo do crack e, especialmente, suas cenas de uso, o Governo Federal lançou em 2010 o Decreto 7.179, responsável por instituir o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas (MORAES; PIMENTEL; UCHÔA, 2011), conduzido pelo Ministério da Justiça. Tal decreto tem como propósito o tratamento e reinserção social de usuários de crack e outras drogas, prevenção do uso e o combate ao tráfico de substâncias ilícitas, em especial o crack (BRASIL, 2010).

Em consonância, em dezembro de 2011 foi lançado oficialmente pelo Governo Federal o Programa Crack é Possível Vencer (PCPV) (VALCOV; VASCONCELLOS, 2013), que tem como objetivos a "[...] ampliação da rede assistencial, aumento dos leitos de internação e realização de trabalhos preventivos e educacionais" (TRAPÉ, 2015, p. 46). Além do PCPV ser incumbido de investir em serviços como os CAPS's AD, há também o financiamento de instituições que caminham no sentido oposto da reforma psiquiátrica como as famosas Comunidades Terapêuticas (CT), que em sua maioria, mesmo com financiamento público, trabalham numa perspectiva religiosa. Sobre essa questão Trapé (2015, p. 50)

⁹ Neste trabalho entendo como questão social a definição de Iamamoto (2000, p.27), "conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, e que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos, mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade".

comenta:

Destaca-se que já são hoje quase 7.000 vagas financiadas, sendo um dos maiores e mais dispendiosos pontos de atenção do Programa, e funcionando na contramão da lei 10.216, o que evidencia inconsistências nas próprias normas regulatórias. É inequívoca a necessidade de estudos avaliativos e de custo-efetividade nos serviços ofertados, contudo, a priorização quanto ao bloco de investimento e aumento de custeio indicam a indução de um modelo e traduzem o foco atual da política, que tem o PCPV como central e as Comunidades Terapêuticas como protagonistas.

Nesse mesmo ano, foi instituída pelo Ministério da Saúde, através da portaria 3088 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). A RAPS tem como propósito já em seu primeiro artigo a “ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde” (BRASIL, 2011, p. 2) para indivíduos com transtornos mentais ou problemas com uso abusivo e/ou dependente de drogas, na esfera do SUS. A partir da sua implantação, a RAPS passou a compor o “o conjunto das redes indispensáveis na constituição das regiões de saúde do SUS” (COSTA, 2014, p. 25). Segundo o autor, a RAPS representa a comunicação dos serviços de atenção à saúde no SUS, para indivíduos com transtornos mentais ou dependência de drogas, visando o diálogo entre os serviços. Essa Rede é constituída por sete componentes:

I - atenção básica em saúde [...]; II - atenção psicossocial especializada [...]; III - atenção de urgência e emergência [...]; IV - atenção residencial de caráter transitório [...]; V - atenção hospitalar [...]; VI - estratégias de desinstitucionalização [...]; [e] VII - reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011, p. 3-4).

A rede de atenção em caso presume avanços no aparato de cuidado da saúde mental, uma vez que com ela há a oficialização do financiamento público em medidas interventivas de redução de danos como os Consultórios de Rua¹⁰ (TÓFOLI, 2015b). Conquanto, essa mesma rede também intervém no contexto de cuidado aos usuários de drogas de forma contraditória, pois ao mesmo tempo que, propõe práticas de cuidado no território que contribuam para a inclusão social e autonomia do sujeito, redução de danos e tenha como foco serviços territoriais e comunitários, por outro lado, legitima práticas de viés absenteísta e, muitas vezes, de privação de liberdade, posto que valida o funcionamento das CTs (BRASIL, 2011).

As CTs brasileiras são serviços bastante heterogêneos, mas que em sua maioria são de natureza religiosa e têm como objetivo a suspensão do uso de drogas (TÓFOLI, 2015b). Sobre a abordagem de tratamento dessas instituições no Brasil o autor relata:

¹⁰ “[...] programa de atenção primária à saúde da população de rua que, contudo, traz fortes componentes de redução de danos ao uso de drogas em sua prática” (TÓFOLI, 2015, p. 3).

Nesses programas há diversos pressupostos, mas destaco aqui o princípio de que o uso problemático de drogas é, para todas as pessoas, uma doença crônica e incurável, e uma oportunidade para desenvolver a espiritualidade. Ambas as noções são essenciais para a estrutura do modo de ser das comunidades terapêuticas, e a segunda traça uma identificação com grupos que, diante de um vácuo quase absoluto deixado pelo Estado até o século XXI, investiram nestes tipos de centro de tratamento: evangélicos, católicos e espíritas. (p. 3)

O debate em torno da questão do uso dependente de drogas e a rede de cuidado aos usuários exige a ampliação do olhar para tal problemática, sendo fundamental levar em conta as singularidades de cada usuário e a diversidade entre eles. Embora o público em estudo tenha em comum a forma de se relacionar com as drogas, não quer dizer que todos se identifiquem com a mesma maneira de cuidado ao seu problema. Diante dessa realidade é substancial levar em conta que nem todo usuário desenvolve vínculo e considera propício o acompanhamento em instituições como os CAPS AD, preferindo modalidades de cuidado mais intensivas, por vezes religiosas e de isolamento social.

Há estudos que abordam a questão da espiritualidade e religiosidade no tratamento ao uso problemático e/ou dependente de drogas, em que referem pontos positivos nesse tipo de cuidado. De acordo com Tuguimoto *et al.* (2011), esses tipos de tratamento se caracterizam pela forma diferenciada de abordar a questão, em que são guiados pela proposta de novas perspectivas de vida e contam com apoio de uma rede social de ajuda mútua, e que visa a abstinência. A respeito das CTs explanam os autores que “o objetivo específico da comunidade é o de ajudar os indivíduos a mudar a si mesmos, através de autoconhecimento e auxílio de crenças e práticas religiosas” (LEON, 2003 *apud* TUGUIMOTO *et al.*, p. 39).

Ainda de acordo com Tuguimoto *et al.*, há também relatos de que a relação com a religião auxilia na recuperação do usuário e reduz as chances de recaída. Porém, esse tipo de abordagem também pode repercutir de forma negativa quando há cegueira religiosa, visto que, como trazem os autores

[...] não se pode deixar de notar que o excesso de religiosidade e espiritualidade pode ocasionar possíveis efeitos negativos na saúde de alguns fiéis, originados do fanatismo religioso e da crença na punição divina e na doença como forma de redenção dos pecados. Em alguns casos, essa crença acaba afastando o paciente do atendimento médico, já que ele acaba aceitando sua situação e buscando a expiação de seus ‘pecados’ através do sofrimento que a doença proporciona, o que prejudica seu tratamento e a possível cura. (p. 47)

Longe de querer determinar a melhor forma de atenção e cuidado ao usuário dependente de drogas, busquei aqui problematizar acerca das distintas formas de lidar com o

assunto, levando em conta principalmente o respeito às escolhas dos usuários. No entanto, defendo também a premissa de que não cabe ao Estado brasileiro financiar essas formas de cuidado alternativas, guiadas pela espiritualidade e religião. Um país que se qualifica como laico não pode, de maneira alguma, custear ações de caráter religioso, a não ser que disponha de uma capacidade de englobar toda e qualquer religião, sem restrições e preconceitos. Caso contrário, não cabe ao fundo público subsidiar tais atividades e instituições. Sobre esse conteúdo, Tófoli (2015b, p. 4) aponta:

A existência de instituições de cunho religioso que usem suas doutrinas como forma de tratamento não é, em si, um problema, se elas forem um recurso filantrópico sem verbas estatais, destinado unicamente ao cuidado de suas comunidades de fé. Em um contexto de saúde pública, no entanto, isso significa o financiamento público do proselitismo para qualquer cidadão brasileiro. Agnósticos, ateus e pessoas que professassem fés minoritárias não teriam opção pública senão serem submetidos ao tratamento de um determinado matiz religioso caso fossem encaminhados a uma CT confessional. Embora o componente da espiritualidade possa, em teoria, ter um efeito positivo nos cuidados de quem faz uso problemático de substâncias, a possibilidade de qualquer coerção, ainda que muito sutil, na direção da doutrina de uma determinada religião é, no mínimo, questionável em uma ação financiada pelo Estado, ainda mais em um cenário onde há sérias denúncias.

A regulamentação dessas CTs é algo bastante polêmico no Brasil, visto que, embora essas instituições façam parte dos dispositivos da saúde mental (BRASIL, 2011), elas não levam em conta a prática da redução de danos como constituinte do processo terapêutico dos seus usuários (TÓFOLI, 2015b). A forma como as CTs abordam a dependência de drogas e suas estratégias de tratamento, de acordo com o autor citado, muitas vezes desrespeita as escolhas daqueles indivíduos que necessitam de cuidado, atropelando os direitos humanos e chegando a situações de trabalho escravo, cárcere privado, entre outras violações.

Acredito que não há uma forma ideal de tratamento ao uso problemático de drogas, mas sim formas possíveis de cuidado que devem ser guiadas pelo respeito aos direitos humanos e escolhas dos seus usuários. No que tange à saúde pública, julgo impróprio filiações com instituições de caráter religioso, deixando esse tipo de serviço a cargo do terceiro setor e sob regulamentações claras que impeçam imposições religiosas, trabalho forçado e desconsideração das escolhas dos usuários.

Busco com esse diálogo trazer a discussão de que o acompanhamento de usuários que fazem uso abusivo e/ou dependente de drogas deve levar em conta as diferenciações entre esses indivíduos e suas preferências de cuidado. Todavia, defendo também que o modelo dos CAPS's AD, agregado aos demais serviços do SUS que atuam em conjunto - como os Consultórios de Rua, serviços da Atenção Básica, Hospitais Gerais, Centros de Convivência,

entre outros (BRASIL, 2011) -, representa um avanço em relação ao modelo asilar e excludente anterior à reforma psiquiátrica. A forma de funcionamento desses serviços, visando a intersetorialidade, trabalho em equipe multidisciplinar e acompanhamento no território com vistas a reinserção familiar, social e comunitária, é capaz de abordar aspectos que as CTs não conseguem alcançar. Atreladas à lógica da abstinência e desligamento social temporário, as CTs não realizam uma assistência integral, uma vez que deixam de executar um cuidado relacionado a vida social dos seus usuários.

Seguindo ainda a linha de discussão sobre as CTs e seu financiamento a partir do Estado, há uma recente política sobre drogas em especial que merece atenção e debate, que é o Programa Recomeço. Instituído em maio de 2013 no Estado de São Paulo através do decreto 59.164, o programa tem como objetivo a “execução de ações de prevenção, reinserção social, acesso à justiça e cidadania e de redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde, aos usuários de substâncias psicoativas, especialmente o crack” (SÃO PAULO, 2013, p. 1). Por meio desse programa foi instaurado o “Cartão Recomeço”, dispositivo que tem por finalidade financiar o tratamento de usuários de drogas em serviços particulares, especificamente em CTs. Segundo esse decreto o valor repassado mediante o cartão é de uso exclusivo para tratamento de dependência química em entidades credenciadas, credenciamento esse que ocorre através de edital de chamamento.

No sentido oposto da Lei de Saúde Mental, esse tipo de medida retrocede os ganhos resultantes do movimento da reforma psiquiátrica brasileiro. Visando custear o tratamento de usuários de drogas em serviços de viés religioso e pautados na abstinência e isolamento social, essa intervenção contraria a lógica de cuidado territorializada e de redução de danos. Em vez de intensificar o financiamento para abertura de novos CAPS AD e ampliação de leitos de desintoxicação e internação breve em hospitais gerais, o Governo do Estado de São Paulo optou em subsidiar entidades privadas que ignoram as singularidades entre os sujeitos.

Sobre uma CT em Campinas, Rui (2014a) relata que, nesse serviço prevalece a ideia de que ao se usar drogas a dependência é uma consequência inevitável, a qual é entendida como um problema da mente, associada à falta de controle. Desta forma o acompanhamento se volta a questões comportamentais, ligadas a mudanças de atitudes como terapêutica para se alcançar a abstinência. Sobre a forma como essa CT lida e entende os usuários de drogas, a autora relata:

Formalmente, a metodologia de tratamento ignora as diferenças materiais e simbólicas entre as substâncias em favor da ideia de perda de controle. Ou seja, mais

que o uso de uma ou outra substância, o que parece estar em questão é o fato de que uma vez *adicta*, a pessoa que entra em contato com qualquer droga desenvolve uma compulsão que a leva inexoravelmente ao vício. Isto significa que, ainda que esta seja uma instituição voltada para o tratamento de drogas, a temática das drogas em si é muito pouco trabalhada e raramente se fala dos efeitos fisiológicos delas sobre os corpos dos indivíduos (p. 97).

Outra característica levantada pela autora é o afastamento dos usuários do convívio em sociedade. Seguindo esse princípio, as CTs estabelecem dentro de sua dinâmica rotinas e comportamentos artificiais, que, conforme o Programa de Redução de Danos (PRD) são “praticamente impossíveis de serem sustentados fora da CT, no ‘mundo real’” (RUI, 2014, p. 102). Inverso a esse modelo, o PRD, por sua vez, no lugar de criar novas rotinas e de retirar o usuário do seu espaço de convívio, desenvolve vínculos com essas pessoas em seu próprio local de consumo e convivência, levando até aquela rotina já existente estratégias de cuidado e redução de danos sociais e da saúde. Há também críticas à forma de abordagem das CTs em relação a “homogeneização da terapêutica” (RUI, 2014a, p. 102) visto que não é levado em conta as diferentes relações que os usuários desenvolvem com as drogas e suas trajetórias de vida. O uso de drogas é visto como algo necessariamente ruim, sem o entendimento de que possam existir usos seguros e prazerosos.

Em meio a tantos retrocessos no cuidado aos usuários de drogas no Brasil, como o financiamento de CTs, operações de repressão em locais de consumo conhecidos como *cracolândia* e pedidos de internações compulsórias¹¹, ainda há espaço para medidas inovadoras e de respeito aos usuários. Como exemplo, temos na cidade de São Paulo, o Programa de Braços Abertos, instituído em janeiro em 2014 e regulamentado pelo decreto 55.067. Visando a reabilitação psicossocial de indivíduos em situação de vulnerabilidade social, o programa é baseado em ações que promovam direitos e proporcionem o acesso à saúde, prevenção do uso de drogas e à assistência social (COMIS, 2015).

O Programa de Braços Abertos tem como diretrizes ações voltadas à saúde, reabilitação psicossocial, redução de danos, assistência social, entre outros; também proporciona o acesso a atividades laborativas com renda, alimentação e hospedagem (SÃO PAULO, 2014). Por ser um programa de implementação muito recente, ainda não dispõe de uma literatura vasta que fale a respeito da sua eficácia e possíveis resultados, mas demonstra

¹¹ Para mais informações ver documentos como Rui (2012b) e o Projeto de Lei da Câmara (PLC) no 37 de autoria do deputado Osmar Terra. “Esta Lei altera a Lei no 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências” (BRASIL, 2013).

ter um potencial interventivo, na questão do uso abusivo de drogas, atrelado à vulnerabilidade social de seus usuários.

Todas essas medidas são resultado da forma como o tema em voga desperta o interesse de instituições governamentais, políticas, assistenciais, privadas e filantrópicas. Apresentando propostas variadas e formas díspares de enxergar a problemática, são deliberações que buscam, por um lado, trazer soluções, mas por outro legitimar a busca irracional por uma sociedade livre do uso de drogas. É preciso também salientar que estão escondidos muitos interesses políticos e econômicos em todas essas políticas, sejam elas de caráter público ou privado.

Em todo esse contexto de disputas e contradições encontramos o CAPS AD, serviço destinado ao cuidado do público em questão de forma integral, levando em conta os sujeitos como um todo e fazendo valer seu papel psicossocial. Fruto da reforma psiquiátrica é uma instituição que visa assegurar não só a redução dos danos do consumo abusivo de drogas no organismo, mas também na vida desses usuários. Porta de entrada para os demais serviços de saúde mental, o CAPS AD tem como propósito a reabilitação desses indivíduos a partir de suas demandas e perspectivas.

O respeito pelas escolhas e as singularidades de cada usuário é fundamental na formulação dos projetos terapêuticos a serem desenvolvidos, tendo em vista tais indivíduos em sua totalidade, sem restringir o olhar ao consumo de drogas. Diferente das abordagens que visam a separação do usuário da sociedade, as atividades realizadas no CAPS AD visam a reinserção deste no contexto social como parte fundamental do processo de tratamento. As demandas para além da saúde são levadas em conta junto com seus determinantes sociais. Sobre o conceito de Determinantes Sociais da Saúde (DSS), compartilho da definição de Buss e Filho (2007), quando estes afirmam que, de acordo com a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são “[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população” (p. 78).

Embora o cuidado dos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas a partir da lógica de redução de danos e do atendimento em serviços como o CAPS AD não represente uma abordagem impecável, é um avanço significativo no olhar lançado às pessoas que necessitam de acolhimento e cuidado e não de exclusão e repressão. É diante do conhecimento das legislações existentes e do funcionamento desse serviço que o anseio pela realização dessa pesquisa surge. Na tentativa de averiguar a relação dos usuários com essa instituição, seus usos e se de fato essa instituição se faz pertinente na vida de quem dela

necessita, é que os objetivos aqui tratados ganham corpo e motivação para serem esmiuçados.

1.4 Breve relato sobre a Reforma Psiquiátrica em Campinas e a constituição de uma rede AD.

A rede de saúde mental em Campinas, devido a sua dimensão e complexidade, é tida como referência nacional (SURJUS, 2007). A história da reforma psiquiátrica nesse município está intimamente ligada ao processo de desinstitucionalização do hospital psiquiátrico Dr. Cândido Ferreira, o qual existe desde 1924 e localiza-se no Distrito de Sousas em Campinas. Com o advento da reforma psiquiátrica, esse hospital, em 1990, deixou de funcionar na lógica de um manicômio e passou a ser conveniado com a prefeitura de Campinas mediante um pacto de co-gestão. Esse convênio representou um avanço importante no que tange à reforma psiquiátrica nessa cidade e proporcionou ganhos como a contratação de novos profissionais guiados pela lógica antimanicomial, constituição de equipe multidisciplinar e novas formas de enxergar e intervir no sofrimento mental (ZAMBENEDETTI, 2009).

Conforme o autor, além das mudanças nas práticas a partir do processo de co-gestão, esse manicômio deixou de ser intitulado de hospital para se chamar Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira (SSCF). Todo esse processo resultou na inserção de novos serviços pautados na dinâmica de cuidados no território como visa a reforma psiquiátrica (ZAMBENEDETTI, 2009). Sobre esse movimento de reestruturação da saúde mental em Campinas disserta o autor:

No início da década de 1990, constituiu-se um hospital-dia, visando oferecer atenção diária fora da instituição hospitalar. Começaram também as primeiras experiências de moradias protegidas, com a finalidade de desinstitucionalizar os moradores do hospício. Essas mudanças graduais no sistema de assistência em saúde mental ocorreram ao longo da década de 1990 e anos 2000. A partir dos anos 2000 passou a ocorrer uma ênfase na implantação de CAPS, sendo que em 2005 existiam 3 CAPS III vinculados ao SSCF, distribuídos em diferentes regiões de Campinas-SP. (p. 337-338)

Atualmente a rede de saúde mental em Campinas ainda conta com a co-gestão entre prefeitura e SSCF, cabendo ao último a administração dos seguintes serviços: Núcleo de Retaguarda, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) ou Moradias, CAPS, Centros de Convivência (CECOS) e Oficinas de Trabalho e Geração de Renda (CÂNDIDO FERREIRA, 2015a). Além desses serviços, a rede de atenção psicossocial em Campinas possui profissionais de saúde mental na rede básica, Prontos Socorros (PS) Psiquiátricos,

Enfermarias Psiquiátricas em Hospital Geral e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) (SURJUS, 2007). No que tange aos CAPS, a cidade conta com 8 CAPS III (24h), dos quais 2 são AD, e 3 CAPS II (atenção diária) em que um é AD e dois são infanto-juvenis.

Ainda que a rede de saúde mental em Campinas seja reconhecida no país, ela tem sido ameaçada por diversos entraves políticos, a exemplo das limitações na transferência de verba entre a Prefeitura e o SSCF (RYBKA, 2015). Além disso, é nítida, pelo menos para os trabalhadores da área, a necessidade de construção de mais serviços como o CAPS AD e ampliação da rede de cuidado 24h.

Fazendo uso dos dispositivos existentes, os serviços de cuidado aos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas se articulam como podem para realizar uma atenção integral. Mas as dificuldades existem limitando, muitas vezes, ações que poderiam repercutir de forma mais ampliada e efetiva na vida dos usuários. É nesse contexto que o campo de pesquisa desse estudo foi construído, o qual sofre com as desarticulações da rede e limitações da conjuntura política. As vicissitudes desse cenário serão mais bem exemplificadas nos próximos capítulos, os quais retratam o campo e as dificuldades envolvidas e a relação dos usuários com a rede de cuidado já exposta.

CAPÍTULO II – ORDENAÇÃO DO PENSAR E DO AGIR

2.1 O campo: O CAPS AD Antônio Orlando

O CAPS AD Antônio Orlando é um serviço relativamente novo quando se pensa na história da reforma psiquiátrica em Campinas. Inaugurado no dia 17 de dezembro de 2011, o CAPS deu início a suas atividades no dia 16 de janeiro do ano seguinte (SILVA, 2015). Assim como outros serviços da rede de saúde mental do município, o CAPS AD Antônio Orlando é administrado pelo SSCF em parceria com a Prefeitura Municipal de Campinas. Embora esteja localizado¹² na região Sudoeste da cidade, este CAPS é responsável por atender tanto a sua região de instalação, quanto a região Noroeste. De acordo com dados da Prefeitura de Campinas de 2010 a região Sudoeste da cidade abrangeu 234.804 habitantes e a Noroeste 123.484, juntando as duas regiões há um total 358.288 habitantes, sendo esse quantitativo de indivíduos residindo na área de cobertura desse CAPS AD (CAMPINAS, 2015).

De acordo com a portaria 336/GM, o CAPS AD Antônio Orlando é classificado na modalidade de CAPS II, o que o caracteriza como um serviço que funciona de segunda à sexta, das 08:00h às 18:00h e é voltado ao atendimento de indivíduos – com idade igual ou maior que 18 anos - com transtornos resultantes do uso abusivo e/ou dependente de drogas (BRASIL, 2002a). Seguindo o critério de multidisciplinaridade, o CAPS AD Antônio Orlando conta com uma equipe composta por 03 psicólogos(as), 02 terapeutas ocupacionais, 01 assistente social, 02 enfermeiras, 04 técnicos(as) de enfermagem, 03 redutores(toras) de danos, 01 médica psiquiatra, 01 médica clínica, 01 monitor, 01 farmacêutica, 01 auxiliar de farmácia, 05 vigias, 03 zeladoras, 01 auxiliar administrativa e 01 gestora.

São realizadas pela equipe as seguintes atividades: acolhimento, reacolhimento, atendimentos em grupo, atendimentos individuais, visitas domiciliares, atendimentos à família e atendimentos de desintoxicação. No âmbito do território são executadas discussões de caso com equipes de outros serviços de saúde mental, saúde e assistência social como por exemplo os Centros de Saúde (CS) e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS), e também atividades de matriciamento. A respeito do matriciamento no Brasil relata Fortes *et al.* (2014, p. 3):

¹² O CAPS está localizado na Avenida Armando Mário Tozzi, 470, Bairro Jardim Lisa (CANDIDO, 2015).

No Brasil, o modelo de cuidados colaborativos é o do Apoio Matricial desenvolvido por Gastão Wagner Campos e colaboradores em Campinas no final do século XX (CAMPOS, 1999), com diversas experiências no país ocorrendo geralmente, mas não exclusivamente, a partir dos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (LANCETTI, 2000). Ele se propõe a ser uma nova forma de relação entre a atenção primária e a atenção especializada, através de uma matriz de interação de diferentes saberes. Em 2008, a publicação da Portaria nº 154, que regula a criação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF) com a recomendação de haver pelo menos um profissional de SM, normatizou a prática de matriciamento, definindo-a como modelo de cuidados colaborativos no SUS brasileiro.

Por ser um serviço de porta de entrada na saúde mental, o CAPS AD Antônio Orlando faz acolhimentos a novos pacientes diariamente, sem necessitar de agendamento prévio. O acompanhamento neste CAPS se dá por demanda espontânea e não tem como fim único a abstinência, possuindo como uma de suas diretrizes o “desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos” (BRASIL, 2011). É traçado juntamente com cada usuário um Projeto Terapêutico Singular (PTS), que visa delinear as atividades que esse indivíduo desenvolverá no CAPS, levando em conta suas afinidades com as diferentes atividades, disponibilidade de horário e interesse em participar. Há também a introdução de medicamentos para aqueles usuários, que segundo avaliação médica, necessitam deste recurso, não limitando o tratamento a tal feito.

A escolha do CAPS AD Antônio Orlando como campo de estudo se deu por dois motivos que se alimentam. O primeiro, devido ao fato de eu ter desenvolvido neste serviço a função de assistente social por um período de 10 meses, o que proporcionou uma bagagem de conhecimentos a respeito do serviço como o seu funcionamento, equipe de referência e usuários. O segundo motivo, surge do campo da admiração. Composto por uma equipe nova e com estímulo para executar um trabalho sério, o CAPS AD Antônio Orlando se tornou para mim uma referência de trabalho multidisciplinar em saúde mental. Pois mesmo abrangendo uma extensa região, com suas singularidades que demandam políticas públicas para além da saúde mental, a equipe do CAPS cria diversas estratégias para desenvolver suas atividades, buscando acolher a todos que dele necessitam. Igualmente, o vínculo criado com os usuários na época em que desenvolvi atividades como assistente social, influenciaram na escolha desse local para a pesquisa.

2.2 O caminho traçado: uma pesquisa qualitativa

O presente trabalho foi tecido com o auxílio de textos, artigos e trabalhos científicos que abordam a temática que está sendo estudada. A leitura de escritos de estudiosos que versam a respeito do uso e abuso de drogas foi substancial para a problematização do tema em voga. No entanto, visando não limitar o presente estudo a uma abordagem meramente disciplinar, ampliei a discussão a autores que não necessariamente tratam do tema, mas que, com seus conceitos, contribuíram para o enriquecimento do debate.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos por essa pesquisa, precisei ir além do que é falado sobre o assunto no universo teórico, o que me fez organizar num roteiro as ideias que possuía a priori sobre o assunto e partir para o campo. A escolha do local para realizar a pesquisa de campo foi de fato a parte mais fácil, pois devido às razões que já foram ditas no tópico precedente, elegi meu antigo local de trabalho como o espaço a ser estudado: o CAPS AD Antônio Orlando.

No CAPS AD Antônio Orlando desenvolvi a árdua tarefa de ser pesquisadora depois de ter realizado nesse mesmo espaço e, com boa parte dos meus entrevistados, a função de assistente social. Tendo em vista meus objetivos de pesquisa, os quais foram fruto de inquietações profissionais, adotei a abordagem qualitativa que me permitiu uma relação entre o mundo real, o sujeito e sua subjetividade que não podem ser traduzidas em números. Investigar, compreender e debater a respeito de aspectos subjetivos que não podem ser expressados de maneira estatística é algo comum nas ciências humanas e que vem ganhando cada vez mais espaço no campo da saúde.

É importante reforçar que o método qualitativo não se resume a não adesão de números, porcentagens, cálculos, etc (TURATO, 2005), mas que, para além disso, procura identificar significados, opiniões e representações descritas a partir de diálogos. Nesse sentido, o método qualitativo me pareceu ser ideal para esse tipo de estudo, o qual visa entender o significado de um serviço para seus usuários e sua relação com este. A respeito desse tipo de metodologia, Turato (p. 509) discorre:

No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Torna-se indispensável assim saber o que os fenômenos da doença e da vida em geral representam para elas. O *significado* tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizarão de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde.

Tendo em vista o objetivo principal dessa pesquisa que busca identificar as significações de um CAPS AD para usuários em acompanhamento, não há dúvidas sobre a pertinência do método de pesquisa escolhido, sua importância e validade para esse estudo. Defendo a concepção de que a elaboração de conhecimento em pesquisas de natureza qualitativa resulta da relação entre o pesquisador e o que está sendo investigado (SURJUS, 2007). Nessa lógica, não cabe apenas ao investigador trazer definições à pesquisa, mas também aos indivíduos que estão sendo observados, grupos sociais e a sociedade (MINAYO, 2014). Levando em conta a importância do papel do meu objeto de estudo para essa pesquisa, sua relação com o que se busca interrogar e o meu envolvimento como pesquisadora, optei pela entrevista individual semiestruturada como instrumento de coleta dos dados.

A escolha desse instrumento de coleta de dados se justifica devido à complexidade e especificidade do campo e dos entrevistados. Desta forma tive a preocupação em não limitar as questões a serem abordadas, levando em conta informações que não estavam previstas, mas sem perder o foco da pesquisa. Sobre a definição de entrevista individual concordo com Bogdan e Biklen (2010, p. 134) quando estes dizem ser ela o melhor método “[...] para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, permitindo ao investigador desenvolver intuitivamente uma ideia sobre a maneira como os sujeitos interpretam aspectos do mundo”. Pactuo também como a definição de Minayo (2014), quando esta afirma ser a entrevista uma conversa realizada com duas ou mais pessoas a partir da atitude do pesquisador, a qual visa elaborar relatos cruciais a respeito daquilo que se investiga.

A seleção da entrevista semiestruturada como modalidade investigativa foi fruto do anseio de agregar o máximo de informações, inclusive informações antes não esperadas nos relatos dos entrevistados. Como refere Minayo (2014), esse tipo de abordagem exige a elaboração de um roteiro para servir de norte no momento da entrevista. Todavia, na medida em que novos dados ou questionamento venham surgindo, o pesquisador tem a liberdade de acrescentá-los em outras entrevistas. Desta forma, para auxiliar no desenvolvimento das entrevistas, elaborei um roteiro com os assuntos a serem levantados, o qual foi guiado por uma pergunta disparadora hábil em gerar várias outras questões relevantes, e na medida em que foram surgindo indagações antes inexistentes no roteiro, estas foram sendo incluídas e inquiridas durante as novas entrevistas.

No começo de cada entrevista, solicitei que o usuário entrevistado dissertasse sobre a sua história de vida, sempre relacionando com o uso de drogas até o momento atual e sua relação com o CAPS. Com tal dinâmica onze entrevistas foram executadas, cada uma com

cerca de 20 a 49 minutos, as quais só puderam ser realizadas mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (vide, ANEXO I). Todas as entrevistas foram gravadas com autorização dos participantes, resultando num total de 5 horas, 36 minutos e 46 segundos de áudio gravado que posteriormente foram transcritos para a realização das análises.

Focando na viabilidade da execução da pesquisa no que tange o acesso aos usuários, a amostra se deu de forma intencional e por conveniência, uma vez que ao mesmo tempo em que houve critérios para a seleção dos entrevistados, o exame qualitativo foi proposto apenas para aqueles que estavam presentes no serviço no dia em que as entrevistas foram realizadas. Por ser uma pesquisa qualitativa a amostra foi selecionada tendo em vista sua diversidade e abrangência para o procedimento de assimilação (MINAYO, 2014). Desta forma, como critério de inclusão, optei em entrevistar apenas os usuários que já tinham pelo menos 1 mês de acompanhamento no CAPS, homens e mulheres, e sem especificação da droga de consumo. Com vistas a não prejudicar o processo terapêutico, só foram convidados para as entrevistas aqueles indivíduos que no momento não estavam comprometidos com nenhuma atividade específica do tratamento, como grupos terapêuticos ou atendimento individual.

A quantidade de usuários entrevistados foi determinada pelo critério de saturação, que, segundo Minayo (2014, p. 197-198) representa “o conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo”. Uma vez tendo abordado os indivíduos seguindo o critério de intencionalidade, transferi toda a atenção ao conteúdo das entrevistas visando avaliar as diferenciações e homogeneidades nos relatos apresentados.

Na medida em que as entrevistas foram realizadas, os passos dados em seguida foram as transcrições e por fim as análises. Nesse caminhar, fui identificando colocações bastante variadas, mas que com o decorrer do processo de investigação, foram se aproximando e desvelando similaridade entre os entrevistados. Ao verificar que os objetivos estavam contemplados nos relatos desses indivíduos, com distinções e familiaridades, finalizei o processo de coleta de dados com 11 usuários, os quais, embora não sejam significativamente relevantes no campo estatístico, representam um universo para essa pesquisa e seus objetivos.

Os dados provenientes das entrevistas foram examinados a partir do método de análise de conteúdo. Segundo Bardin (2010, p. 40) esse procedimento diz respeito a “[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e

objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”. Durante o processo de avaliação das entrevistas o caminho foi percorrido da seguinte maneira, de acordo com Bardin (2010, p. 41): descrição analítica – “enumeração das características do texto, resumida após tratamento”; inferência – dedução lógica – e interpretação – “significação concedida a estas características”.

Na análise de conteúdo, foram identificadas as categorias mais presentes nos discursos dos entrevistados, assim como ideias semelhantes, expressões e palavras recorrentes. Tendo em vista a importância das singularidades das falas e histórias contadas, foi feita uma “decifração estrutural” de cada entrevista (BARDIN, 2010). A decifração foi realizada com auxílio da análise de enunciação, análise essa que, segundo Minayo (2014, p. 312):

Considera que na produção da palavra elabora-se, ao mesmo tempo, um sentido e operam-se transformações. O discurso não seria um produto acabado, mas um momento de criação de significados com tudo o que isso comporta de contradições, incoerências e imperfeições. Esse tipo de estudo parte da ideia de que, nas entrevistas, a produção da fala é, ao mesmo tempo, espontânea e constrangida pela situação.

Na análise de enunciação foi levado em conta não só o discurso dos usuários, mas também suas expressões, momentos de silêncio, risos e omissões. Visando o registro das situações que não poderiam ser captadas pelo gravador, tive sempre em mãos um caderno de anotações, o qual auxiliou tanto no processo de transcrição das entrevistas como de análise das informações coletadas.

Para além dos instrumentos materiais que utilizei no processo de execução e análise das entrevistas, lancei mão da minha experiência prática no serviço e todo o conhecimento que acumulei a respeito do processo terapêutico que é desenvolvido no CAPS. Como lembra Minayo (2014, p. 262), a entrevista, por ser uma “forma privilegiada de interação social, está sujeita à mesma dinâmica das relações existentes na própria sociedade”, ou seja, se relaciona com todo o contexto em que o usuário se encontra, assim como com a dinâmica do CAPS e suas repercussões. Essa conjuntura fez surgir como indispensável a observação e problematização no campo, seu funcionamento e a relação entre serviço e usuários e vice-versa.

Minha experiência prática no CAPS AD Antônio Orlando proporcionou também escolhas sensatas, como por exemplo o método de coleta de dados. Visto que entrevistas sobre a história de vida, uso de drogas, entre outras questões, já faz parte do cotidiano dos

pacientes dentro do CAPS, minha pesquisa foi abastecida por uma quantidade expressiva de informações durante a atividade.

No que tange as questões éticas da pesquisa, participaram das entrevistas somente os pacientes interessados em dar sua contribuição, tendo a liberdade de desistir da sua participação a qualquer momento. A identidade dos entrevistados está sendo mantida em anonimato, levando em conta a Resolução 466/12, a qual regulamenta as pesquisas em seres humanos no Brasil e atualiza a Resolução 196/96. Para a legal execução desta pesquisa de campo, o projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa encaminhado pela Plataforma Brasil¹³ (vide, ANEXO II) e pela Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa do SSCF (vide, ANEXO III).

2.3 Desapegar é sempre um desafio: implicações com o campo e dificuldades com a pesquisa

“Ontem, no entanto, perdi durante horas e horas a minha montagem humana. Se tiver coragem, eu me deixarei continuar perdida. Mas tenho medo do que é novo e tenho medo de viver o que não entendo. Quero sempre ter a garantia de pelo menos estar pensando que entendo, não sei me entregar à desorientação”
Clarice Lispector

A presente pesquisa passou por mudanças metodológicas diversas. A primeira proposta de estudo submetida ao programa de mestrado propunha um caminho diferente do que foi traçado, no qual os métodos quantitativos e qualitativos se misturavam. Antes deste estudo se consumir com os objetivos e métodos atuais, destinava-se a entender o que levava os usuários do CAPS AD Antônio Orlando a consumir drogas, abordando desde o primeiro uso até o momento atual de consumo problemático. Não limitando a pesquisa a esse objetivo, estava proposto também a realização de um levantamento quantitativo do perfil socioeconômico de todos os usuários inseridos¹⁴ no tratamento, porém essa primeira pesquisa não foi possível de ser realizada por duas questões chaves.

Primeiramente, através das idas ao serviço para coletar os dados quantitativos em prontuário, foram verificados empecilhos que, além de impossibilitar o acesso às informações, gerou bastante frustração. Sem ir a fundo nas razões para tal fato, uma vez que este não é o propósito desta pesquisa, os prontuários careciam de informações que eram fundamentais para

¹³ Número do CAAE: 41350815.0.0000.5404

¹⁴ A inclusão dos usuários que buscam tratamento no CAPS AD Antônio Orlando se dá a partir do primeiro acolhimento deste no serviço, em que passam a ser classificados como “ativos” no tratamento. Posteriormente, após maior adesão no processo terapêutico, esses ocupam a modalidade de “inseridos”, no qual são submetidos a uma entrevista inicial visando a acumulação de maiores informações a respeito da sua história de vida.

o estudo ou tais informações só eram encontradas no decorrer dos prontuários, e não na ficha de entrevista inicial, como eu havia previsto. Num segundo momento, ao olhar para o objetivo central que visava entender as motivações para o uso de drogas, percebi a dificuldade para coletar esse tipo de informação, mesmo num exercício qualitativo, e talvez a irrelevância dessa exploração diante de tantas outras problemáticas que poderiam ser identificadas¹⁵.

Foi então durante o processo de coleta de dados no CAPS, ao conversar com uma profissional do serviço, que reviveu a ideia de verificar o que o usuário considera que tem/teve de mudança em sua vida com o tratamento no CAPS AD. Fiz uso da palavra “reviveu”, pois esse questionamento tem suas origens, na verdade, em inquietações antigas que se fizeram bastante presentes no tempo em trabalhei neste CAPS. Desta forma a pesquisa de campo precisou ser submetida a alterações, resultando na prorrogação do seu começo.

Foi de fato dado início às visitas ao campo de pesquisa no dia 17 de março de 2015, mas as entrevistas só puderam ser iniciadas no dia seguinte devido a uma intercorrência que sucedeu nesse mesmo dia no serviço. As particularidades do campo de pesquisa influenciaram bastante na dinâmica das entrevistas e na quantidade de entrevistados por dia. O ritmo acelerado das demandas que iam surgindo no decorrer do dia e as intercorrências que ocasionalmente afloravam no CAPS AD Antônio Orlando, fez com que o acesso aos entrevistados nem sempre fosse de imediato. Muitas vezes foi necessário ter paciência para esperar enquanto os funcionários estavam todos ocupados ou não havia salas disponíveis para realizar as entrevistas. De fato não identifiquei empecilhos por parte da equipe em auxiliar no acesso aos entrevistados, apenas dificuldades por conta da própria dinâmica de um serviço que lida com o sofrimento de outras pessoas.

Boa parte do acesso aos entrevistados se deu via equipe de plantão¹⁶, que se disponibilizou convidando os usuários para serem entrevistados. Porém, em alguns casos, foi necessário que eu tomasse a iniciativa de ir falar com os usuários, geralmente quando toda a equipe estava ocupada e eu não poderia mais esperar, sendo tal atitude realizada mediante autorização da equipe. Dentre os entrevistados, boa parte foi sugestão dos próprios funcionários do CAPS, mas sem deixar de levar em conta os critérios de inclusão propostos na metodologia. Fiz questão dessa recomendação por receio de entrevistar pacientes que não

¹⁵ A leitura do texto “Uso de drogas: a alteração como evento” de 2006 do antropólogo Eduardo Viana Vargas também foi crucial para essa tomada de decisão.

¹⁶ Geralmente composta por 2 ou 3 profissionais do serviço, os quais ficam responsáveis durante um turno (manhã ou tarde) em receber e realizar os novos acolhimentos, reacolhimentos, atendimentos familiares, avaliação e liberação do leito-noite, entre outras demandas e intercorrências que possam ocorrer no serviço.

tivessem indicação de entrar numa discussão, que, por remeter ao passado e à história de vida, poderia causar constrangimento naquele momento e interferir no tratamento.

Por ser uma temática que, muitas vezes, remete a perdas e sentimentos de frustração, angústia e sofrimento, precisei ter muito cuidado ao selecionar os usuários, cuidado este que persistiu durante as entrevistas. Todo esse enredo revelou a complexidade do tema e do procedimento de extração de informações, evidenciando o valor do Comitê de Ética para pesquisas com seres humanos.

No total de 15 usuários do CAPS que foram abordados para participar das entrevistas, um desistiu durante a leitura do TCLE, três optaram em levar o TCLE para ler com os familiares em casa e dar um retorno na semana seguinte, mas tal retorno nunca ocorreu, e 11 concordaram com os termos e participaram da entrevista.

O fator que mais auxiliou no acesso aos usuários e ao CAPS, foi, ao mesmo tempo, algo que exigiu de mim um grande esforço. Ter trabalhado no CAPS AD Antônio Orlando proporcionou o conhecimento da história de vida e de uso de drogas de alguns usuários do serviço, fez surgir vínculos com esses indivíduos, mas também criou mecanismos de defesa em relação a suas falas, no sentido de filtrar e sempre questionar a respeito das colocações. Dos onze entrevistados, apenas três nunca haviam conversado comigo no período em que trabalhei no serviço.

A proximidade com a história de vida desses indivíduos tanto ajudou no processo de compreensão de suas trajetórias, quanto contaminou as perguntas feitas durante as entrevistas. O fato de eu ter conhecimento sobre pontos cruciais da vida desses indivíduos fez com que eu esquecesse de perguntar, no decorrer das conversas, coisas essenciais, uma vez que, de alguma forma, guardava memória de que tais respostas já estavam dadas. Na hora de transcrever e analisar as entrevistas, tal situação não se fez diferente, requerendo um empenho vigoroso e um estranhamento do campo.

Esse quadro mostra como as pesquisas sociais, nesse caso a pesquisa social em saúde, apresentam peculiaridades essenciais que as caracterizam, a exemplo dos sujeitos abordados e as motivações que levam o pesquisador a escolher o tema de estudo. Nesse caso de pesquisa, o seu desenvolvimento tem relação clara e direta com meu envolvimento com a temática, os indivíduos pesquisados e o campo de estudo. A respeito das pesquisas sociais retrata Minayo (2014, p. 41):

A pesquisa nessa área lida com seres humanos que, por razões culturais, de classe, de idade, de religião ou por qualquer outro motivo, tem um substrato comum de identidade com o investigador, tornando-os solidariamente imbricados e

comprometidos como lembra Lévi-Strauss: ‘Numa ciência onde o observador é parte da mesma natureza que o objeto, o observador, ele mesmo, é parte da sua observação’

O processo de escolha de um tema de pesquisa envolve diretamente o cientista, o qual, num primeiro momento se faz interessado por determinado tema a partir de compreensões a priori sobre o assunto, como o conhecimento do cotidiano, da prática profissional, e também, do senso comum, fazendo-o ter interesse de investigar profundamente sobre a problemática. Embora o pesquisador tente, ao máximo, ser imparcial durante a pesquisa, essa qualidade não será alcançada, tanto devido a relação que se desenvolve entre o investigador e seu objeto de estudo, quanto à vinculação com a temática. Feyerabend, (2007, p. 20) traz hesitações a respeito da neutralidade da história da ciência quando afirma que,

[...] a história da ciência não consiste apenas de fatos e de conclusões retiradas dos fatos. Contém, a par disso, ideias, interpretações de fatos, problemas criados por interpretações conflitantes, erros, e assim por diante. Análise mais profunda mostra que a ciência não conhece ‘fatos nus’, pois os fatos de que tomamos conhecimento já são vistos sob certo ângulo, sendo, em consequência, essencialmente ideativos.

O que intento problematizar é que minha implicação com esse estudo foi inevitável, o que não necessariamente precisa ser visto como algo desfavorável para a pesquisa, mas sim como humanamente inexorável. Todavia, é preciso ter em mente que essa implicação e parcialidade precisa ter ponderações, para então ser possível desenvolver um reconhecimento sobre tais questões, auto vigia e uma perspectiva crítica sobre as próprias análises e mecanismos de coleta de dados.

A forte relação de vínculo com o CAPS AD Antônio Orlando e o envolvimento com a forma de trabalho, os funcionários e os usuários, em alguns momentos dificultou a análise das entrevistas. O fato de conhecer os pacientes e as formas de abordagem do serviço, muitas vezes fez com que eu quisesse intervir na situação e atuar como se ainda estivesse trabalhando nesse local. Desapegar da função de assistente social tanto durante as entrevistas, quanto durante as transcrições e análises, foi um grande desafio, mas também uma aprendizagem.

Limitar minhas ações ao campo da pesquisa sem intervenção e tentar desenvolver uma escuta sem concepções pré-estabelecidas foram difíceis obstáculos a serem enfrentados. Além disso, há também a forte empatia que tenho pelas perdas, dificuldades e sofrimentos que esses usuários relatam, gerando também angústias em mim e, muitas vezes, forte sentimento de incapacidade. Tais circunstâncias, embora desafiadoras, desnudou uma reflexão que se faz

fundamental em pesquisas no campo social, que é a relação entre o pesquisador e o objeto de estudo e a impossibilidade de total imparcialidade no procedimento investigativo.

Contudo, por outra via, todo esse processo de desconstrução necessária para análise dos dados, foi um rico mecanismo de problematização. O esforço de tentar ver o usuário com os olhos de alguém fora do serviço, possibilitou a inclusão de formas diferenciadas de enxergar a vida e as escolhas desses indivíduos. Dar voz a esses usuários fora do contexto de tratamento fez com que eles refletissem sobre sua relação com o CAPS e repercussões na vida cotidiana. Executar, transcrever e analisar as entrevistas necessitou de mim um exercício de desapego e desnudamento do meu modo de vida. Ouvir os usuários e tentar extrair os conteúdos imbricados em suas falas me fez compreender que “mudança” é algo polissêmico, polissemia essa que varia de pessoa para pessoa e tem resultados diferentes nos diferentes modos de vida.

Tudo isso se mostrou quando me dei conta que tinha como hipótese para o objetivo principal que o tratamento no CAPS era capaz de proporcionar na vida dos usuários a reestruturação de vínculos familiares, a retomada ao mundo do trabalho, sua autonomia, reinserção social, resgate da cidadania, abstinência e principalmente a redução de danos. E ao conversar com os usuários percebi que todos esses pontos carregam inúmeros valores e se baseiam em estruturas que não se aplicam para todo mundo. Isso me fez pensar: o que é família? O que é reinserção social? O que é cidadania? Será que o significado dessas palavras para mim é o mesmo que os usuários têm delas? Será que restaurar um vínculo familiar é sempre algo bom? Qual a visão de família desses indivíduos? A partir dessas questões percebi a singularidade de cada forma de enxergar o mundo e lidar com ele.

Para formular um PTS as singularidades dos sujeitos precisam ser levadas em conta, porém, durante o tempo que estive trabalhando no CAPS, nunca tinha compreendido as singularidades de forma tão ampliada como agora. Para analisar as entrevistas e buscar responder meu objetivo principal foi preciso alargar meu olhar, tentar me despir de concepções pré-definidas e ler nas entrelinhas.

A leitura de Minayo (2014) foi fundamental para fortalecer esse debate e auxiliar no decurso da aceitação de que a visão de mundo tem papel valoroso em estudos qualitativos e com seres humanos, sendo conseqüentemente, crucial para a solidificação do intuito do estudo. Segundo a autora:

Na investigação social, porém, a relação entre o sujeito investigador e o sujeito investigado é crucial. A visão de mundo de ambos está implicada em todo o processo de conhecimento, desde a concepção do objeto até o resultado do trabalho.

O reconhecimento dessa contingência é uma condição *sine qua non* da pesquisa que, uma vez compreendida, pode ter como fruto investimentos radicais no processo de objetivação (Demo, 1981) do conhecimento. Isto é, cabe ao pesquisador usar um acurado instrumental teórico e metodológico que municie na aproximação e na construção da realidade, ao mesmo tempo que mantém a crítica não só sobre as condições de compreensão do objeto como de seus próprios procedimentos. (p. 42)

Um dos contratempos que achei que estava dificultando o alcance aos objetivos da pesquisa foi a dificuldade que os pacientes tinham para descrever em exemplos o que eles consideravam que mudou em suas vidas após o tratamento. Por muito tempo, isso me fez crer que não estava conseguindo fazê-los falar com as perguntas que lançava, até que me dei conta que o erro não estava nas perguntas e nem mesmo nas respostas, mas na forma que eu estava avaliando todo o conteúdo, o que pretendia fazer com o mesmo e minha postura como pesquisadora.

O exercício de aceitar o inevitável envolvimento com o campo, mas, ao mesmo tempo, procurar estranhá-lo e lançar um olhar diferente foi elementar no processo de problematização. Diante disso percebi um desejo particular de querer que os usuários em acompanhamento no CAPS tenham mudanças claras, objetivas e concretas em suas vidas a partir do tratamento e que, impreterivelmente, correspondessem aos meus anseios como profissional e pesquisadora.

A construção desse objetivo de pesquisa tem completa ligação com angústias profissionais e procura por resultados e respostas. Mas, na medida em que as entrevistas foram sendo realizadas e analisadas, ficou claro que nem todos os indivíduos abordados necessariamente, ou pelo menos de uma forma que eu pudesse captar, reconhecem mudanças em suas vidas recorrentes do processo terapêutico. Em vez de falar a respeito das consequências do tratamento no CAPS em suas vidas, a maioria dos relatos contavam sobre a relação que tinham com o serviço, seus sentimentos em relação ao processo de cuidado, como fazem uso desse local e quais significados ele apresenta em suas vidas. Diante dessa descoberta e aceitação de que diferentes conceitos possuem diferentes significados, precisei estranhar mais uma vez o campo e minha própria pesquisa e lançar mão de novos objetivos.

Isto posto, a pesquisa precisou passar por uma última e significativa modificação, a qual resultou na supressão do antigo objetivo principal e trouxe para o debate uma questão nova para a pesquisa, mas bastante presente no discurso dos usuários. Desta maneira, o que é proposto por essa pesquisa é identificar a significação do CAPS AD para esses usuários entrevistados, compreendendo-os em sua totalidade e levando em conta seus objetivos com o tratamento. Busco, assim, interpretar o sentido do CAPS para essas pessoas, o que esse

serviço representa para elas, sem delimitações de significados, levando em conta todo e qualquer interpretação lançada.

Por fim, perceber que esses usuários tem uma concepção de vida completamente diferente da que eu tenho, vida essa que não é inferior e nem superior, mas sim singular, foi o cume desta pesquisa e deu espaço para novas reflexões e questionamentos.

CAPÍTULO III – ANÁLISE E DISCUSSÃO

3.1 O conteúdo

Todas as entrevistas foram iniciadas com uma pergunta disparadora que convidou os entrevistados a dissertarem livremente sobre suas trajetórias de vida em relação ao uso, sua chegada no CAPS e o que isso trouxe de consequências para a sua vida. A essa pergunta cada usuário respondeu de uma forma diferente. Alguns já na primeira resposta conseguiram resumir toda sua história e trazer para debate questões pertinentes como as drogas de uso, frequência, objetivo com o tratamento, repercussões do tratamento em sua vida, entre outras. Já outros, não conseguiram transformar facilmente em palavras o trajeto que percorreram até chegar ao CAPS e o que essa decisão trouxe de novo para sua vida. Guiadas por um roteiro memorizado, as entrevistas resultaram em informações inesperadas que precisaram ser esmiuçadas para potencializar sua compreensão.

Dentre tantas informações que puderam ser constatadas, foi possível identificar na fala dos entrevistados 59 categorias, das quais 43 se repetiram pelo menos uma vez entre eles. Dentre as categorias mais presentes nos discursos estão: a história de uso da droga, a relação familiar, relatos de infância, visão do CAPS, consequências do tratamento e rotina de uso. Não cabendo a essa dissertação abordar todas as 59 categorias, darei especial destaque ao que foi proposto nos objetivos dessa pesquisa. Desta forma trarei nesse capítulo o detalhamento e análise das categorias presentes nas seguintes questões: tipos de demanda, drogas de uso e tempo de consumo, diferentes usos do CAPS, objetivos com o tratamento e, finalmente, as significações desse serviço para eles.

O caminho percorrido para encontrar as categorias constatadas e atender aos objetivos foi de fato longo e minucioso. Foi preciso destinar um bom tempo da pesquisa para tal processo, que se deu por meio de leituras e releituras detalhadas a respeito de cada colocação dos entrevistados, nas quais pude verificar pontos em comum, mas também singularidades. Caberá a este capítulo mostrar em resultados as interpretações presentes nas falas dos entrevistados e fazer uma discussão de acordo com minha análise e a literatura a respeito do tema.

3.1.2 Mas afinal, quem são essas pessoas?

A amostra entrevistada é de maioria masculina, com faixa etária entre 20 e 60 anos, solteiro(a)/separado(a)/viúvo(a) e residindo com familiares. O nível de escolaridade varia entre Ensino Fundamental incompleto e Ensino Médio completo. Em relação à condição laboral, a maior parte encontra-se desempregada, ou seja, sem renda alguma e dois deles têm como parte do tratamento a participação no Núcleo de Oficinas de Trabalho (NOT)¹⁷ do SSCF, atividade esta remunerada. A abstinência está mais presente na situação de uso da droga, a qual varia de 2 dias a 4 meses sem o consumo da substância, sendo a droga de maior uso o álcool, seguido do crack e da cocaína.

A maior parte dos usuários já foi internada pelo menos uma vez para tratamento do uso de drogas, seja através do CAPS ou tratamentos anteriores, assim como já foi encaminhada para o leito-noite¹⁸. Boa parte deles têm acesso ao transporte gratuito para ir ao CAPS, e os que não usufruem de tal direito relatam, ser decorrente da perda da documentação ou por ainda possuir registro na carteira de trabalho. Em relação a frequência ao tratamento, apenas 2 usuários não compareceram ao CAPS no último mês em que fui a campo, o que ocorreu em outubro de 2015. As informações supramencionadas encontram-se compiladas na Tabela – Perfil dos usuários entrevistados do CAPS AD Antônio Orlando, Campinas - SP, Brasil, 2015.

Embora a amostra a ser detalhada seja pequena em relação à quantidade de usuários que frequentam o CAPS AD Antônio Orlando diariamente, diante de suas peculiaridades e contornos, representa parte do público que se utiliza desse serviço. De acordo com pesquisas nacionais, é possível verificar que o perfil predominante de usuários que procuram tratamento em CAPS AD é formado por homens separados, solteiros ou viúvos, sem atividade laborativa e que têm como droga de abuso e/ou dependência o álcool (PASSOS e CAMACHO, 1998; FARIA e SCHNEIDER, 2009; PEIXOTO *et al.*, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2013; GEAD, 2015). De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, a droga determinada com maior número de dependentes também foi o

¹⁷ Criado em 1991, o NOT é destinado a usuários da saúde mental em tratamento tanto, na rede pública quanto privada. Esses usuários precisam passar por uma triagem para ingressarem no NOT, que visa proporcionar renda aos mesmos, assim como expansão da rede social e produção de autonomia. Todos os usuários participantes contam com um valor mensal que é repassado da elaboração e venda dos produtos (CÂNDIDO FERREIRA, 2015b).

¹⁸ Localizado no Núcleo de Atenção à Dependência Química (NADeQ) no SSCF, o leito-noite é um espaço de retaguarda utilizado pelos usuários em situação de risco que necessitam de um ambiente protegido para passar a noite e retomar no dia seguinte para o CAPS.

álcool, tendo o público masculino como usuários predominantes em todas as regiões do país (CEBRID, 2005).

Tabela – Perfil dos usuários entrevistados do CAPS AD Antônio Orlando, Campinas - SP, Brasil, 2015.

	Usuário(a)	Tempo de uso	Situação do uso	Demanda	Conjugal	Co-habitação	Escolaridade	Laboral
ÁLCOOL	Homem, 39 anos	24 anos	Em uso	Família	Solteiro	Situação de rua	EF* incompleto	Emprego informal
	Homem, 44 anos	30 anos	Abstinente há 10 dias	Serviço de Saúde	Separado	Sozinho	EM** completo	Afastado pelo INSS
	Homem, 46 anos	28 anos	Em uso	INSS	Solteiro	Com familiares	EM** completo	Afastado pelo INSS
	Homem, 50 anos	27 anos	Em uso	Serviço de Saúde	Separado	Com familiares	EF* incompleto	NOT
	Homem, 53 anos	40 anos	Abstinente há 3 dias	Serviço de Saúde	Viúvo	Com familiares	EF* completo	Sem trabalho
	Homem, 60 anos	52 anos	Em uso	Assistência Social	Separado	Situação de rua	EF* incompleto	Sem trabalho
CRACK	Mulher, 20 anos	6 anos	Abstinente há 3 dias	Família	Casada	Com familiares	EF* completo	Sem trabalho
	Mulher, 27 anos	8 anos	Abstinente	Defensoria Pública	Separada	Situação de rua	EM** completo	Sem trabalho
	Mulher, 37 anos	10 anos	Abstinente há 2 dias	Assistência Social	Solteira	Situação de rua	EF* incompleto	Sem trabalho
	Homem, 57 anos	37 anos	Abstinente há 4 meses	Espontânea	Casado	Com familiares	EF* completo	NOT
COCAÍNA	Homem, 41 anos	8 anos	Em uso	Serviço de Saúde	Separado	Com familiares	EM** completo	Emprego formal

*Ensino Fundamental

**Ensino Médio

Fonte: LACERDA, 2016

Outro aspecto da amostra que merece ser explorada diz respeito às mulheres entrevistadas para esse estudo. Com faixa etária entre 20 e 37 anos, todas fazem uso problemático de crack e já tiveram algum envolvimento com o tráfico de drogas na vida. A maioria tem filhos(as) e uma delas relatou já ter se prostituído para conseguir a droga e devido a essa prática foi infectada com HIV, cenário que pode ser verificado também em outros estudos (BASSOLS, 2003 *apud* LINS, 2011; CEBRID, 2004). Sobre a relação entre uso do crack e prostituição segue o relato:

“Eu peguei o HIV ‘se prostituindo’ pra poder fumar pedra [...]” (Mulher, 37 anos);

Descrições sobre ocorrências de violência doméstica, tanto na infância, quanto na vida adulta se fizeram presentes nas falas dessas usuárias. Também foi possível identificar

relações abusivas com parceiros, que, mesmo depois da separação, interviam de forma violenta em suas vidas. Em estudos sobre a violência contra a mulher, constatou-se que a maioria das agressões são realizadas por familiares, principalmente pelo parceiro íntimo ou ex-parceiro (SCHRAIBER *et al.*, 2009; RYBKA, 2015). Os relatos seguintes atestam tais situações:

“Mas minha infância foi muito perturbada. Foi vendo minha mãe apanhar do marido, sabe? Eu apanhava junto do meu padrasto. Foi uma infância muito perturbada [...]” (Mulher, 37 anos);

“Ele [ex companheiro] mandou a mãe dele tomar de mim [os filhos], ele tinha muito ciúme das crianças, falando que não queria que as crianças chamassem outro homem de pai e tal. Pra evitar confusão com ele, porque ele é perigoso, eu abandonei as crianças com a mãe, com a vó [...]” (Mulher, 37 anos);

“Aí depois que eu separei dele mesmo de bens, que eu me afundei de vez. Fiquei um bom tempo sem sair de casa porque ele me ameaçava, tudo. Aí eu voltei a trabalhar, comecei a trabalhar numa casa de repouso, ele descobriu onde era, ele me perseguia, ele ia armado, aí um dia eu saí pra trabalhar e não voltei mais. Fiquei 4 anos sem dá notícia pra minha mãe [...]” (Mulher, 27 anos).

Todas essas mulheres já estiveram em situação de rua devido ao uso contínuo da droga. Dentre elas, duas estavam dormindo na rua antes de procurar o CAPS, e atualmente estão utilizando o leito-noite como espaço de cuidado e abrigo. Segundo CEBRID (2004), o consumo de drogas tem influência significativa no afastamento do local de moradia, o qual pode ocorrer em decorrência do abandono por parte do usuário ou por expulsão familiar.

O papel de influência dos parceiros no primeiro contato com a droga é algo que também se apresentou nas falas das usuárias, das quais duas relataram ter iniciado o consumo da droga com o antigo companheiro, algo que, inclusive, pode ser identificado em outros estudos (MORAES; SILVA, 2011).

“Eu comecei a usar a farinha. Eu cheirava, cheirei dos meus 15 anos aos 18. Parei com 18 quando eu engravidei da minha primeira filha, voltei, depois que ela tinha 1 ano. Parei de novo porque eu tava grávida da outra. E eu vim descobrir mesmo o crack por causa do pai

delas, entendeu?! Eu não sabia o que que era, porque eu fui morar com ele eu tinha 16 anos e várias brigas, várias agressões dele e eu descobri que ele gastava dinheiro com prostituta e com droga e em casa só tinha sal. Aí foi aí que eu me afundei mesmo no crack”. (Mulher, 27 anos);

É apontado na literatura que aborda a dependência química entre mulheres que estas, devido a questões biológicas, desenvolvem uma relação problemática com a droga de forma mais rápida dos que os homens (MORAES; SILVA, 2011). Por outro lado, a procura por tratamento pelas mulheres é menor do que a dos homens, o que pode ser consequência de questões culturais que são atribuídas a estas pessoas e que se tornam barreiras para a busca de tratamento. Conforme é apontado por Rybka (2015, p. 20),

Nos estudos com esta temática, os sentimentos decorrentes da estigmatização, como a vergonha, a culpa e o temor do julgamento (e de suas consequências concretas, como a perda da guarda dos filhos), são apontados como os principais motivos para o início tardio e a alta taxa de abandono do tratamento entre as mulheres (BRASILIANO, 2005). Outras barreiras identificadas pelas autoras são a falta de creche, de ajuda legal e de emprego, além da oposição do companheiro.

Esse quadro mostra a necessidade de ser lançado um olhar diferenciado ao público feminino dentro do CAPS AD, olhar este que possa abranger outros aspectos da vida dessas mulheres que não só o uso, mas também o contexto em que vivem e que influenciam diretamente sua relação com a droga e o tratamento. Para além disso, no intuito de estabelecer vínculos e exercer dignamente um movimento de cuidado aos usuários de um CAPS AD, é fundamental a compreensão de suas dinâmicas sociais, histórias de vida e, de forma interligada, sua relação com as drogas de uso. Enxergar esses usuários em conjunto com seus relatos de vivência é indispensável para a elaboração de seus PTS, criação de vínculo com o serviço e consequentemente, execução de um trabalho que leve em conta o princípio de integralidade do SUS (BRASIL, 1990.).

3.2 Tipos de demanda

No tocante a demanda, trarei para o debate o que determinou a procura do CAPS AD, ou seja, a forma como o usuário chegou até o serviço, por quem foi encaminhado e se tal procura foi de forma voluntária ou não. Dentre os entrevistados foi possível verificar grande

frequência de demandas através de serviços de saúde – Centro de Saúde (CS) e Unidade de Pronto Atendimento (UPA) -, depois por encaminhamentos de serviços da assistência social, seguida pela influência familiar e por fim, de determinação espontânea, solicitação da Previdência Social e Defensoria Pública.

3.2.1 Serviços de Saúde

A predominância da saúde nos encaminhamentos para o CAPS AD demonstra um amadurecimento na articulação entre a saúde mental e os serviços do território. Tendo como maioria as recomendações dos CS de referência dos usuários, esse quadro corrobora para a reflexão sobre a importância da articulação dos serviços de saúde, seguindo a lógica de especificidade de cada serviço e sua relação com o território. Sobre tal demanda, seguem alguns relatos:

“[...] eu vim no CAPS através de uma enfermeira que trabalhava no centro de saúde, que eu cheguei lá na verdade muito mal, aí eu queria marcar psiquiatra e tal né, que eu queria parar com isso e eu não conseguia mais sozinho. E aí, através dela, ela me encaminhou pra cá [...]” (Homem, 41 anos);

“Pelo médico que me encaminhou pra cá. [...] O médico do posto de saúde. Aí ele mandou que eu viesse pra cá fazer um [...] tratar né [...]” (Homem, 50 anos);

“Aí daquilo ali, na UPA lá, me deu, como é que fala [...] um encaminhamento sobre esse tratamento. Aí eu estou aqui mesmo no CAPS através disso aí [...]” (Homem, 44 anos);

O princípio da integralidade do SUS, o qual pode ser traduzido como a soma “[...] das ações, num conjunto articulado e contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 2005a, p. 24), é vislumbrado nesse tipo de fluxo, uma vez que leva em conta o usuário em sua totalidade e proporciona a articulação entre outros serviços de base comunitária para melhor responder suas necessidades.

A respeito da procura dos CS por parte da população, Barata (2008, p. 21), ao comentar resultados de um estudo sobre o acesso e utilização de serviços de saúde na Região Metropolitana de São Paulo, relata que “enquanto em 1994 o tipo de serviço mais procurado

era o pronto-socorro, em 2006 passou a ser o Centro de Saúde, sugerindo mudança no modelo de assistência, com ampliação da oferta de atenção básica”.

No entanto, é preciso ter em mente que, a articulação entre os serviços da atenção primária e os especializados em saúde mental, nem sempre ocorre de forma sadia e proveitosa para ambos os lados. Dependendo da capacitação do serviço e a existência ou não de uma equipe especializada em saúde mental, em vez de uma conexão de rede, pode ocorrer a mera transferência de cuidados, fazendo com que o serviço que fez o encaminhamento se desresponsabilize do quadro (COSTA, 2014). Neste sentido, o investimento em apoio matricial se mostra imprescindível para que haja uma co-responsabilização entre os setores, de forma que impossibilite a delegação de cuidados sem o envolvimento das partes (FIGUEIREDO; ONOCKO-CAMPOS, 2009).

3.2.2 Serviços da Assistência Social

Menos do que os encaminhamentos pela saúde, mas com um quantitativo significativo, as demandas por meio de serviços da assistência social de média e alta complexidade também se destacaram (BRASIL, 2005b). Os indivíduos enquadrados nessa categoria chegaram até o CAPS por intermédio de serviços que buscavam responder a demandas sociais, mas que ao verificar a necessidade de atender a outras questões que não cabiam a suas funções, exerceram seu papel na intersetorialidade entre as políticas públicas (CARVALHO; ESPÍNDOLA, 2011). A respeito desse tipo de encaminhamento, relata um usuário:

“Me abordaram na rua. Na rua não. Eu morava embaixo da ponte, eles foram em baixo da ponte procurar as pessoas que moram na rua, que são moradoras de rua pra oferecer coberta e ofereceram coberta pra mim e conversaram comigo e começaram a colocar na minha mente pra eu me tratar e me trazer pra cá [...]” (Mulher, 37 anos);

Segundo Feuerwerker e Costa (2000, p. 94), intersetorialidade é a

[...] articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. É uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas que pretendem possibilitar a superação da fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais para produzir efeitos mais significativos na saúde da população.

É indiscutível a importância desse tipo de abordagem no cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas, uma vez que tal questão envolve determinantes sociais variados e diz respeito não só à droga, mas sim ao contexto social, familiar e econômico de seus usuários. O diálogo e a articulação entre as políticas públicas são peças fundamentais no processo de cuidado ao uso abusivo de drogas, uma vez que é capaz de reconhecer demandas para além do que já está dado e consequentemente potencializar a dinâmica terapêutica. Todavia, é preciso ter prudência no trâmite de referenciamento entre um serviço e outro, para que não permita a mera transferência de cuidados entre eles, mas sim uma troca, de forma que se desenvolva um trabalho em rede e com vistas à reinserção social, familiar e comunitária.

Costa (2014), ao comentar uma pesquisa realizada em 2012 pelo Tribunal de Contas da União (TCU) sobre o sistema nacional de políticas sobre drogas, alega haver uma desarticulação entre a rede de assistência social e a de atenção para usuários de álcool e outras drogas. Ele refere que há o reconhecimento da importância da articulação entre as redes com vistas à reinserção social, mas que por outro lado, isso não vem ocorrendo na prática. Os dados do estudo advertem que “para 55% dos CRAS e 45% dos CREAS respondentes à pesquisa a articulação com os CAPS AD é inexistente e/ou muito baixa” (p. 48). Esses dados confirmam a necessidade de cautela nos encaminhamentos entre os serviços e fortalecimento dos vínculos de forma que, a intersetorialidade não se perca no meio do processo.

3.2.3 Orientação Familiar

A procura do CAPS por orientação familiar apareceu mais de uma vez entre os usuários entrevistados, algo que também pode ser verificado em outros estudos (GEAD, 2015; CARVALHO, SILVA, RODRIGUES, 2010). No caso da presente pesquisa, embora tenha sido um encaminhamento com quantidade considerável, não representa a maioria da demanda.

Nesse quadro, foi detectada uma certa imposição por parte da família para a realização do tratamento. Sem que ainda tivessem crítica ao uso abusivo de drogas, alguns usuários chegaram até o serviço acompanhados de algum parente, muitas vezes em busca de um ideal de sobriedade que talvez não correspondesse a um desejo particular, como demonstra a seguinte fala:

“Eu vim com a minha mãe. Minha mãe me trouxe, ela falou com eu, que aqui eu ia participar com psicólogo, falou né. Mas eu falei pra ela que eu não queria vir porque eu não era louca, quem ficava com psicólogo era louco e eu [...] a gente tem essa coisa assim, né?! E eu não era louca pra ficar falando com “psi”. Aí eu vim pra cá e quando eu cheguei aqui, eu era meio rebelde. Eu queria quebrar tudo, eu xingava todo mundo. O pessoal chamava eu pra conversar e eu não queria falar com ninguém. Trazia droga aqui pra dentro pra usar escondido. Era meio complicado [...]” (Mulher, 20 anos);

Todavia, é inegável a importância do apoio familiar no cuidado ao uso abusivo e dependente de drogas, por ser ela uma importante rede de apoio no tratamento (SCRAIBER et al., 2009). Mas também é preciso ter clareza sobre a indispensabilidade da busca terapêutica por parte do próprio usuário, levando em conta suas motivações e objetivos com o tratamento. Pois, como refere Barata (2008), a apreensão de emergência de cuidado em saúde por parte do usuário é imprescindível para a viabilidade do tratamento.

Pelo lado da demanda, o principal determinante de uso dos serviços é o estado ou necessidade de saúde. A necessidade percebida, ou seja, a identificação de um problema pelo usuário é o motor mais importante da demanda e se sobrepõe, normalmente, a outras considerações de ordem demográfica e social. (p. 19)

Nesses casos de busca pelo tratamento por exigência de algum familiar, os usuários relataram resistência para aderir à terapêutica e desenvolver vínculo com o serviço. Referiram alterações nesse quadro na medida em que foram ganhando confiança da equipe do CAPS e passaram a almejar mudanças em suas vidas. Por outro lado, foi também possível verificar situações que, embora o apoio familiar tenha sido uma constante no início, essa relação se tornou um fardo, sendo atribuída a ela, inclusive, a culpa pelo “fracasso” do tratamento a partir do ponto de vista do usuário.

3.2.4 Demanda espontânea, encaminhamento da Defensoria Pública e da Previdência Social

Por fim, as demandas que se apresentaram em menor quantidade foram aquelas mediante algum encaminhamento da justiça, da previdência ou de forma espontânea por parte do usuário. Nesses casos, cada usuário tem uma história bem particular no caminho de chegada até o CAPS. Embora boa parte das demandas antecessoras, realizadas mediante encaminhamento de algum serviço, também tenham sido espontâneas, visto que o usuário

acatou a recomendação e foi voluntariamente ao serviço para tratamento, achei pertinente fazer a diferenciação da demanda que emergiu do próprio usuário, sem que fosse preciso uma indicação prévia por parte de algum serviço.

Fato curioso desse quadro, é que o único usuário que buscou o CAPS por encaminhamento próprio é quem atualmente encontra-se há mais tempo sem consumir a droga. Apesar desse tipo de demanda ter se apresentado como minoria nessa pesquisa, o estudo do Gead (2015) mostra que já pôde ser identificada como predominante em outras cidades. A respeito de tal demanda, refere um usuário;

“Não, eu fui [...] eu tive que vir mesmo porque eu tava fumando muito [...]” (Homem, 57 anos);

Os demais entrevistados relataram terem ido em busca do CAPS em decorrência da exigência de outros serviços, como a Defensoria Pública e a Previdência Social. O primeiro caso se deu a partir do pedido de um parente, o qual procurou a Defensoria em busca de orientação sobre como lidar com a situação. A partir desse movimento, o usuário se dirigiu ao serviço e deu entrada no acompanhamento. Relatou durante a entrevista que desejava cessar o uso de drogas e com isso mudar de vida, no entanto evadiu do CAPS horas depois de termos realizado a conversa e até o mês de outubro não havia retornado.

No caso do usuário encaminhado através da Previdência Social, o vínculo com o CAPS se deu de forma mais rápida e o mesmo continua frequentando o serviço e seguindo seu PTS. Contudo, em relação ao uso da droga, é notável a prevalência de um consumo ainda contínuo, o qual pôde ser evidenciado no próprio dia da entrevista, uma vez que o usuário apresentava sinais de intoxicação. Sobre a forma com que chegou ao CAPS ele contou:

“O Alves lá do INSS que jogou eu aqui pra você, na sua mão. Ele que falou pra mim vir aqui conversar com você [...]” (Homem, 46 anos).

Nesse tópico, embora com uma quantidade pequena de relatos, proporcionou a reflexão a respeito de algo já referido previamente, que é a importância da busca do próprio usuário por tratamento. A percepção de que há alguma demanda de saúde, e, de que, um cuidado especializado se faz necessário, é vital para o tratamento. Isso mostra a indispensabilidade de trabalhos de sensibilização e orientação a respeito do uso de drogas, como os preconizados pela estratégia de redução de danos, mas também por outros

dispositivos da rede como a atenção básica e a assistência social. Mais uma vez, fica notável o valor da intersetorialidade entre as políticas públicas, para que um trabalho integral possa ser executado, de forma que os direitos humanos sejam respeitados.

3.3 Drogas de uso e tempo de consumo

Em sua maioria, os usuários entrevistados já consumiram múltiplas drogas, para além daquela que desenvolveram dependência (GEAD, 2015). O uso restrito de uma única substância só foi verificado entre alguns alcoolistas da amostra. Em geral, as drogas mais consumidas entre eles, em ordem decrescente foram o álcool, a maconha, o crack e a cocaína. Drogas como anfetaminas e inalantes foram utilizadas por pelos menos dois dos entrevistados. Em relação ao tabaco, a maioria desses indivíduos relataram fumar diariamente, sendo, inclusive, um mecanismo para diminuir a ansiedade e fissura em relação a droga de abuso. A respeito das drogas de uso e tempo de consumo, um usuário relata:

“Eu tinha 15 anos quando eu comecei a fumar maconha, aí depois eu passei para a cocaína. Aí depois eu passei pro crack e quando não tinha crack eu bebia pra manter o meu vício. Assim [...] pra ficar “grogue”, pra ficar normal, é [...] bêbo! Porque não tinha dinheiro pra comprar a droga, eu bebia. Aí [...]. só não usei na veia, a injeção, mas o resto eu usei tudo [...]” (Homem, 39 anos);

No que tange a dependência, foram identificadas três substâncias, em primeiro lugar o álcool, seguido do crack e com menor quantidade de usuários a cocaína. O tempo de consumo da droga de dependência foi de 6 a 52 anos de uso, cabendo o maior tempo de utilização de drogas aos usuários de álcool.

3.3.1 Álcool

Os entrevistados que disseram ter o álcool como a droga de preferência no consumo foram a maioria, dos quais todos eram do sexo masculino e com faixa etária entre 39 e 60 anos. O tempo de consumo da substância foi de no mínimo 24 anos e no máximo 52. O álcool se mostrou como a droga de uso mais precoce, como mostra o relato a seguir:

“É, eu na realidade, desde pequeno, uns 8 anos, por aí, eu comecei, porque meus familiares tudinho [...] minha mãe bebia sabe?! E eu perdi meu pai muito cedo né?! Eu não conheci meu pai. Logo em seguida minha mãe já amasiou com outro homem, teve meus dois irmãos né. Um casal. Então, esse tempo aí eu comecei a beber a pinga. Bebia com açúcar. Punha açúcar pra ficar mais doce e daí foi indo, foi indo [...]” (Homem, 60 anos);

Apesar do relato acima, a maioria desses indivíduos iniciaram o contato com o álcool na adolescência e na companhia dos amigos, como pode ser identificado nessa fala:

“Ah, eu comecei a usar mesmo faz uns 40 anos, mas muito pouquinho, de tomando pouquinho, sabe?! Aí depois, tipo assim 17 [anos de idade], aí eu comecei a tomar cerveja e as vezes um pouquinho de pinga. Quando terminava o jogo, assim, a gente parava no bar e era só fim de semana. Daí a gente começou duas vezes na semana, daí foi 3 vezes na semana, e era a gente os companheiros ia no bar, cada um pagava uma e pá e ia assim. Aí a partir daí eu já comecei todo dia de tarde [...]” (Homem, 53 anos);

A garrafa de pinga com 500ml, também conhecida como “corote” é a preferida entre esses usuários, podendo ser consumida individualmente ou dividindo com outras pessoas, dependendo das preferências de uso.

“Se for pra mim um dá [corote], por dia. Pra mim. Agora se vir um sugador beber um golinho, golinho, golinho, golinho daqui a pouco acabou. Aí depois, vamos supor que outra pessoa, e eu compro outro, aí bebe um golinho, golinho, golinho. Aí eu não sei explicar pra você quantos só pra mim. Aí tem que medir [...]” (Homem, 46 anos);

Em relação a situação de uso, a prevalência é de consumo diário, com justificativa de redução gradativa dessa ingestão. A grande maioria desses indivíduos referiu ter história de uso de álcool e outras drogas entre seus familiares.

Nos discursos dos usuários exclusivos de álcool foram feitas algumas colocações remetendo a um preconceito em relação ao consumo de outras drogas. Afirmção como “não uso droga, só o álcool” é bastante comum entre esses indivíduos, o que mostra a presença do discurso do senso comum, o qual atribui à categoria de droga, apenas substâncias ilícitas (VIEIRA *et al.*, 2010). Assim como esses usuários demonstram ter um certo julgamento em relação aos que usam substâncias ilícitas, eles também sofrem discriminação. Alguns

entrevistados relataram situações em que passaram vergonha e foram tachados como “*pingaiado*”, “*cachaceiro*”, pelos seus vizinhos e familiares. Não se restringindo ao grupo social, mencionaram também casos em que o próprio discurso médico foi preconceituoso, mostrando a necessidade de aprimoramento contínuo dos profissionais da rede (SILVA, 2015).

3.3.2 Crack

O consumo do crack apareceu em segundo lugar, tendo como predominante as mulheres, com faixa etária entre 20 e 57 anos e com tempo de uso da substância de no mínimo 6 e no máximo 37 anos. O primeiro contato com a droga ocorreu na adolescência e na juventude por intermédio de amigos (também descritos como “mal companhias”), ex-companheiros e do trabalho no tráfico de drogas. A abstinência é unânime entre esse público, e quase todos referem ter histórico de uso de substâncias lícitas e ilícitas na família. Sobre o primeiro contato com a droga refere uma usuária:

“A primeira vez foi a mesma fita, aconteceu assim, eu era traficante, eu vendia droga, entendeu? Eu mexia com a droga, mas só fumava maconha, aí eu fui e inventei de experimentar o pó, aí o pó não me satisfez, aí eu inventei de fumar o crack, aí eu viquei no crack até hoje não consegui abandonar” (Mulher, 37 anos);

Apesar de todos os estereótipos relacionados com o uso do crack e predominância do senso comum de que boa parte desses usuários é incapaz de tomar decisões, fazer um uso controlado da droga ou cessar o consumo, essa amostra mostrou um lado diferente. Além do fato de todos esses usuários estarem abstinentes, o maior tempo de abstinência de drogas dentre os 11 indivíduos que compõem essa pesquisa foi de um usuário de crack. O tempo de abstinência - o qual corresponde a 4 meses - não é a única coisa que chama a atenção e contraria o conhecimento generalizado, mas também o tempo de consumo dessa droga. O mesmo sujeito que está sem consumir a droga há 4 meses, quando buscou tratamento no CAPS já tinha uma história de uso do crack de 37 anos. De fato é um quantitativo de anos que chama a atenção, o que possivelmente pode significar que esse usuário, muitas vezes ou por um bom tempo, conseguiu consumir a substância de forma controlada.

3.3.3 Cocaína

A cocaína, droga menos utilizada e presente em apenas um relato, é a substância de consumo de um homem de 41 anos, o qual relata ter iniciado o contato com a droga há 8 anos, já na vida adulta. Refere ter conhecido a cocaína através de um amigo, e sua utilização se deu por mera curiosidade.

“Então, eu [...] quando eu comecei, na verdade eu comecei usando a maconha, mas não era direto. Era assim, uma vez no mês, uma vez cada dois, três meses. Aí com o passar do tempo, através de amigos entre aspas, eu conheci a cocaína [...] e a cocaína até então no momento, [...] era bom pra mim, entendeu?! Ela me trazia, assim, alegria, deixava mais esperto. Eu trabalhava à noite na época, então eu usava assim, comecei usando, [...] um papelote em 3, 4 pessoas e de repente eu me vi usando 1 papelote sozinho [...]” (Homem, 41 anos);

Esse usuário alude a respeito da impossibilidade de no momento cessar por completo o consumo da droga, mas relata uma grande redução em seu consumo, que passou de um uso diário para algo esporádico, a cada 15 dias ou mais.

3.4 Os diferentes usos do CAPS

No decurso das entrevistas, irromperam colocações acerca da utilização do CAPS, as quais não haviam sido previstas e nem mesmo sugeridas diretamente nas perguntas lançadas. As formas de uso do CAPS, de acordo com as singularidades e necessidades de cada um dos usuários, foram surgindo no decorrer dos discursos com tanta naturalidade que talvez nem mesmo os entrevistados tenham se dado conta.

Nesse sentido, foi possível verificar qual a finalidade desse serviço para esses indivíduos e como eles, ao identificarem suas potencialidades, usufruem de toda a assistência que o CAPS tem para oferecer. As categorias identificadas como usos do CAPS por esses indivíduos foram as seguintes: para tratamento e medicação, acesso de benefícios e direitos sociais e como espaço de socialização e aprendizado.

3.4.1 Uso do CAPS para tratamento

Para a maioria dos usuários o CAPS se caracterizou como um espaço que realiza tratamento para uso abusivo de drogas. No entanto, o tratamento emana a partir de duas estratégias diferentes. Primeiro, e mais frequente entre os entrevistados, por meio do uso de medicação e segundo e pouco comentado, mediante o acompanhamento terapêutico e participação das atividades ofertadas pelo serviço. A utilização de remédios foi algo bastante valorizado por eles, tendo essas substâncias papel crucial no processo terapêutico, sem as quais, de acordo com os relatos, muitas vezes não seria possível a continuação do tratamento.

“Eu vim me recuperar aqui no CAPS mesmo [...] com a força de vontade minha e com a equipe que me acolhe aqui e os remédios [...]” (Homem, 44 anos);

O consumo de medicação é quase unânime entre os entrevistados, cabendo à substância administrada função elementar para a manutenção da abstinência e êxito terapêutico. Uma grande quantidade manifestou em seus depoimentos ser inviável alcançar um estado de sobriedade sem o uso da medicação, como mostra o relato:

“Ah, eu acho que um pouco é o remédio que ajuda a gente aqui. Porque se eu não tivesse tomando remédio, tivesse tomando nada, nossa senhora. A gente sabe, vem aquela vontade quando não tá tomando remédio, aquela vontade de fumar. Aquela ansiedade. Num parava em casa [...]” (Homem, 57 anos);

A medicalização da vida, das formas de agir e existir em detrimento do alcance de uma vida socialmente correta e aceitável, é uma máxima em nossa sociedade que vem sendo construída desde o século XX e de maneira paradoxal. Vargas (2008) comenta a respeito dos avanços da biotecnologia a partir do século passado, que ao isolar substâncias puras, facilitou a sintetização de novas drogas com a justificativa de tratar mazelas e aperfeiçoar o campo médico. O autor acrescenta que, o processo de medicalização dos corpos e da vida se deu a partir da inclusão e descoberta de novos remédios, os quais possibilitaram maior tempo de vida para as pessoas, mas que, em contrapartida, estabeleceram padrões de saúde e normalidade entre a população, em detrimento das diferenças e particularidades dos indivíduos.

O poder crescente das prescrições médicas (HELMAN, 2009) legitima a busca por comportamentos aceitáveis e formas adequadas de se viver. Sem que seja dado espaço a uma reflexão crítica a respeito da troca entre substâncias ilícitas por drogas com recomendação médica, ou até mesmo drogas que são lícitas, mas que seu uso exagerado não corresponde a comportamentos admissíveis, as pessoas vem sendo medicalizadas constantemente, visando a manutenção de condutas e modos de existir socialmente aceitos.

A esse comportamento Helman (2009) chamou de “estrada química para o sucesso”. O autor problematiza a busca incessante pelo sucesso, tendo os “reconfortantes químicos” como fundamentais nessa jornada. Valoriza-se a reflexão da utilização naturalizada de medicações que acalmam, ajudam a dormir, mas também aceleram e potencializam a produtividade humana. Acerca do assunto ele relata que “cada vez mais, a definição de ‘sucesso’ também parece incluir agora ausência de qualquer ansiedade, preocupação, culpa, raiva e luto – emoções que eram consideradas uma parte normal da vida humana em todas as gerações passadas” (p. 185).

Considereei necessária toda essa reflexão em torno do uso, muitas vezes, descomedido e acrítico de medicações, uma vez que presenciei tais questões mais de uma vez entre os entrevistados. Os relatos sobre a relevância dos fármacos para o acompanhamento no CAPS, mas também para a manutenção das relações sociais e a realização de atividades do dia-a-dia se fez presente em suas observações. É incontestável que ocorreram progressos importantes com o estabelecimento de novas estruturas de atenção na saúde mental, porém há muito que ser debatido sobre as atuações dentro dos serviços, a exemplo da medicação como centro das estratégias terapêuticas (ONOCKO-CAMPOS *et al*, 2013). Sobre a necessidade de medicação relata um usuário:

“Ah cara!!! Falar um negócio, que as vezes eu percebo, mas o médico fala que não. Eu percebo que eu ainda preciso um pouco do remédio, pouquinho mais assim sabe?! [...]”
(Homem, 53 anos);

Longe de querer negar o mérito da descoberta de novos remédios a partir da biomedicina e seu papel de relevância na diminuição da fissura, insônia e irritabilidade decorrentes da abstinência de drogas, busco, na verdade, também dialogar com o outro lado da história. É inegável a importância do uso de medicamentos dentro de um CAPS, mas é fundamental fazer ponderações a respeito desse uso, que muitas vezes, pode desencadear numa mera troca entre substâncias. É preciso lançar um olhar questionador a esse contexto,

para que não haja uma sutil mudança entre as antigas formas de contenção através da violência, para uma contenção a partir do uso de medicações (RUI, 2014a), ou, como afirma Figueiredo e Onocko-Campos (2009, p. 130) a “‘psiquiatrização’ e a ‘medicalização’ do sofrimento”.

Quando questionado sobre a importância da medicação no tratamento um usuário refere:

“Ah ela é fundamental. Muito, muito, muito! Que sem ela você fica, você levanta com aquela vontade de tomar. E ela não, ela [...] mobiliza, ne?! É isso que eu posso falar né. Tira muito àquela vontade que você tem [...]” (Homem, 44 anos);

Por outro lado, também pude observar nas conversas com os usuários, que há um discurso crítico no que tange o uso de remédios. Embora presente em poucos entrevistados, não deixei de evidenciar colocações que reconheciam o potencial terapêutico do CAPS através de todo o conjunto de ações, remetendo inclusive à críticas sobre o valor da importância descomedida que é transferida aos fármacos. Afirmações que remetiam à dependência da medicação e à troca de uma droga pela outra, também se fizeram presentes, como demonstram as exposições seguintes:

“Ou então, a gente tá lá, a gente para de usar droga e começa a usar remédio, num vive sem remédio, é como se eu tivesse trocando uma droga por outra. Porque querendo ou não, o remédio, dependendo da pessoa ela vicia. Tem gente que é viciada em remédio, então como se fosse uma forma de eu me satisfazer daquela vontade de usar droga, entendeu?! [...]” (Mulher, 20 anos);

“Ontem tive que tomar medicação, eu detesto medicação. Porque assim, o pouco que eu acompanhei o serviço da minha mãe, que eu ia com ela, trabalhar com ela, quando era mais nova, passava o dia inteiro no CAPS, e eu acho assim, eu vou tá saindo de um vício, que eu sei que tá destruindo a minha vida, total, e destruindo quem tá do meu lado também, que é o crack, e vou tá entrando no vício do remédio. E é um dos piores ainda, porque abstinência, eu já vi que quem é abstinente do remédio é pior ainda, chega até a agredir a pessoa que tá do seu lado e eu não quero, entendeu?!” (Mulher, 27 anos);

Uma estratégia recente de intervenção a essa naturalização do uso constante e sem críticas de medicação dentro dos CAPS vem sendo experimentada através da Gestão Autônoma da Medicação (GAM). Proveniente do Canadá a GAM visa o envolvimento dos usuários em seus tratamentos, fazendo-os participantes na tomada de decisões através do empoderamento e conhecimento de direitos (ONOCKO-CAMPOS *et al.*, 2013). Estes autores descrevem a GAM da seguinte forma:

A GAM é uma estratégia de alteração das relações de poder para garantir aos usuários efetiva participação nas decisões relativas aos seus tratamentos, o que pressupõe como fundamental o diálogo e a troca entre os atores envolvidos no cuidado em saúde mental. Com o suporte de um material impresso (Guia GAM), a proposta é de que os usuários tenham acesso a informações sobre seus tratamentos e assim possam reivindicar seus direitos, dialogando sobre o lugar que a medicação e outras práticas ocupam nas suas vidas, refletindo sobre suas redes sociais e sua qualidade de vida. (p. 2890-91)

O reconhecimento das atividades do CAPS como propositivas na dinâmica terapêutica foi algo escasso nos discursos. Em seu lugar, predominaram falas que desaprovavam ou não identificavam consequências relevantes a partir dessas ações. Para alguns dos usuários as atividades do CAPS servem como distração, pois ajudam a esquecer os problemas na medida em que proporcionam o envolvimento com outras ações e pensamentos. No entanto, para outros, elas não fazem sentido, são chatas, não são atrativas, nem convidativas para participar.

Quando questionada sobre quais atividades do CAPS participa, uma usuária responde:

“Nenhuma [risos], nenhuma. [...] Passo o dia aqui. Tem grupo, eles têm o grupo, só que tem os grupos que eu não participo, porque, tipo é de alcoólatra e tal. Ontem teve até o grupo de artesanato pra fazer miçanginha, só que e não dou conta de ficar, sabe assim, no meio de muita gente por enquanto?! Eu começo a ficar e começa um falar aqui, outro falar ali, aí aquilo vai, nossa, me perturbando, aí eu saio, entendeu?!” (Mulher, 27 anos);

A respeito da desvalorização das atividades do CAPS por parte de alguns usuários, tenho como hipótese que o CAPS AD, por ter sido inspirado num dispositivo de cuidado a pessoas que sofrem com transtornos mentais severos (TÓFOLI, 2015b), muitas vezes, infantiliza e exige de seus usuários vínculos que não são possíveis. O público que frequenta o CAPS AD, embora tenha demandas diversas e necessite de cuidados em saúde e

saúde mental, não desenvolve a mesma ligação daqueles assistidos pelos outros CAPS. Acredito que seja necessário rever algumas atividades, de forma que possam englobar questões da dinâmica dessas pessoas e que, de fato, possam auxiliar no processo de reinserção social, seja através do trabalho, restauração de vínculos familiares, entre outras questões.

3.4.2 Uso do CAPS para acesso a benefícios e direitos sociais

O uso do espaço do CAPS para acessar benefícios e direitos, surgiu como segunda categoria predominante entre os entrevistados. A identificação desse uso foi algo que chamou bastante atenção e proporcionou reflexões pertinentes ao estudo. Tal constatação surge já na primeira entrevista realizada, que teve como sujeito de análise uma mulher, HIV positivo, usuária de crack e em situação de rua. Ao iniciar a entrevista com a frase “*minha vida é uma verdadeira desgraça*”, ela contou que só voltou ao CAPS após a última recaída pois havia perdido sua documentação, e com isso, seu cartão de passagem, sem o qual não teria como ir até o serviço especializado para tratamento de HIV e pegar o seu coquetel. Ela contou de forma detalhada como o CAPS iria ajudá-la e todo o procedimento que deveria seguir, afirmando vigorosamente que sem esse coquetel, ela não poderia ficar.

“Eu tenho todos os meus documentos que foi justamente a assistente social daqui que me ajudou. Eu tirei todos os meus documentos, e até o passe gratuito. Era pra mim tá trabalhando lá no NOT, mas aí eu não fui. Porque eu só tava usando. Aí eles vão me ajudar de que forma? Amanhã mesmo, eles acabaram de me falar agora que amanhã vai pedir pra o transporte do Cândido me deixar lá pra mim pegar o meu coquetel. Por isso que eu vou ainda dormir mais hoje lá [...]” (Mulher, 37 anos);

Benefícios e direitos como acesso a transporte gratuito, auxílio na retirada de documentação, alimentação e banho, foram citados várias vezes durante as entrevistas. Alguns problematizaram o papel desses mecanismos de assistência como complementares ao tratamento, mas sem atribuir isso a sua frequência ao CAPS. Já outros, deixaram claro que sua utilização daquele espaço era em busca de questões básicas, mas que em decorrência da debilidade de outras políticas públicas, não conseguiam acessar por outros mecanismos. Esse contexto, parece testemunhar que o acesso a direitos básicos para esses indivíduos só pôde ser efetuado por meio da necessidade de cuidado em saúde mental (SURJUS, 2007). A respeito

do auxílio do CAPS na retirada de documentação e acesso a transporte gratuito relata uma usuária:

"[...] eu mesmo, pra mim poder, vamos supor, poder gerar meus documentos, minha mãe tava desempregada, eu não trabalho, não tava trabalhando e pra mim tirar, que como não era mais a primeira via tem que pagar. Então o CAPS me ajudou pra poder não pagar, mandou uma cartinha tal. É [...] o passe que eles [...] dá pra poder você não só usar aqui, mas se você precisar do passe pra poder fazer um tratamento e precisar ir no Cândido, ou precisar em algum outro lugar, sabe?! Também [...]" (Mulher, 20 anos);

Para discutir esse tópico é vital atentar para o espaço que o SUS ocupa na sociedade brasileira e como esta lida com ele. Fruto de uma nova forma de pensar a saúde, o SUS teve como integrantes em sua elaboração intelectuais e um grupo específico da sociedade civil envolvida com o movimento sanitário (CAMPOS, 2009). Embora haja entendimento entre vários estudiosos de que o SUS é promissor no que tange a justiça social e bem estar da população (CAMPOS, 2007), esse mesmo sistema carrega inúmeras contradições que repercutem no cotidiano de seus usuários. Elaborado e implantado num período de fortalecimento do neoliberalismo e crise das políticas públicas (CAMPOS, 2007), o SUS, segundo o autor, seria “uma reforma incompleta” (p. 1866).

Além das rachaduras presentes na elaboração e manutenção desse sistema, há também um certo senso comum em relação aos usuários que utilizam a rede pública. Representação tanto por parte de quem está de fora, quanto dentro dos serviços, como nos CAPS, em que seus usuários são geralmente enquadrados como de baixa renda e “susdependentes” pela própria equipe que os acolhe (ROSA; ONOCKO-CAMPOS, 2013). Concebido muitas vezes como um serviço voltado para atender as camadas mais pobres, uma vez que estes indivíduos não possuem condições financeiras de fazer uso de um serviço pago, o SUS é relegado a último plano. Seguindo esse raciocínio, o acesso à saúde é desconsiderado como um direito, fazendo com que os serviços ofertados pelo SUS fiquem restritos, muitas vezes, às camadas mais pobres. Rosa e Onocko-Campos (2013, p. 12), ao comentar a análise de Barata (2008) apontam que:

Majoritariamente, os usuários do SUS estão situados em relação à renda entre meio a um salário mínimo (SM) (23,8%), acompanhados dos que ganham até meio SM (22,8%) e dos que se localizam na faixa de um a dois SM (22,4%), o que totaliza um percentual de 46,6% dos usuários do SUS com renda *per capita* até um SM, ou seja, configuram os segmentos pobres da sociedade.

O público do CAPS AD Antônio Orlando não se difere da realidade exposta. É visível a partir das observações em campo, mas também no decorrer das entrevistas, que esse serviço recebe diariamente usuários com pouca ou nenhuma renda, baixa escolaridade e que apresentam como demandas muito mais do que o uso abusivo de drogas. Dentre os onze entrevistados, por exemplo, quatro estavam em situação de rua no dia em que foram abordados para a entrevista.

É certo que não possuir um local fixo de habitação não tem o mesmo valor para todas as pessoas, sendo factível, inclusive, ter a rua como espaço de moradia. Entretanto, para os usuários em debate tal situação não era vista com satisfação, tendo chegado a essa conjunção devido a adventos em suas vidas como conflitos familiares, separação conjugal, falta de recursos econômicos, entre outros (COSTA, 2005). O consumo de drogas nesses casos surgiu, em alguns momentos, como amenizador da situação (CARVALHO; ESPÍNDOLA, 2011) a qual além de causar danos físicos aos indivíduos no sentido de não ter um local protegido para passar a noite, se abrigar do frio, evitar doenças e situações de violência, também gera danos psicológicos, pois provoca sofrimento, sentimento de rejeição e solidão.

“[...] o lugar lá onde eu moro, onde eu to morando, como eu já te expliquei, não tem recurso nenhum e à noite praticamente eu não durmo. Eu fico a noite inteira acordado. [...] Então, quer dizer, eu acho que isso daí tá fazendo muito mal pra mim no caso, né. E [...] apesar do tratamento, dos remédios que eles têm me dado né” (Homem, 60 anos)

No que tange à vida laboral, apenas um usuário está trabalhando formalmente, cinco estão desempregados e sem renda, dois realizam atividades remuneradas no NOT, dois estão afastados pelo INSS e um recebe o BPC. Esse quadro proporciona singularidades na forma de lidar com o serviço, visto que a carência econômica suscita demandas sociais e consequentemente maior necessidade de alguns proveitos ofertados pelo CAPS, como mostra a fala a seguir:

“Pra mim eu só tava vindo aqui participando, é [...] mais pra me alimentar. Uma refeição por dia, pelo menos um almoço né. Um café da tarde. Então devido a isso, porque onde eu to realmente não tem condição nenhuma, sabe? [...]” (Homem, 60 anos);

O perfil social e econômico desses indivíduos faz com que o uso do serviço não se limite ao campo da dependência química, agregando questões que dizem respeito aos determinantes sociais dessa problemática, ou consequências sociais relacionadas. É importante dizer que, de forma alguma, a utilização do CAPS no acesso a um banho, uma refeição, auxílio na retirada de documentos e passe gratuito se caracteriza como um problema, posto que tal instituição propõe a realização de um acompanhamento psicossocial. Faço questão de reforçar, inclusive, que tudo isso é parte da dinâmica terapêutica e são direitos desses indivíduos e não favores. Mas o que de fato preocupa, é a exclusividade do acompanhamento no CAPS para responder tais necessidades, podendo gerar uma dependência desses usuários ao serviço e até mesmo um movimento de institucionalização. Sobre essa reflexão completa COSTA (2014, p. 49):

[...] vem sendo percebido um processo de cronificação dos usuários na rede e sua consequente dependência em relação a alguns serviços de tratamento (SEVERO & DIMENSTEIN, 2011). Como ressaltam Dimenstein e Liberato (2009), a insuficiência de serviços públicos para atender a demanda, aliada à falta de integralidade e intersetorialidade produzem efeitos como a sobrecarga dos profissionais de saúde e a burocratização de suas práticas, além de promoção de uma rede restrita que se retroalimenta causando a estagnação do fluxo de pacientes.

Todo o quadro argumentado nesse tópico evidencia uma possível desarticulação entre as políticas públicas, trazendo mais uma vez ao debate o papel crucial da intersetorialidade no âmbito das ações de cuidado aos usuários abusivos e/ou dependentes de drogas. Faz transparecer também a necessidade de realização de mais pesquisas que avaliem a existência de comunicação entre os dispositivos existentes, visando contribuir com propostas inovadoras no que tange a atenção aos indivíduos em estudo.

3.4.3 Uso do CAPS como espaço de aprendizado e sociabilidade

Espaço de aprendizado e sociabilidade também emergiu nos diálogos dos usuários em relação ao uso do CAPS, porém de forma bem mais tímida que as demais categorias. Um dos usuários, inclusive, se referiu ao CAPS como um local que gosta de frequentar para aprender cada vez mais e buscou deixar claro em sua fala que não precisa do CAPS para acessar outros direitos para além do tratamento ao uso de drogas.

“Então, lá em casa tem comida, num venho aqui pra comer, certo?! Venho pra conversar, pra aprender, igual a você” (Homem, 46 anos);

No que tange a sociabilidade, ficou visível o aproveitamento daquele espaço para encontrar pessoas, amigos e preservar laços. Nesse sentido a equipe do CAPS é exaltada como amiga, posto que os amigos fora do CAPS não são mais vistos como amigos de verdade, mas sim amigos de “cachaça”. Esse quadro revela a fragilidade da rede social desses indivíduos e o afastamento do grupo de amizade em decorrência da busca por abstinência (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Sobre esse uso do CAPS refere um usuário:

“Porque quando você precisa conversar, você tem alguém pra conversar. Só isso. Assim na rua a gente não tem não. É só coisa ruim. Entendeu?” (Homem, 50 anos);

Cada categoria discutida mostra como os usuários usam ou demandam do CAPS e o que ele tem a oferecer, que de alguma forma os estimula a sair de casa, alterar rotinas, muitas vezes faltar ao trabalho e ficar longe da família, para poder comparecer ao tratamento. Assim como a equipe do CAPS enxerga cada usuário de maneira singular, estes fazem o mesmo com o serviço, sendo essa estratégia capaz de gerar vínculos que auxiliam no caminhar de cada tratamento, mas também, se não for lançado um olhar cauteloso ao contexto, pode ser estabelecida uma relação de dependência. Em toda essa dinâmica de constante frequência e acesso ao serviço, os usuários aprendem a utilizar-se dele (RUI, 2012a). A partir de um estudo realizado na “cracolândia” em São Paulo, a autora identifica esse mesmo fluxo que ocorre no CAPS, porém no espaço de uso de crack:

Diferentes usuários de crack e, o que me interessa especialmente nesse item, diferentes usos também do próprio espaço da “cracolândia”. Ainda que agrupadas em torno do consumo e comércio de crack, é preciso ter claro que as pessoas não estão ali fazendo as mesmas coisas, nem com o mesmo objetivo e menos ainda consumindo a droga com a mesma intensidade. (RUI, 2012a, p 221)

Nas observações propostas por esse tópico ficou notável aqueles indivíduos que vão ao CAPS a procura de soluções para sua relação com a droga, mediante uso contínuo de outra droga ou por meio do conjunto de ações e estratégias que o serviço tem a oferecer. Notou-se também aqueles que, em decorrência da desigualdade social e desarticulação entre as políticas públicas, vão ao CAPS em busca de alimentação, cuidados com a higiene, auxílio no processo de retirada de documentação e acesso a benefícios. Em menor quantidade

constatou-se também os que não dispõem de uma rede social, fazendo-os buscar e conservar no CAPS laços de amizade e aprendizado. Reconhecer essas potencialidades do CAPS pode ser o que faz com que eles continuem frequentando esse serviço, pois mesmo sob efeito da droga ou não cumprindo o PTS proposto, tais usuários organizam a própria dinâmica para continuar seu tratamento.

3.5 Objetivos com o tratamento

Como objetivo com o tratamento, busquei descrever o que esses usuários intentam alcançar em suas vidas a partir do acompanhamento no CAPS. Levei em conta as falas referentes ao que eles pensaram no dia em que resolveram fazer o acolhimento no CAPS, mas também as mudanças de perspectiva em relação ao processo terapêutico. Nesse sentido identifiquei quatro categorias que remetem ao objetivo com o tratamento: mudança de vida, abstinência, redução do uso de drogas e acesso a benefícios e direitos sociais.

3.5.1 Mudança de vida

Pude identificar nos discursos dos usuários um anseio predominante por mudança de vida como maior objetivo em relação com o tratamento (MARZANO; SOUZA, 2004). Os usuários que dissertaram nesse sentido o fizeram ora de forma vibrante e já trazendo exemplos de mudanças, ora de maneira frustrada, alegando que tal expectativa não foi correspondida. Família, trabalho, educação, saúde e uso de drogas foram assuntos evocados por esses indivíduos como constituintes de todo o processo de mudança.

A forma de enxergar o CAPS e utilizar-se dele foi algo que, a partir da construção de uma relação de vínculo com o serviço e a equipe, mudou no decorrer do tratamento, como mostra o relato a seguir.

“Quando eu cheguei aqui eu não pensava em nada, porque eu vim contra a minha vontade né. Eu vim meio com medo, porque eu já achei que eu ia vir pra cá, eu já ia ficar aqui, eu não ia voltar embora. E ia ter aquele monte de médico me dopando igual aconteceu na clínica. Eu já tinha um monte de paranoia na cabeça. Só que depois que passou um tempo, comecei a pegar mais confiança, aí eu planejava parar a droga, voltar a trabalhar, voltar a estudar, ter

a minha família, comecei a fazer planos. Das coisas que eu pensei, que eu planejei, eu acho que eu consegui [...]” (Mulher, 20 anos);

Desgastes em relação a dinâmica de vida em detrimento ao uso descomedido de drogas também foram mencionados, trazendo como aspirações com o tratamento a modificação dessa conjuntura como um todo.

“Faz 8 anos que eu uso crack, só o crack mesmo em si e já morei na rua. Mesmo tendo casa já fui parar até em Santos pra afastar da família né [...] e cheguei até a traficar, até há pouco tempo atrás eu tava traficando. Só que é uma coisa que eu não aguentei mais, sabe?! Que pra mim deu de passar frio, deu de apanhar de polícia, deu de ficar devendo pra traficante porque a polícia levou o dinheiro e eles acham que a gente usou. E eu vim pedir ajuda de novo [...]” (Mulher, 27 anos);

Por outro lado, também surgiram críticas em relação a uma mudança tão aspirada, mas que não pôde ser concretizada. Um dos usuários ao ser indagado sobre o que achou que aconteceria na sua vida quando veio procurar o tratamento ele respondeu: *“Que eu ia mudar, mas não melhorou nada”* (homem, 39 anos). Remeteu várias vezes a falta de mudança na vida e na relação com o uso de drogas, ao desprezo familiar, mas também o inverso, no qual retrata que tal desprezo se dá por conta do seu uso abusivo de drogas, sem saber ao certo o que começou primeiro.

3.5.2 Abstinência

A busca por abstinência total da droga foi proferido por quase metade dos entrevistados. Afirmções do tipo “quero parar totalmente”, “me recuperar”, “parar com essas coisas” foram enunciadas nos diálogos. Questionados sobre o objetivo do tratamento dois usuários respondem:

“De parar, é. Parar com esse tipo de, de droga. Ficar usando, sabe?! E graças a Deus eu to me sentindo bem, eu to tomando os remédios certinho, num tenho mais aquela vontade que eu tinha antigamente [...]” (Homem, 57 anos);

“[...] o meu sonho é esse aí mesmo, continuar do jeito que eu to. Sem tomar nada. Me sinto bem, outra pessoa [...]” (Homem, 44 anos);

Apesar dos CAPS's AD serem serviços que atuam consoante a estratégia de redução de danos, é possível verificar uma presença constante de usuários em busca de abstinência dentro desses serviços (TÓFOLI, 2015b). O discurso da força de vontade para alcançar a abstinência ou outros propósitos com o tratamento foi algo visível nas argumentações de boa parte dos entrevistados, os quais, muitas vezes, atribuem a recaída à falta de dedicação ao tratamento ou falta de vontade como pode ser visto nos relatos:

“[...] eu sou um usuário que quero largar a droga, por isso que eu ainda venho. Porque muitos, não quer [...]” (Mulher, 37 anos);

“Eu vim me recuperar aqui no CAPS mesmo [...] com a força de vontade minha e com a equipe que me acolhe aqui e os remédios. Então, assim que eu to conseguindo [...] determinado a terminar esse vício [...]” (Homem, 44 anos);

O consumo de medicamentos como melhor estratégia para alcançar o ideal de sobriedade também foi observado, o qual, segundo alguns usuários, nem sempre é possível atingir sem o auxílio de remédios. O anseio de parar o consumo de drogas por completo é algo que inclusive foi relacionado com o bem estar pessoal, autoestima e satisfação consigo.

3.5.3 Redução do uso de drogas

Embora não de forma direta e nem mesmo com o uso explícito do conceito de redução de danos, alguns usuários problematizaram à respeito desse assunto ao afirmarem ter como objetivo do tratamento a redução gradativa do uso, uma vez que reconhecem a impossibilidade de, no momento, cessar totalmente. Ao refletirem dessa maneira, esses indivíduos mostraram a possibilidade da execução dessa estratégia dentro de um serviço, que muitas vezes e de forma errônea, direciona suas ações para o alcance exclusivo da abstinência (SOUZA; KANTORSKI; MIELKE, 2006). Nesse sentido alguns usuários contam que devido ao acompanhamento no CAPS, vem descobrindo mecanismos para reduzir o consumo e levar a vida normalmente.

“Parei de usar completamente? Ainda não, mas to conseguindo criar estratégias através de todo o esforço, todo o trabalho que eu tenho aprendido aqui. To conseguindo criar estratégias pra poder me manter longe quando possível, você entendeu?! Porque eu usei direto mais de 8 anos, você entendeu?! Quase todo dia. Então não é em, vamos dizer assim, em 1 ano, 2 anos que você vai conseguir parar, entendeu?! [...]”. (Homem, 41 anos)

“[...] to dando uma maneirada, num to bebendo muito igual eu bebia antes, andava caindo. Eu to devagar. To me alimentando bem”. (Homem, 46 anos)

Apesar dos relatos mencionados e o reconhecimento de que há a inclusão de estratégias de redução de danos no acompanhamento de usuários do CAPS em debate, sabe-se das limitações e dificuldades na efetivação dessas técnicas dentro do serviço, até mesmo em decorrência dessa prática ter suas origens em intervenções extramuros, nos próprios locais de uso de drogas (TÓFOLI, 2015b; SOUZA, 2013).

3.5.4 Acesso a benefícios e direitos sociais

Por fim, aparente na fala de apenas um entrevistado o acesso a direitos sociais irrompe como o maior objetivo com o tratamento e razão da procura ao CAPS. Em situação de rua e consequente vulnerabilidade social, esse usuário contou que chegou ao serviço em busca de orientação para acessar algum benefício para ajudá-lo a sair da situação em que se encontrava. Descobriu a real função do CAPS após ser acolhido e foi orientado sobre a questão do uso abusivo de bebida alcoólica e então deu início ao tratamento.

“Então, eu vim pra saber disso daí, sobre a ajuda que eu poderia ter de benefício, essas coisas, sabe?! (Homem, 60 anos);

Embora participe das atividades e quando necessário faça uso da medicação recomendada, esse indivíduo deixa claro na entrevista o papel desse serviço em sua vida. Ao retratar em outras falas que comparece ao CAPS para ter acesso a alimentação, banho, orientação sobre direitos sociais e benefícios, mostra que para além do tratamento, o CAPS tem uma função social em sua vida. Diante dessa colocação nota-se o papel assistencial do

CAPS para esse usuário, que, para além do tratamento, faz uso da instituição para poder acessar direitos dentre os quais a saúde e a assistência se destacam.

3.6 Significações do CAPS AD

Conforme problematizado no capítulo II, esse estudo passou por algumas mudanças no seu desenrolar. Visto que é uma pesquisa qualitativa que busca discutir e compreender uma temática que habita o campo da subjetividade, alterações de rota e de objetivos são, a meu ver, exercícios factíveis e presumíveis.

Longe de querer propor a própria significação como metodologia ou fazer uma avaliação a luz da psicologia ou outras ciências¹⁹, o que busco com a noção de significações é dar voz aos sujeitos dessa investigação, tendo em vista o desvelamento de suas representações do serviço.

Entender esse objetivo envolve ter em mente tudo que foi descrito nos tópicos precedentes. Decifrar as significações que o CAPS tem para seus usuários indica compreender suas formas de se relacionar com o serviço, quais demandas buscam responder com esse cuidado especializado e como, do ponto de vista desses indivíduos, o CAPS responde suas demandas e solicitações. Não pretendo, nesse estudo, fazer uma avaliação do serviço, mas sim apresentar as considerações identificadas nos relatos dos usuários no que tange ao CAPS.

De maneira quase que unanime, o CAPS foi descrito e caracterizado como um espaço de acolhimento, apoio, cuidado e ajuda. Local onde é possível encontrar forças para continuar e contar com a ajuda de pessoas que estão sempre dispostas a ouvir e contribuir com suas colocações. Em sua maioria o CAPS foi traduzido como um local que proporciona coisas boas e que sempre recebe seus usuários de portas abertas. Algumas colocações elucidando a significação do CAPS como espaço amigável chamaram particular atenção:

“[...] vim e pedi ajuda de novo aqui, porque aqui é o único lugar que pode me ajudar [...]”
(Mulher, 37 anos);

“As pessoas tratam a gente aqui muito bem [...]” (Homem, 57 anos);

¹⁹ Como em pesquisas que utilizam o modelo teórico-metodológico de sistema de signos, significados e práticas a exemplo de Lima *et al.* (2012) e Nunes *et al.* (2008).

“Eu acho um lugar seguro. Um lugar bom, um lugar que protege, um lugar que dá assistência que a gente precisa. Pra falar a verdade, se tivesse alguma coisa de ruim eu falaria, porque não tenho porquê esconder nada de ninguém, porque eu não devo nada pra ninguém daqui, então ninguém me deve nada pra mim. A única coisa que eu devo é satisfação, entendeu? E agradecimento de tudo que eles já fizeram por mim [...]” (Mulher, 37 anos);

“Assim, eu mesmo, é igual eu tava falando pro pessoal que veio aqui. Antigamente eu falava assim “ah é, eles estão lá só porque eles estão sendo pagos, porque senão eles não tavam nem aí”. Algumas pessoas pode ser que seja assim, só que, eu fui tratada de uma forma assim, eles me acolheram aqui de uma forma assim tão carinhosa que eu me apeguei aos funcionários aqui do CAPS, entendeu?! Então assim, é igual eu falo pra eles, que eu agradeço muito todo o apoio que eles tava me dando, porque foi o que me ajudou, entendeu?! [...]” (Mulher, 20 anos);

“Agora aqui, quando eu corro pra cá, eu já me sinto bem porque o pessoal daqui trata a gente bem [...]” (Homem, 53 anos);

“Aqui eu me sinto bem e sou bem acolhido, apoiado. Falando por mim. Cada um tem um jeito de pensar né. Mas eu sou bem recebido, eu creio que sim. Acho que [...] eu gosto de tudo, de todas as pessoas, os profissionais. Eu acho também que todo mundo gosta de mim, num sei né, eu creio que sim [...]” (Homem, 44 anos);

Na mesma intensidade em que os usuários reconhecem o serviço de maneira positiva, eles deslegitimam a própria capacidade de crítica ao espaço. Quando solicitados a opinar sobre o serviço, quase sempre começam suas argumentações diminuindo a si mesmos, como se, em decorrência da situação de dependência de drogas, não fossem capazes de fazer críticas a esse espaço.

“Ah não. Eu? Quem sou eu pra criticar?! Não posso criticar ninguém, nem cada um, né!” (Homem, 44 anos);

“Crítica eu não tenho, crítica eu não tenho, nenhuma não, eu só tenho que agradecer a eles aí por essa força que eles nos dá né [...]” (Homem, 60 anos);

“Olha, eu vou ser sincero. Eu não tenho crítica nenhuma pra fazer, entendeu?! Acho que todo mundo desenvolve o seu papel aqui perfeitamente, você entendeu?! É [...] honestamente dizendo, eu num tenho que criticar, num tenho [...]” (Homem, 41 anos);

Por outro lado, fora as consequências positivas do CAPS na vida desses usuários e o vínculo de respeito e confiança que é desenvolvido e conservado, há também um movimento de transição entre a relação de cuidado e troca, para o de dependência do espaço e para a resolução de diversas questões do cotidiano. Ao se mostrar como um espaço acolhedor e que proporciona o acesso a direitos para além da saúde, em algumas falas foi perceptível uma relação de dependência muito intensa entre alguns usuários e o CAPS, em que os primeiros acabam transferindo ao serviço a função de resolver demandas que não dizem respeito as atribuições dessa instituição.

Como já comentado nos tópicos precedentes, é sabido que o público que, em geral, frequenta o CAPS é pertencente a camadas mais pobres e diante desse contexto sofrem de carências consequentes da desarticulação e omissão de políticas públicas, e ao enxergarem no CAPS a possibilidade de acesso a direitos antes negligenciados acabam, muitas vezes, realizando um movimento de cronificação na rede (SURJUS, 2007; COSTA, 2014).

Uma usuária ao ser indagada, se a partir do CAPS ela vem tendo acesso a mais direitos, responde:

“Mais acesso, eu tenho mais ajuda. Sozinha eu não tenho ajuda de ninguém” (Mulher, 37 anos)

Mas quando questionada a respeito da percepção de autonomia a partir dos direitos acessados ela traz:

“Ah, por enquanto sim né, mas não totalmente. Eu queria ter ganhado a minha casa, ninguém resolve nada pra mim [...]” (Mulher, 37 anos);

O diálogo apresentado coloca em xeque uma possível debilidade do serviço na promoção da autonomia, a qual se constitui como uma das diretrizes para o funcionamento da

RAPS (BRASIL, 2011). Ao mesmo tempo que a usuária reconhece um maior acesso a direitos, ela transfere ao CAPS uma função que não está a cargo do serviço e se desresponsabiliza da ação. Esse panorama já foi trabalhado em outros momentos desta pesquisa, não cabendo a esse tópico alongar tal debate, mas reconheço a importância desse tipo de análise e necessidade de aprofundamento a partir de estudos futuros.

A imagem do CAPS como ambiente de reinserção social também se fez manifesta. Ocorreram relatos em que houve um reconhecimento das ações e articulações desse serviço no sentido de reinserir seus usuários na sociedade. Essa interpretação esteve presente em usuários em acompanhamento no serviço há mais de dois anos, os quais referem boa relação com os funcionários e forte vínculo.

“As vezes você tá meio perdidão, tipo, você para de usar droga, mas não sabe como você vai voltar ao convívio social, entendeu?! E o CAPS ajuda em tudo isso. Porque o CAPS ele ajuda, porque de uma forma ele não faz assim oh: eu vou tratar você, você vai parar de usar droga, parou de usar droga e tchau. Não, ele prepara tudo. Ele traz a gente, a gente faz o tratamento. Na hora que a gente tiver bem eles ajudam a você a voltar ao convívio na sociedade, entendeu!? [...]” (Mulher, 20 anos);

Para além das significações fundamentadas no reconhecimento de apoio e cuidado e reinserção social, representações relacionadas ao desprezo também foram assinaladas como mostra o relato a baixo.

“Aqui eles estão me desprezando. Num tem outra consulta marcada pra mim. Eu vim pra cá num sei como. Eu venho pra ser consultado e eles não aceita. Num fala nada” (Homem, 37 anos)

Quando questionado sobre sua opinião a respeito do tratamento esse mesmo usuário responde:

“Tem vez que é muito demorado pra atender a gente. Num tenho muita paciência, ficar sentado esperando. Demora muito [...] Eu num sei se é porque é muito serviço pra eles. Eles marcam um horário, num é esse” (Homem, 39 anos);

As críticas do usuário supramencionado podem ser reflexo de um serviço que atende uma demanda maior do que sua própria capacidade. Por ser um CAPS II, de atenção diária e contar com uma equipe reduzida, esse serviço precisa se desdobrar para dar conta das demandas diárias. Com isso, certamente, nem todas as necessidades dos usuários poderão ser atendidas, gerando críticas ao processo de trabalho. Esse quadro chama atenção para a emergência de novas estratégias de organização, de forma que não sobrecarregue a equipe e não desassistia seus usuários.

No geral o significado que o CAPS tem para esses indivíduos é de um espaço que acolhe e cuida. Cuidado este, que ao ser exercido, vem criando relações de vínculo e assim potencializando a terapêutica do espaço. Mas que também, ao representar acesso aos direitos e benefícios antes inalcançáveis, gera dependência, podendo caminhar na contramão da produção de autonomia. É preciso ponderar entre o acesso à direitos e à construção de autonomia, de forma que o serviço não deixe de atuar no âmbito social desses usuários e possa de forma conjunta promover a reinserção social e o empoderamento desses indivíduos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consumir drogas é um fenômeno antigo, o qual provavelmente existe desde o surgimento da humanidade. Esse ato está relacionado com outras manifestações humanas como a cultura, a busca por sensações prazerosas e também a manutenção da vida. Embora o uso de drogas seja algo muito presente em nosso cotidiano e faça parte de cerimônias religiosas e manifestações culturais, se mal administrado, pode proporcionar sensações e consequências não esperadas e/ou desejadas a priori. É no enredo do uso de drogas que extrapola as dinâmicas sociais e que pode ocasionar - ou ser fruto de - problemas familiares, sociais, psicológicos e de saúde, que este trabalho se debruçou.

Pessoas que fazem uso abusivo e/ou dependente de drogas muitas vezes são tratados pela mídia, senso comum e até pelos discursos profissionais, como impotentes de escolhas, relegados ao mero uso como algo sem o qual não podem fugir ou viver sem. A ideia de normalidade e saúde como algo relacionado a padrões ou aquilo que “é considerado desejável em um determinado momento histórico e numa determinada sociedade” (GAMA *et. al.*, 2014, p.03), é arbitrária, uma vez que estabelece modos de ser e existir.

Desenvolver uma carreira profissional, formar uma família, ter uma religião, entre tantas outras questões pode parecer ser algo intrínseco ao evoluir humano e essencial para a inclusão em sociedade. Entretanto esses padrões não se aplicam a todas as pessoas, sendo apenas formas de viver impostas historicamente. O conceito de “desvio” problematizado nesse trabalho a partir de Becker (2008) foi fundamental para entender e questionar os padrões de certo ou errado em nossa sociedade e como isso se aproxima aos casos dos usuários abusivos de drogas.

Mesmo que diante de tentativas de retrocesso nas políticas de cuidado aos usuários de drogas e muito barulho midiático em relação ao que diz respeito a esses indivíduos, foi possível identificar um trabalho sério sendo realizado no espaço do CAPS AD.

Esse trabalho mostrou que, para a maioria dos usuários o CAPS é entendido como um local de apoio, ajuda e acolhimento. Local que mantém as portas abertas para recebê-los sempre que necessitam e quantas vezes for preciso. Ao respeitar as escolhas dos usuários e atender as demandas para além do mero uso de drogas, o CAPS estabelece vínculos importantes com esses indivíduos.

Foi explanado também que boa quantidade da demanda para tratamento é realizada mediante encaminhamento dos serviços da atenção básica em saúde. Esse quadro

chama atenção para a necessidade de articulação entre esses serviços de forma que não predomine a transferência de cuidados, mas sim uma articulação de rede.

Os usuários que mais procuraram tratamento no CAPS foram os alcoolistas, o que possivelmente está relacionando com o fato do álcool ser a droga mais utilizada no país, como foi mostrado em estudos anteriores. Por outro lado, tal situação também pode representar a dificuldade por procura de tratamento por parte dos usuários de outras drogas, que por serem ilícitas, afastam esses indivíduos dos serviços de saúde.

O CAPS prevaleceu entre os usuários como sendo um espaço utilizado para o tratamento do uso de drogas. Tendo o uso de medicação um papel fundamental e indispensável em todo o processo. Visto, muitas vezes, como a única forma de tratamento, a naturalização no uso de fármacos é algo frequente tanto dentro, como fora do CAPS. Defendo, nesse caso, a ampliação de atividades que visem debater esse assunto, de forma que haja um maior empoderamento desses indivíduos em relação à administração da medicação.

Tendo em vista que o CAPS é uma instituição pensada para lidar com a questão do uso abusivo e/ou dependente de drogas tanto no âmbito psicológico, quanto social, ele oferta serviços que buscam atender a tais demandas de maneira integrada. Com vistas ao acesso à saúde, cidadania, reinserção social, o CAPS possibilita o uso de transporte gratuito, auxilia na retirada de documentos, sem que haja custos e lança mão de atividades do tipo laborativa com retorno financeiro. Por ser um serviço de atenção diária e necessitar, muitas vezes, que o usuário passe o dia no local para verificação de sinais de abstinência, redução de danos ou para a participação de grupos e outras atividades, ele oferece alimentação, estratégia que visa facilitar a permanência dos usuários nesse espaço e se constitui como um direito.

Defendo como fundamentais todas as ações supracitadas e reconheço sua indispensabilidade no processo terapêutico. No entanto, chamo atenção para algumas situações presenciadas. Em detrimento da vulnerabilidade social de alguns dos usuários, ao verificar a possibilidade de acesso à direitos e benefícios através do CAPS, o tratamento perde sua função terapêutica e passa a ter como objetivo principal, a resolução de questões sociais.

Preservo a argumentação de que esse quadro não pode ser visto de forma isolada, apenas a partir do CAPS, sendo necessário estudar em conjunto as práticas de ações em outras instituições da rede de atenção psicossocial. A intersetorialidade entre as políticas públicas, me pareceu insuficiente, no caso desse estudo, para lidar com a questão do uso de drogas. Embora exista articulação de rede no que tange aos encaminhamentos para tratamento no CAPS, percebo que a co-responsabilização entre os serviços ainda é insatisfatória.

Diante tudo que foi problematizado nesse estudo, percebo como obrigatório o desenvolvimento de pesquisas futuras que debatam sobre a intersetorialidade entre os serviços da rede de atenção aos usuários de drogas. Faz-se extremamente necessária uma melhor articulação entre os dispositivos de acolhimento a essas pessoas e seus familiares com vistas à promoção de autonomia e reinserção social.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, R; CALDAS, M. T. Cocaína – da folha ao pó, do pó a pedra: uso histórico em diversos contextos sociais. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 197-219, dez. 2011.
- BARATA, R. B. Acesso e uso de serviços de saúde: considerações sobre os resultados da pesquisa de condições de vida 2006. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 19-29, jul./dez. 2008
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA, 2010.
- BECKER. H. S. **Outsiders: estudos de sociologia do desvio**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora, 2010.
- BOITEUX, L. B. F. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. [Tese de doutorado] São Paulo (SP): USP, Programa de Pós-Graduação em Direito. 2006a.
- _____. Política internacional e redução de danos: o fim do “Consenso de Viena”?. **Versus: Revista de Ciências Sociais Aplicadas** do CCJE/UFRJ, Rio de Janeiro, ano 2, n. 6, p. 104-108, jun. 2011.
- _____. **A Nova Lei Antidrogas e o aumento da pena do delito de tráfico de entorpecentes**. Disponível em: <http://www.neip.info/upd_blob/0000/192.pdf> Acesso em 02 de jun. de 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria/GM n 336** de 19 de fevereiro de 2002. Brasília, 2002a.
- _____. Ministério da Saúde. **Lei 10.409** de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências Brasília, 2002b.
- _____. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003.
- _____. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/ 2004**. Brasília, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Federal 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Justiça. **Decreto 7.179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 3.088** de 23 de Dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2011.

BUSS, P. M; FILHO, A. P. A Saúde e seus Determinantes Sociais. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n.1, p. 77-93, Rio de Janeiro, jan/abr. 2007.

CAMPINAS. **População Residente por Macro Regiões (DRO)** - Município de Campinas. Disponível em:
<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/seplama/publicacoes/populacao_residente_grandes_regioes.php> Acesso em 30 de jun. de 2015.

CAMPOS, G. W. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 301-306, Rio de Janeiro, mar/abr. 2007.

_____. Modo de co-produção singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 47-55, Rio de Janeiro, jan/abril. 2009.

CÂNDIDO FERREIRA. **CAPS ad Antônio Orlando**. Disponível em: <
<http://candido.org.br/unidades-assistenciais/caps/caps-ad/antonio-orlando>> Acesso em 30 de jun. de 2015a.

_____. **NOT- Núcleo de Oficinas e Trabalho**. Disponível em:
<<http://candido.org.br/unidades-assistenciais/oficinas-de-trabalho-e-geracao-de-renda/not-nucleo-de-oficinas-e-trabalho>> Acesso em 01 de jul. de 2015b.

CARNEIRO, H. S. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Revista Outubro**. São Paulo. v. 6, n. 6, p.115-128, out. 2002a.

_____. A fabricação do vício. **Anais do XIII Encontro Regional de História – Anpuh - MG, LPH - Revista de História**, Departamento de História/ICHS/UFOP, Mariana-MG, n 12, p. 9-24, 2002b.

_____. Transformações do significado da palavra “droga”: das especiarias coloniais ao proibicionismo contemporâneo, *In*: CARNEIRO, H.; VENÂNCIO, R. P. (Org.) **Álcool e drogas na história do Brasil**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2005.

_____. Uma breve história dos estudos sobre a maconha. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 79-91, dez. 2011.

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

_____. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. **Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS**. São Paulo: UNIFESP, 2014.

COMIS, M. A. C. Programa municipal “De Braços Abertos”: uma experiência de intersetorialidade. *In*: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

COSTA, P. H. A. **Mapeamento da rede de atenção aos usuários de drogas: um estudo exploratório**. [Tese de doutorado] Juiz de Fora (MG): UFJF, Programa de Pós- Graduação em Psicologia, 2014.

ESPÍNDOLA, L. F.G. Redução de Danos: a busca de novos caminhos. *In*: UCHÔA, R. (Org.). **Ensaio sobre as drogas: necessidades humanas e políticas públicas**. 1 ed. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2010.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 3, Florianópolis, set/dez. 2009.

FEUERWERKER, L.M.; COSTA, H. Intersetorialidade na rede Unida. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v.22, p. 25-35, dez. 2000.

FEYERABEND, P. **Contra o método**. São Paulo: Ed. UNESP, 2007.

FIGUEIREDO, M. D.; ONOCKO-CAMPOS, R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 129-138, Rio de Janeiro, jan/fev. 2009.

IORE, M. **Uso de “drogas”: controvérsias médicas e debate público**. Campinas, SP: Mercado de letras, 2007.

FORTES *et al.* Psiquiatria no século XXI: transformações a partir da integração com a Atenção Primária pelo matriciamento. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, v. 24, n. 4, Rio de Janeiro, out/dez. 2014.

GAMA, *et al.* Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, vol.17, n. 1, São Paulo, mar. 2014.

GEAD. Grupo de Estudos sobre Álcool e outras Drogas. **Perfil dos usuários, drogas de preferência e aspectos do tratamento nos CAPsAD da cidade do Recife**. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/blogs/facepe%20gead_entre%20pedras%20e%20tiros%20

%20apresentacao%20resultados%20da%20pesquisa%2013112012.pdf> Acesso em 5 de mai. de 2015.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 3 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2000.

KIEPPER, A. As novíssimas iniciativas legislativas sobre drogas no Brasil. *In*: BOKANY, V. (Org.). **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça – proximidades e opiniões**. 1 ed. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2015.

LABATE, B. C.; FIORE, M.; GOULART, S. L. Introdução. *In*: CARNEIRO, H. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. 1 ed. Salvador: Edufba, 2008.

LIMA, M. *et al.* Signos, significados e práticas de manejo da crise em Centros de Atenção Psicossocial. **Interface**, v. 16, n. 41, p. 423-434, Botucatu, abri/jun. 2012.

LINS, J. O uso de crack entre mulheres: tendências e desafios. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 237-250, dez. 2011.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica: aspectos históricos e técnicos-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. **Interface**, v. 10, n. 20, Botucatu, jul/dez. 2006.

MARZANO, M. L. R.; SOUSA, C. A. C. O espaço social do CAPS como possibilitador de mudanças na vida do usuário. **Texto e contexto enfermagem**, v. 13, n. 4, p. 577-584, Florianópolis, dez. 2004.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2014.

MORAES, M. A.; SILVA, R. E. Mulheres, crack e contextos de vulnerabilidades. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 251-269, dez. 2011.

MORAES, P.; PIMENTEL, P.; UCHÔA, R. S. Drogas e Políticas Públicas: uma análise dos planos de enfrentamento à problemática do crack no Brasil. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 197-219, dez. 2011.

NUNES, M. *et al.* A dinâmica do cuidado em saúde mental: signos, significados e práticas de profissionais em um Centro de Assistência Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 188-196, Rio de Janeiro, jan. 2008.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, Rio de Janeiro, out. 2013.

PASSOS, S. R. L.; CAMACHO, L. A. B. Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, São Paulo, fev. 1998.

PEIXOTO, C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 4, p. 317-321, Rio de Janeiro, 2010.

RODRIGUES, T. Tráfico, Guerra, Proibição. In: CARNEIRO, H. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. 1 ed. Salvador: Edufba, 2008.

RODRIGUES, L. S. A. *et al.* Perfil dos usuários atendidos em um centro de atenção psicossocial – álcool e drogas. **Revista de Enfermagem**, v. 7, n. 8, p. 5183-5190, Recife, ago. 2013.

ROSA, L. C. S.; ONOCKO-CAMPOS, R. T. Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. **Revista Serviço Social e Sociedade** n. 114, São Paulo, abr./jun. 2013.

RUI. **Corpos Abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. [Tese de doutorado] Campinas (SP): Unicamp, Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 2012a.

_____. Vigiar e cuidar: notas sobre a atuação estatal na “cracolândia”. **Rev. bras. segur. Pública**, v. 6, n. 2, p. 336-351, São Paulo, ago/set. 2012b.

_____. **Nas tramas do crack: etnografia da abjeção**. São Paulo: Terceiro Nome, 2014a.

_____. Usos da “Luz” e da “cracolândia”: etnografia de práticas espaciais. **Saúde Soc.**, v. 23, n. 1, p. 91-104, São Paulo, 2014b.

RYBKA, L. N. **A dialética resistência/entrega no uso nocivo de substâncias psicoativas por mulheres**. [Dissertação de mestrado] Campinas (SP): Unicamp, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2015.

SÃO PAULO. **Decreto 59.164**, de 9 de maio de 2013. Institui o Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado Programa Recomeço, e dá providências correlatas. São Paulo, 2013.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n. 4, Rio de Janeiro, jul/ago. 2009.

SIMÕES, J. A. Prefácio. In: CARNEIRO, H. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. 1 ed. Salvador: Edufba, 2008.

SILVA, D. S. **A equipe enquanto lugar de formação: a educação permanente num CAPS ad**. [Dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Unicamp. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2015.

SOUZA, J.; KANTORSKI, L. P.; MIELKE, F. B. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 2, n. 1, Ribeirão Preto, fev. 2006.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos).** [Tese de doutorado]. Campinas (SP): Unicamp. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2013.

SURJUS, L. T. L. S. **Narrativas políticas: o olhar dos usuários sobre os CAPS (centros de atenção psicossocial) de Campinas** [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Unicamp. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2007.

_____.; ONOCKO-CAMPOS, R. A avaliação dos usuários sobre os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) de Campinas, SP. **Revista latino-americana de psicopatologia fundamental**, v. 14, n. 1, p. 122-133, mar. 2011.

TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-29, jan./mar. 2002.

TÓFOLI, L. F. Conceitos básicos nos transtornos de uso, abuso e dependência de crack, álcool e outras drogas. In: MAZITELLI, F. *et al.* (Org.) **Desenvolvendo e articulando o conhecimento para o cuidado das pessoas em sofrimento pelo uso de drogas em contextos de vulnerabilidade**. 1 ed. Curitiba: CRV, 2015a.

_____. Políticas de drogas e saúde pública. **Revista Internacional de Direitos Humanos**, n. 21, v. 12, ago. 2015b.

TRAPÉ, T. L. **Rede de atenção à saúde mental: estudo comparado brasil-catalunha**. [Tese de Doutorado] Campinas (SP): Unicamp. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. 2015.

TUGUIMOTO, J. K. *et al.* A contribuição da espiritualidade e da religiosidade na prevenção e no tratamento da dependência química. **Estudos Universitários - Revista de Cultura**, Recife, v. 28, n.9, p. 33-52, dez. 2011.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 39, n. 3, p. 507-514, São Paulo, jun. 2005.

UCHÔA, R. Jovens, lazer e consumo de drogas. **Arte Sensus** [Edição Especial], Recife, v. 7, n.7, p. 15, dez. 2007.

UNODC. United Nations Office on Drugs and Crime. **Relatório Mundial Sobre Drogas**. Disponível em: < <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/relatorio-mundial-sobre-drogas.html>> Acesso em 23 de set. de 2015.

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

VARGAS, E. V. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, v. 49 n. 2, São Paulo, jul/dez. 2006.

VARGAS, E. M. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. *In*: CARNEIRO, H. (Org.). **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. 1 ed. Salvador: Edufba, 2008.

VENTURA, C. A. A. Drogas lícitas e ilícitas: do direito internacional à legislação brasileira. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 554-559, Goiás, jul./set 2011.

VIEIRA, J. K. S. *et al.* Concepção sobre drogas: relatos dos usuários do CAPS-ad, de Campina Grande, PB. **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, v. 6, n. 2, Ribeirão Preto, ago. 2010.

ZAMBENEDETTI, G. Dispositivos de Integração da Rede Assistencial em Saúde Mental: a experiência do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira. **Saúde Soc.**, v. 18, n. 2, p. 334-345, São Paulo, 2009.

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Mudanças no contexto de vida dos usuários em acompanhamento em um CAPS AD em
Campinas - SP.**

Pesquisadora: Clarissa de Barros Lacerda

Orientadora: Martas Fuentes Rojas

Número do CAAE: 41350815.0.0000.5404

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos e deveres como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houverem perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Justificativa e objetivos:

O presente estudo tem como objetivo identificar o que mudou no contexto de vida dos usuários em acompanhamento no CAPS AD “Antônio Orlando” após serem acolhidos no serviço, levando em conta o sujeito em sua totalidade e seus objetivos com o tratamento. Essa pesquisa se faz pertinente no sentido de favorecermos maior visibilidade dos resultados possíveis com o tratamento num CAPS AD e podermos identificar quais outras demandas abrangem esses indivíduos para além do uso em si, uma vez que busca abordar o sujeito como um todo.

Procedimentos:

Participando do estudo você está sendo convidado a: participar de uma entrevista com duração de no máximo 60 minutos, a qual será realizada no próprio CAPS AD “Antônio Orlando”. As falas dos participantes serão gravadas e transcritas.

Desconfortos e riscos:

Você **não** deve participar deste estudo se não estiver à vontade em responder as perguntas.

Benefícios:

Ao participar dessa pesquisa você estará contribuindo para que a questão do uso abusivo de drogas seja compreendido em sua totalidade, levando em conta os fatores externos que influenciam nesse uso. Desta forma será dada maior visibilidade as demandas dos usuários deste serviço de saúde, facilitando assim na criação de novas estratégias para o tratamento e criação de políticas públicas articuladas.

Acompanhamento e assistência:

Qualquer dúvida que se tenha sobre a realização deste estudo pode ser esclarecida antes, durante ou após a entrevista com a pesquisadora.

Sigilo e privacidade:

Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado.

Ressarcimento:

As entrevistas serão realizados no próprio CAPs AD nos dias em que tiver atividades agendadas. Porém caso exista algum tipo de gasto com a participação nesta pesquisa, você será ressarcido.

Contato:

Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com Clarissa de Barros Lacerda; Endereço: R. Pedro Zaccaria, 1300 - Jd Santa Luiza – Limeira - SP - Cep: 13.484-350; Fone: (19) 3701-6673; e-mail: clarissa_lacerda@hotmail.com. Ou com Marta Fuentes Rojas; Endereço: R. Pedro Zaccaria, 1300 - Jd Santa Luiza – Limeira - SP - Cep: 13.484-350; Fones: (19) 3701-6673/6674; e-mail: marta.fuentes@fca.unicamp.br.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação no estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido:

Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Nome do(a) participante: _____

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do participante ou nome e assinatura do responsável)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data: ____/____/____.
(Assinatura do pesquisador)

ANEXO II

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mudanças no contexto de vida dos usuários em acompanhamento em um CAPS AD em Campinas - SP

Pesquisador: Clarissa de Barros Lacerda

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 41350815.0.0000.5404

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências Aplicadas - FCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 972.645

Data da Relatoria: 09/03/2015

Apresentação do Projeto:

Projeto de mestrado, bem escrito, e de metodologia um pouco complexa porém bem descrita, composta por uma pesquisa de campo que inclui 2 fases: uma quantitativa e outra qualitativa. A amostra incluirá 30 pacientes em atendimento no CAPS AD "Antônio Orlando" (Cândido Ferreira) com a intenção de examinar sua história de vida, identificar mudanças de vida após iniciarem o tratamento, levando em conta os objetivos de tais indivíduos com o acompanhamento no CAPS AD. Para isso será traçado o perfil dos usuários deste serviço, bem como o motivo de procura, tipo de demanda, drogas de uso, frequência e tempo de consumo. Além disso, verificar se tais usuários identificaram o cumprimento das diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial por parte da equipe multiprofissional do CAPS AD durante o tratamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar o que mudou no contexto de vida dos usuários em acompanhamento no CAPS AD Antônio Orlando após serem acolhidos no serviço, levando em conta o sujeito em sua totalidade e seus objetivos com o tratamento.

Objetivos Secundários: 1) Apontar o perfil inicial dos usuários no momento em que foram acolhidos no CAPS, bem como o motivo de procura ao tratamento, tipo de demanda, drogas de

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 972.645

uso, frequência e tempo de consumo; 2) Verificar, a partir do ponto de vista dos usuários, se as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial foram seguidas pela equipe multiprofissional do CAPS durante o tratamento, levando em conta questões fundamentais como a inclusão social, promoção da autonomia e as estratégias de redução de danos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Possível desconforto dos sujeitos ao terem que responder perguntas numa entrevista com duração de 60 minutos.

Benefícios: Não há benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa, embora haja outros descritos pela pesquisadora.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os instrumentos utilizados na pesquisa serão textos e artigos científicos a respeito da temática das drogas, levando em conta a importância da interdisciplinaridade na abordagem desse tema. Além da revisão da literatura, será realizada uma pesquisa de campo em 2 fases: quantitativa e qualitativa. A parte quantitativa terá duas finalidades: 1) traçar o perfil dos pacientes inseridos no tratamento do CAPS AD "Antônio Orlando" e 2) estabelecer a amostra de 30 usuários que serão submetidos a parte qualitativa do estudo, e que frequentam serviço com assiduidade. O perfil dos usuários será traçado a partir da leitura de seus prontuários com auxílio de um instrumental estruturado. Essa análise será realizada com aproximadamente 200 prontuários de pacientes que estão inseridos no tratamento e já foram submetidos a uma entrevista inicial no serviço, e visa fornecer informações individuais de cada paciente, descritas no projeto. Após estabelecer o perfil será dado início a parte qualitativa da pesquisa que terá uma amostra por conveniência com cerca de 25 a 30 pacientes que se voluntariarem a participar do estudo. Esse segundo momento está relacionado ao objetivo principal deste estudo, onde a pesquisadora buscará responder a seguinte pergunta: "O que mudou no contexto de vida desses usuários após iniciarem tratamento do CAPS AD 'Antônio Orlando'?". Para tanto serão realizadas entrevistas individuais onde será proposto que os entrevistados dissertem a respeito do que os motivou a buscarem tratamento e se tais motivações vem sendo alcançadas.

"A partir de tais entrevistas avaliaremos se as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial foram seguidas pela equipe multiprofissional do CAPS durante o tratamento, levando

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 02 de 05

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 972.645

em conta questões fundamentais como a inclusão social, promoção da autonomia e as estratégias de redução de danos. As entrevistas só serão realizadas após aprovação da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido. A identidade dos entrevistados será mantida em sigilo, levando em conta a Resolução 466/12 a qual regulamente as pesquisas em seres humanos no Brasil e atualiza a Resolução 196/96. Caso haja autorização dos entrevistados, as entrevistas terão o áudio gravado e serão posteriormente transcritas para uso na dissertação, sem identificação dos sujeitos pesquisados."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto inserido adequadamente na Plataforma Brasil. Folha de rosto ok, assinada pela pesquisadora e pelo diretor da Faculdade de Ciências Aplicadas, campo de Limeira. Estão anexados 2 documentos de aceite da realização da pesquisa pelo CAPS: 1) Aprovação do estudo pela Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, de Parecer 07/2015; 2) Declaração de viabilização e apoio à pesquisa, onde a instituição se coloca como co-participante do estudo. TCLE adequado. Cronograma adequado.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- 1) Anexar o roteiro de entrevista semi-estruturada a ser aplicada aos sujeitos participantes. * Pendência atendida.
- 2) No campo dos riscos: pontuar o possível desconforto do sujeito em responder a entrevista com duração de 60 minutos. * Pendência atendida.
- 3) No campo dos benefícios pontuar que não há benefícios diretos aos sujeitos de pesquisa. * Pendência atendida.
- 4) A pesquisadora diz que ao finalizar as entrevistas com os pacientes, haverá um debate, que tb será gravado e transcrito posteriormente. Com quem se dará esse debate? Com os sujeitos de pesquisa reunidos? Ou com a equipe de profissionais do CAPS? Caso seja com os profissionais da equipe, é necessária a descrição dessas pessoas também como sujeitos de pesquisa, o número de pessoas, e a aplicação de um TCLE a elas também. * Pendência atendida. Pesquisadora parece ter atendido à essa pendência, alterando a descrição dessa atividade no texto, copiado a seguir :
..."Para tanto serão realizadas entrevistas individuais onde será proposto que os entrevistados disserem a respeito do que os motivou a buscarem tratamento e se tais motivações vem sendo

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 03 de 05

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 972.645

alcançadas. A partir de tais entrevistas avaliaremos se as diretrizes para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial foram seguidas pela equipe multiprofissional do CAPS durante o tratamento, levando em conta questões fundamentais como a inclusão social, promoção da autonomia e as estratégias de redução de danos."

Isso nos faz entender que NÃO HAVERÁ DISCUSSÃO/ DEBATE FINAL com a equipe multidisciplinar do CAPS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado.

- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 972.645

e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

CAMPINAS, 04 de Março de 2015

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126
Bairro: Barão Geraldo **CEP:** 13.083-887
UF: SP **Município:** CAMPINAS
Telefone: (19)3521-8936 **Fax:** (19)3521-7187 **E-mail:** cep@fcm.unicamp.br

Página 05 de 05

ANEXO III



Serviço de Saúde "Dr. Cândido Ferreira"

Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70
CNPJ 46.044.368/0001-52

Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990
Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106-042
Fone/Fax: 055 - 0XX -19 - 3758 -8629 - E-mail: residencia@candido.org.br

COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE SOLICITAÇÃO DE PESQUISA

PARECER Nº 07/2015

Campinas, 26 de janeiro de 2015.

1) IDENTIFICAÇÃO:

Projeto: Mudanças no contexto de vida dos usuários em acompanhamento em um Caps ad em Campinas – SP.

Pesquisador responsável: Clarissa de Barros Lacerda

Orientador: Marta Fuentes Rojas

2) PARECER DA RELATORIA:

A partir da leitura e avaliação do projeto, considera-se:

- Projeto **APROVADO** pela Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa / SSCF sem restrições, uma vez acordado com a equipe e com compromisso de apresentação dos resultados ao final do processo.

Heloisa Novaes de Miranda Amaral
Comissão de Avaliação de Solicitação em Pesquisa
Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira



Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira”

Utilidade Pública Federal nº 48991/60, Estadual 561/61 e Municipal 3936/70

CNPJ 46.044.368/0001-52

Em co-gestão com a Secretaria Municipal de Saúde desde 1990

Comissão de Avaliação de Solicitação de Pesquisa

Rua Antônio Prado, 430 – Sousas - Campinas-SP - Brasil - Cep 13106--042

Fone/Fax: 055 - 0XX -19 - 3758 -8629 - E-mail: protocolopesquisa@gmail.com

DECLARAÇÃO

Declaramos, a fim de viabilizar a execução da pesquisa intitulada “Mudanças no contexto de vida dos usuários em acompanhamento em um Caps ad em Campinas – SP.”, sob a responsabilidade da pesquisadora Clarissa de Barros Lacerda, que o Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira conta com a infra-estrutura necessária para a realização da referida pesquisa.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Campinas, 26 de janeiro de 2015.

Heloisa Novaes de Miranda Amaral
Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira

