



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Departamento de Saúde Coletiva



Mestrado em Saúde Pública

**O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA
TRATAMENTO DE PROBLEMAS
DECORRENTES DO USO DE DROGAS:
PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS,
ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS.**

Maristela de Melo Moraes

Recife, 2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Maristela de Melo Moraes

**O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA TRATAMENTO DE PROBLEMAS
DECORRENTES DO USO DE DROGAS: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS,
ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS.**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, da Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, sob orientação da professora Maria Alice Fernandes Branco.

Recife, 2005

**Aos que acreditam e trabalham na
construção de uma atenção à saúde
mais justa e humanizada.**

Agradecimentos

A minha mãe, Margarida Melo, que tornou possível a minha existência, que me dá a força necessária para que eu possa ir em busca dos meus sonhos.

A Ana Rita, Júlio Cezar e Rafaela: vocês são fundamentais na minha vida, são luzes que tornam meus dias mais ensolarados.

A Gregório, pelo amor, pela compreensão, pelas alegrias, por estar do meu lado em todos os momentos, por compartilhar sonhos e projetos de vida. Por tudo.

A Lilith pelo sorriso e pela inocência; a tia Guidinha, pela amizade e pela referência de ser humano.

A Dona Lêna, Helena, João Cláudio, Catarina, Eliane e Jorge, por fazerem parte dos meus dias; ao Sr. Gregório pela sabedoria e pela serenidade.

A Alice Branco, por me mostrar outros aspectos das dimensões espaço e tempo, que torna o Rio de Janeiro mais próximo e a sua presença constante.

A Luciana, pelos caminhos trilhados em parceria, pelas palavras amigas, por me fazer compreender o que significa amizade.

A Nara, companheira de todas as horas, amiga de verdade, cuja gargalhada faz esquecer os obstáculos cotidianos.

A Benedito, a quem as palavras não são suficientes para expressar minha gratidão, tamanha a importância de sua presença para a concretização dessa dissertação.

A Jorge Lyra, por ensinar-me o sentido da palavra determinação e a delicadeza que ela possui.

A Ricardo, Daniel e Fábio, pela ajuda, pelo companheirismo e pelas pessoas maravilhosas que são.

A Edinaldo, Tiago e Karla Vidal pela compreensão e por atender aos meus pedidos de ajuda na finalização desse texto.

A Pedro, Romero, Noronha, Clécio, Karla Galvão, Ana Paula, Breno, Rebeca, Andréia, Ana Roberta, David, Ana Carla, Cassandra, Rafael, Auzenir, Valmir, amigos e amigas do Instituto PAPAI; aos jovens do grupo Atuação.

A Cláudio Pedrosa e Maria Adrião, por ensinarem a sabedoria de viver.

A Kaliani, Paula Targino, Tiago e João Bosco, dos quais não me separarei.

A Eva Rozental, Cathy, Ana Kaline, Ana Paula Melo, Márcia e Marília, companheiras de sempre.

As colegas de turma Kamila, Luck, Naíde, Rose, Dani, Alda, Rita, Gerlane, Veruska, Gisele e ao colega André, com os quais compartilhei dores e delícias do Mestrado.

A Maria Lúcia Simas, Edna Lopez e Aída Novelino: grandes mestres.

A Abel Menezes, pela sabedoria das palavras e dos gestos, pela brilhante ajuda na compreensão do campo que escolhi estudar.

A Kátia Falcone, por me ensinar a acreditar que uma atenção à saúde humanizada é possível.

A Sheila, pelas observações pertinentes e pela amizade construída.

A Vângela, Nilda, Dete e Nalva, por serem sempre prestativas.

A Marcílio Cavalcanti e as pessoas da Se Liga, pelos ensinamentos e pela militância por uma sociedade mais justa.

Aos/as companheiros/as da Rede Pernambucana de Redução de Danos e da Associação Brasileira de Redutores de Danos – ABORDA.

As minhas amigas inseparáveis, Ana Karla e Juliana.

A Rosa Pereira, pela escuta, pelas palavras e pelo silêncio.

A todos e todas do Maracatu Nação do Engenho e do Maracatu Leão Coroado.

A todos e todas que concordaram em participar do estudo: sem vocês nada seria feito; a gerencia do Centro Eulâmpio e do CPTRA por abrirem as portas das unidades para tornar possível a dissertação.

A todos os professores e profissionais do Aggeu Magalhães e do NESC.

A Capes, pela bolsa que possibilitou o estudo.

Aos membros da banca de qualificação e de defesa da dissertação.

A todos que contribuíram para a realização desse trabalho.

A Deus, aos anjos da guarda e a todos os seres de luz que possam comigo estar.

*"Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar."*

Bertold Brecht

RESUMO

Este estudo teve como objetivo investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas, tentando identificar concordâncias e contradições entre os atores sociais, no que diz respeito a essas percepções, bem como analisar as repercussões destas sobre a estruturação/prática dos serviços.

Está embasado nos campos das ciências humanas e da saúde, utilizando a abordagem da produção de sentido e práticas discursivas como referencial teórico-metodológico.

A revisão da literatura, feita no estudo, aborda questões gerais e debates recentes, fazendo um breve passeio pelo histórico do uso de drogas pela humanidade e pela epidemiologia atual do uso de drogas no Brasil, que ajudam na compreensão das políticas públicas voltadas para o debate em questão. Aborda ainda aspectos de um modelo oficial de atenção à saúde, como esse modelo foi construído no contexto da saúde mental, como se expressa no cotidiano dos serviços de saúde e quais as suas limitações.

O estudo foi realizado em dois CAPS-AD de Recife-PE, de maio a setembro de 2004. Foram utilizadas as técnicas de grupos focais, observação participante e pesquisa documental, para presenciar o cotidiano das unidades de saúde, aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos das unidades. Foram criadas categorias e subcategorias de análise, baseadas nos documentos oficiais sobre o modelo de atenção recomendado pelo Ministério da Saúde, e construídos quadros para categorização das práticas discursivas dos vários atores sociais.

Ainda que estejam presentes nos discursos e práticas, vários elementos da política de atenção integral à saúde, há a percepção dos usuários como doentes, a medicalização e outros resquícios de modelos de atenção em desuso a partir da Reforma Psiquiátrica. A pobreza, o desemprego e outras formas de exclusão social, principalmente entre os homens, parecem expressar-se em problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A reinserção social foi percebida por todos os atores sociais como o maior obstáculo para uma atenção integral à saúde.

Anda que as novas políticas e ampliações da rede de atenção à saúde dos usuários de álcool e drogas sejam avançados no sentido de um serviço de qualidade e humanizado, ainda encontram-se em processo de implementação, sendo necessário dar continuidade à reorientação da prática, buscando uma ruptura com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, bem como com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.

Palavras-chave: modelo de atenção à saúde; drogas; percepção de atores sociais; humanização e integralidade.

ABSTRACT

This study had the objective of investigating the perception of users, companions, and health professionals, regarding the existing model of health attention to drug users; Trying to identify agreements and contradictions between the social actors, focusing these perceptions, as well as analyzing the repercussions of these on the configuration of structure and practice of the services.

It is based in the fields of human and health sciences, and used construction of meanings and discursive methods as its approach and methodological and theoretical reference.

The literature revision in the study approaches recent and general questions and debates making a brief historical description of the use of drugs by mankind, by the current epidemiology of the use of drugs in Brazil. The study also approaches actions that guide to a comprehension of the public politics made in order to focus the debate in question. It still approaches aspects of an official model of attention to health, aspects of its construction in the context of mental health, how it expresses itself in daily health services and where are its limitations.

The study was carried out in two CAPS-AD of Recife-PE, from May to September 2004. The techniques of focal groups, participatory observation and documental research were used in order to witness the day-to-day work of the health units, to get to know the perceptions of the actors regarding the model of assistance and to know the therapeutical projects of the units. Categories and sub-categories of analysis were created, based on official documents concerning the model of attention recommended by the Health Ministry, and also charts to categorize the discursive practices of some of the social actors.

Even though there are several elements of the integral health attention policies in the speeches and practices, the perception of the users as sick, the medicalization and other traces of models of attention that fell in disuse after the implementation of the Psychiatric Reform are still very present. Poverty, unemployment and other forms of social exclusion, especially amongst men, seem to express in problems decurrent from alcohol and other drugs use. The social reinsertion was perceived by all social actors as the main obstacle for an integral health attention.

The new politics and the growth of the network of health attention to alcohol and drug users advances in the direction of a quality and humanized service but they still are in process of implementation and its necessary to continuous a reorientation of the practice seems to be necessary, aiming to rupture with the culture of prejudice, of exclusion and illness, as well as with control models based in hospitalocentric psychiatry.

Key-words: model of health assistance/attention; drugs; perception of social actors; humanization and integrality.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA - Alcoólicos Anônimos

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CAPS-AD - Centros de Atenção Psicossocial, Álcool e Drogas

CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas

CECRH - Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana

CPTRA – Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo

MS – Ministério da Saúde

SAME - Serviço de Arquivo Médico e Estatístico

SENAD – Secretaria Nacional Antidrogas

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

INTRODUÇÃO11

Plano de Apresentação15

1. ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE USO DE DROGAS: ASPECTOS CULTURAIS, EPIDEMIOLÓGICOS E POLÍTICOS.....18

1.1. Aspectos culturais: as experiências do uso de substâncias psicoativas pela humanidade19

1.2. O contexto atual do uso de drogas27

1.3. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas no Brasil.....29

1.4. Compreendendo as políticas públicas brasileiras sobre drogas.....31

2. A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO CONTEXTO DA SAÚDE MENTAL36

2.1. A construção do estatuto de doença para a dependência química37

2.2. Principais modelos, abordagens clínicas e serviços de saúde disponíveis no Brasil.....45

2.3. O modelo oficial de atenção à dependência química: diretrizes, práticas, tendências e marcos políticos.....49

2.4. O tratamento: expectativas, discursos e propostas54

3. METODOLOGIA60

3.1. Produção de sentido e práticas discursivas: uma opção teórico-metodológica de base construcionista 61

3.2. Contextualização do início do trabalho de campo.....63

3.3. Objetivo geral.....64

3.4. Objetivos específicos.....64

3.5. As técnicas utilizadas64

3.6. Objeto e desenho do estudo65

3.7. Os atores sociais66

3.8. Fases, instrumentos e fontes de dados67

3.9. A construção das categorias de análise70

3.10. Procedimentos de análise72

4. PERCEPÇÕES DOS ATORES SOCIAIS SOBRE O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE USUÁRIOS DE DROGAS.....74

4.1. Contextualização: aspectos gerais sobre as unidades de saúde e o público atendido.....75

4.2. Panorama das práticas discursivas a partir das categorias de análise.....79

5. CONCLUSÕES106

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....114

ANEXOS

INTRODUÇÃO

Embasado nas ciências humanas e da saúde, utilizando a abordagem da produção de sentido e práticas discursivas como referencial teórico-metodológico, o presente estudo enfoca aspectos específicos da questão do uso de drogas, tendo como objetivo investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas.

Sabe-se que historicamente o uso de drogas tem marcado a relação existente entre os seres humanos, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada.

No entanto, a literatura aponta para a manutenção da lógica de controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos portadores de desvios, entre eles os usuários de drogas, tendo em vista que estas se configuram, progressivamente, como tabus na sociedade atual.

A história da doença mental, na qual está inserido o uso de drogas, é marcada por diversos “jogos de exclusão”. A loucura passa a ser alvo da ciência de forma contundente, construindo inúmeras explicações e caracterizações dos insanos, entregues à desordem e à devassidão que apresentavam desvios de conduta (Foucault, 1978).

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

Além disso, baseado numa lógica capitalista que incluía socialmente os aptos ao trabalho, as atividades laborais passaram também a configurar-se como recurso terapêutico, para uma aparente promoção da readaptação social (Delgado, 1987), passando a ser amplamente utilizadas.

A neurose e outros agravos tiveram também a função de esconder problemas sociais diversos, uma questão complexa que exigia da assistência psiquiátrica brasileira a renúncia do papel que a história lhe coube, a saber, o de

recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade (Basaglia, *op.cit.*), dando origem a um processo de Reforma Psiquiátrica, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, quebrando a hegemonia do modelo psiquiátrico, marcado por toda a história de controle e vigilância.

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a dependência química, ou toxicomania, passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que orienta até hoje a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

No Brasil, a ausência de informações para diagnóstico confiável sobre o uso de drogas, entre outras coisas, dificulta a definição de políticas mais abrangentes e efetivas (Bucher, 1992).

Além disso, reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações preventivas abrangentes (*id. ibid.*).

Um avanço significativo no sentido da adoção de uma lógica mais adequada à complexidade da questão do uso de drogas, tem sido a abordagem da redução de danos, que põe em ação estratégias de auto-cuidado imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição às situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde pública.

Ainda que sua implantação seja alvo de críticas e censuras, a redução de danos é o eixo central da Política atual do Ministério da Saúde para Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas, a mesma política que instituiu a criação dos CAPS-AD, Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas.

Esses CAPS-AD devem oferecer atendimento diário, permitir um planejamento terapêutico adequado a cada caso, possibilitando intervenções precoces para limitar o estigma associado ao tratamento. Precisam estar integrados a uma rede de leitos psiquiátricos de hospitais gerais e outras práticas

de atenção comunitária, de acordo com a necessidade da população (Brasil, 2003a).

A Política propõe, ainda, que a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas seja contrária à culpabilização dos indivíduos e proponha a mudança do paradigma de doença para o de cidadania (*id. ibid.*).

Em resposta ao crescente pânico da população em torno do grande problema da atualidade - o uso de drogas – cresceu também uma corrente de atenção à saúde que diz que essas pessoas merecem atenção à saúde de qualidade, o que é coerente com o movimento de humanização da atenção à saúde, documentado na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, que recomenda a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade (Brasil, 2004).

A criação de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde surgiu a partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde e tem como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde. Além disso, dentre as suas principais diretrizes estão “*o estímulo a práticas resolutivas, racionalização e adequação do uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias*”, além do “*compromisso com o sujeito e seu coletivo*” (*id. ibid.*), indicações que configuram-se como importantes avanços para a atenção à saúde, especialmente no contexto da saúde mental e do uso de drogas.

Feita uma primeira explanação sobre o tema, é importante deixar claro que a singularidade da investigação que aqui se apresenta está no fato de abordar as percepções de diferentes atores sociais, sobre o modelo de atenção à saúde que orienta a prática, possibilitando a escuta de personagens importantes nesse cenário, geralmente ignorados em vários estudos.

Por tratar-se de uma investigação num campo tão controverso como o do uso de drogas¹, é importante deixar clara a opção terminológica adotada entre

¹ Faz-se necessária uma distinção entre as palavras droga e fármaco. De origem controversa, *droga*, do francês *drogue*, quer dizer ingrediente de tintura ou de substância química e farmacêutica. No holandês, *drooge vate* significa ‘tonéis secos’, segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001). De acordo com o dicionário etimológico Vida Íntima das Palavras (Silva, 2002), vem de *droogen*, que significa ‘seco’, mercadoria enxuta, uma das artes dos secos e molhados, presentes na linguagem comercial portuguesa; ou do persa *daru* ou medicina.

tantos termos utilizados para expressar a existência de problemas decorrentes do uso dessas substâncias. Termos como drogadição, farmacodependência, dependência química, toxicomania, toxicodependência, vício, uso indevido, uso prejudicial, são marcados principalmente pela tradição médica e/ou moral de abordagem do tema, o que levou à opção nesse estudo pela utilização de expressões menos influenciadas por esses campos, ainda que o foco de interesse sejam os atores sociais que circulam em centros de tratamento para usuários de drogas. Apenas nos momentos em que a literatura traz as nomenclaturas usuais, como dependência química, por exemplo, são mantidos os termos para contextualizá-los.

Alguns dos atores sociais que circulam nessas unidades não são pacientes, doentes, clientes ou apenas usuários dos serviços ou familiares e acompanhantes de pessoas em tratamento. São homens e mulheres de diferentes idades, influenciados pelas socializações de gênero, pelos contextos sociais em que estão inseridos, por crenças religiosas, valores e projetos de vida, cidadãos que buscam um direito garantido na Constituição Federal do nosso país: a Saúde. Outros não são apenas profissionais, mas também homens e mulheres de diferentes formações, cidadãos que atuam no campo do cuidado, da atenção à saúde. São esses os atores sociais que se fazem presentes ao longo do texto.

Plano de Apresentação

O estudo está dividido em cinco capítulos, sendo os dois primeiros voltados para uma revisão bibliográfica sobre o tema e os demais para metodologia, resultados/discussão e conclusões.

O primeiro capítulo apresenta questões gerais e debates recentes, faz um breve passeio pelo histórico do uso de drogas pela humanidade, pela epidemiologia atual do uso de drogas no Brasil e ajuda na compreensão das políticas públicas voltadas para o debate em questão.

É dada ênfase ao histórico de algumas drogas, uma atualmente classificada como lícita (o álcool) e outra ilícita (a maconha), tendo em vista serem as mais

Fármaco, considerado uma substância com atividade terapêutica, vem de *phármakon*, que quer dizer medicamento. Sendo assim, todo fármaco é uma droga, mas nem toda droga é um fármaco.

usadas no Brasil, em cada uma das duas categorias, além de outras substâncias utilizadas em rituais de diversas religiões ao longo da história da humanidade.

O capítulo aborda, ainda, aspectos teóricos e práticos sobre rituais, importantes indicadores analíticos que fazem parte da sociedade, são reinventados e ao mesmo tempo compõem um repertório usual que auxilia na compreensão de vários aspectos relacionados ao histórico do uso de drogas e das suas manifestações atuais.

O capítulo 2 aborda questões que ajudam na compreensão das práticas guiadas por um modelo oficial de atenção à saúde, como esse modelo foi construído no contexto da saúde mental, como se expressa no cotidiano dos serviços de saúde e quais as suas limitações.

O capítulo 3 traz aspectos sobre o olhar da pesquisadora para o campo estudado, a partir da contextualização da abordagem teórico-metodológica adotada, bem como os procedimentos metodológicos utilizados para a coleta de informações e a análise.

Parte-se de uma abordagem construcionista que concebe todo conhecimento como socialmente construído, utilizando-se uma análise da produção de sentidos, a partir de práticas discursivas, como as conversas, textos e outras formas de expressão, verbal e não-verbal, utilizadas cotidianamente para dar sentido ao mundo em que se vive.

O capítulo 4 refere-se à análise propriamente dita, trazendo os quadros com os discursos produzidos pelos atores sociais que participaram do estudo, bem como as discussões pertinentes, a partir dos objetivos propostos.

O capítulo 5 faz um apanhado das contribuições do estudo, além de questões para possíveis desdobramentos.

Vale contextualizar que esse trabalho está inserido no campo da saúde coletiva, dialogando com diferentes áreas, como a antropologia, a sociologia e a psicologia social, numa tentativa de utilizar olhares complementares que auxiliem na compreensão mais ampla do campo estudado. É fruto não só de um Curso de Mestrado, mas também, de toda uma trajetória da pesquisadora, que passa pela graduação em psicologia e intervenção clínica como psicoterapeuta, pela

formação de sanitarista, pela atuação em organizações da sociedade civil e pela postura de cidadã que investe na construção de um mundo melhor e mais justo.

Não pretende, portanto, ser um estudo que se esgota com a produção do texto final ou na defesa pública para obtenção de um título, mas, acima de tudo, inspirar uma reflexão sobre as ações em saúde voltadas para uma população específica e, a partir dessa reflexão, contribuir para gerar uma mudança nessas práticas, marcadas historicamente mais pela culpabilização do que pela promoção de saúde, colaborando para o desenvolvimento de estratégias que ajudem a construir a integralidade das ações em saúde.

1 – Algumas considerações sobre uso de drogas: aspectos culturais, epidemiológicos e políticos.

1.1 Aspectos culturais: as experiências do uso de substâncias psicoativas pela humanidade

O uso de substâncias psicoativas está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, e certamente os vários registros desse uso não podem deixar de ser citados pelos trabalhos que têm como objeto o uso de drogas ou contextos relacionados a essa prática.

Ainda que apontem para um consumo diferenciado do atual, marcam a relação existente entre os seres humanos e a busca por diversos tipos de substâncias, em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada. Corresponde a uma prática humana milenar e universal, através da qual os humanos têm buscado a cura de males, alívio de sintomas, modificação intencional do estado de consciência, diminuição da ansiedade diante das incertezas da vida, experiências místicas variadas, obtenção do prazer e uma infinidade de outras razões (Bucher, 1992).

Há indícios de que o ser humano, em todas as culturas, procurou várias formas de transcendência e de manipulação da consciência, não podendo ser essas atitudes consideradas exceções (Pacheco, 2004) ou situações atípicas.

Os estudos etnográficos, originários do campo da Antropologia, merecem destaque por suas contribuições, tendo em vista se tratar de uma disciplina interpretativa, em busca dos significados socioculturais. O etnógrafo pode transformar um acontecimento passado, em um relato que pode ser consultado posteriormente, preservando-se o contexto histórico e cultural em que estava inserido (Acioli, 2002).

Os estudos antropológicos apontam que, dentre as drogas consumidas pelas sociedades humanas, o álcool é sem dúvida uma das mais antigas, uma das mais utilizadas e com diferentes fins, de anestésico a narcótico. Sendo uma substância produzida a partir de elementos disponíveis na natureza (água, açúcar, fermentos e calor), talvez a origem do álcool tenha ocorrido espontaneamente, durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento,

fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior (*id.ibid.*).

O álcool pode ter sido extraído inicialmente da fermentação de frutas, até chegar à uva, favorita para a produção do vinho, bebida que teve um papel central na cultura grega (Mckenna, 1995).

As bebidas alcoólicas destiladas não eram conhecidas pelos povos antigos, mas constituem-se como a primeira droga sintética altamente concentrada e purificada que se tem registro, estando diretamente vinculada a questões de abuso do álcool:

“Assim como o vício da heroína foi a flôr maligna que brotou do hábito relativamente benigno de usar ópio, o álcool destilado transformou a arte sagrada do cervejeiro e do vinheiro num motor econômico profano, destinado ao consumo das esperanças humanas” (id.ibid.:189).

Atualmente, as bebidas alcoólicas estão presentes em vários ciclos da vida, desde o nascimento até a morte, em ritos, festas e religiões, em momentos de lazer ou de dor e sofrimento (Acioli, *op.cit.*).

No Brasil, principalmente no Nordeste, a ingestão de álcool tem função importante no processo de socialização masculina, sendo os bares os espaços onde, entre os pares, se reforça um modelo tradicional de masculinidade, pautado nas noções de força e coragem (Nascimento, 1999).

De forma semelhante, no caso dos índios Pankararus, estudos etnoepidemiológicos mostraram que o uso de álcool está associado à prova de masculinidade e valentia, como também ao aumento da violência nas aldeias. A quantidade de bebida alcoólica ingerida, sem danos à saúde, é sinal de força masculina, e um padrão adulto almejado pelos mais jovens (Acioli, *op.cit.*).

Além disso, consumir álcool aparece como um dos ritos de passagem para vida adulta masculina mais difundidos na nossa sociedade (Franch, 2004).

Um outro exemplo de substância psicoativa, que tem suas origens datadas dos tempos do neolítico, originada de uma das primeiras plantas utilizadas em larga escala, é a *cannabis*, nome científico da maconha. Há registros de seu uso

no Antigo Oriente, na China e na Índia, estando na base de remotas formas religiosas e diversos usos medicamentosos (Cavalcanti, 1998).

A *cannabis* foi introduzida na África em épocas muito antigas e teve várias espécies adaptadas a climas frios, sendo levada para o Novo Mundo pelos humanos. Tornou-se pandêmica devido à sua facilidade de adaptação ambiental, passando a ter um grande impacto sobre as formas sociais e as auto-imagens culturais dos seres humanos (Mckenna, *op.cit.*). Também utilizada em feitiçarias e outras práticas, a maconha é considerada sagrada entre diversos povos, inclusive no Nordeste do Brasil (Cavalcanti, *op.cit.*).

Nos Estados Unidos, a *cannabis* foi batizada de marijuana, “*com clara intenção de ligá-la a uma suspeita subclasse de pele escura*” (Mckenna, *op.cit.*) e no Brasil provavelmente foi introduzida por escravos africanos, tornando-se parte importante da cultura negra do Norte e Nordeste (Cavalcanti, *op.cit.*).

Citando Adiala (1986), e outros autores, Bucher (*op.cit.*), discorre sobre a origem africana da maconha no Brasil, dizendo que o fato do maconhismo ser considerado um grave problema brasileiro, alvo de inúmeras intervenções, é uma expressão de um preconceito racista e visa a implantação de um sistema punitivo voltado para grupos sociais considerados perigosos, por uma sociedade dominante que é branca.

Bucher (*id.ibid.*) destaca como o uso da *cannabis* esteve presente na formação da cultura brasileira, recorrendo a obras de autores como Gilberto Freyre, Raquel de Queiroz e Fernando Sabino. Especialmente no Nordeste do país, citando *Casa Grande e Senzala* (1975) de Gilberto Freyre, grifa algumas passagens:

“Importaram-se até pouco tempo da África para o Brasil (...) ervas sagradas e para fins afrodisíacos ou de puro prazer. Entre outras, a erva conhecida no Rio de Janeiro por pungo, e por macumba na Bahia; e em Alagoas por maconha (...). Como seu uso se tem generalizado em Pernambuco, a polícia vem perseguindo com rigor seus vendedores e consumidores (...).” (Bucher, *op.cit. apud* Freyre, 1975:103).

As questões culturais, como as acima assinaladas, estão fortemente marcadas pelas funções sociais, mas também pelas funções curativas e místicas

do uso de substâncias, merecendo uma abordagem mais detalhada sobre essas duas últimas questões.

1.1.1 O xamanismo e outras práticas de cura

É evidente que a história do uso de substâncias, em vários momentos, confunde-se com a história da cura, dos curandeiros, dos alquimistas, das bruxas, dos xamãs e da medicina.

A tradição de uso de plantas mágicas está na origem de vários mitos de criação do universo, cultos religiosos, rituais de cura ou processos de auto-conhecimento, de várias culturas orientais e ocidentais. Alguns exemplos são o uso do alucinógeno *Datura*, associado ao culto ao deus indiano Shiva Nataraja; das diversas plantas alucinógenas no México, Colômbia, Guatemala e Peru; da *ayahuasca*, nas seitas União do Vegetal e Santo Daime (Menezes Filho, 2001 *apud* Schultes & Horfmanna, 1982), na bacia Amazônica e no Brasil; além do cipó *banisteriopsis* e outras plantas alucinógenas no xamanismo; ou até a lendária Árvore do Conhecimento, que segundo alguns autores, existiu na África e provavelmente esteve envolvida no surgimento da consciência dos nossos ancestrais (Mckenna, *op.cit.*).

O etnobotânico Terence Mckenna (*id.ibid.*) discorre sobre as perdas que o progressivo distanciamento que os humanos criaram em relação às plantas e substâncias geraram historicamente. Respalhado por inúmeros autores, considera que algumas substâncias alucinógenas têm importância fundamental para a vida humana, principalmente na origem da consciência:

“Meu ponto de vista é que os componentes químicos mutagênicos e psicoativos existentes na dieta dos primeiros humanos influenciou diretamente a rápida reorganização das capacidades do cérebro processar informações. Os alcalóides contidos nas plantas, especialmente os compostos alucinógenos como a psilocibina, a dimetiltriptamina (DMT) e a harmalina podem ter sido os fatores químicos da dieta que catalisaram o surgimento da auto-reflexão humana” (idem:54).

O xamanismo é apontado como uma prática de cura, adivinhação e desempenho teatral, baseados na magia natural, que remonta ao paleolítico superior, que até os dias atuais manteve uma extraordinária coerência interna de práticas e crenças. Algumas plantas, consideradas plantas xamânicas, são utilizadas para que o curandeiro possa acessar outras dimensões, onde a causalidade do mundo comum possa ser substituída por um raciocínio mágico, onde não há ênfase nas leis naturais, como a de causa e efeito, por exemplo (*idem*).

Além do xamanismo, outras práticas utilizam substâncias consideradas expansoras da consciência, como é o caso da alquimia, prática datada da pré-história do Oriente e do Ocidente.

A alquimia pode ser definida como *“um grupo de teorias herméticas e gnósticas frouxamente reunidas, que evoluíram devagar e não se excluíram mutuamente, voltadas para as origens humanas e a dicotomia entre espírito e matéria”* (*idem*: 191). O trabalho alquímico, então, teria como tarefa chegar a uma unidade, tentando resgatar uma luz divina que espalhou-se pelo universo após a queda de Adão.

O saber, a saúde e a longevidade, a transmutação de metais em ouro e a fabricação de um elixir da imortalidade, são os principais objetos da busca alquímica. Tanto a chamada Pedra Filosofal, quanto o próprio Elixir, resultados de processos químicos a partir da manipulação de substâncias vegetais ou minerais, ou preparos no próprio corpo do adepto por métodos de psicofisiologia, são utilizados também com o objetivo de transmutação da consciência e descoberta de si mesmo. Tanto o Elixir, quanto a Pedra, seriam capazes de curar todas as doenças (Menezes Filho, *op.cit.*).

No mundo ocidental não há registros, durante a Idade Média, de estudos ou práticas médicas independentes da tradição religiosa ou popular. Os praticantes da cura popular e religiosa viam os ritos de cura como mistérios que só deveriam ser compartilhados por iniciados, e preservados por relatos orais, talvez por isso se tenham dificuldades de compreensão sobre o que efetivamente ocorria naquela época. As técnicas de cura praticadas pelas mulheres anglo-saxãs tiveram uma

legislação subterrânea ou desapareceram, e a maior parte dos documentos foram obtidos nos processos e julgamento das bruxas (Achterberg, 1996).

As curandeiras, seguidoras das práticas xamânicas, conheciam os remédios à base de ervas e encantamentos mágicos que aliviavam a dor e curavam. Algumas das substâncias utilizadas nesses remédios foram identificadas (*id. ibid.*) e muitas delas são utilizadas ainda hoje pelas indústrias farmacêuticas.

Em relação ao uso de substâncias psicotrópicas em rituais, as bruxas e os xamãs se diferenciam em alguns pontos. Jeanne Achterberg (*idem*), aponta que, as bruxas, não realizavam seus rituais de cura em transe induzidos por drogas, como faziam os xamãs do continente americano. Segundo a autora, as drogas utilizadas por elas eram fortes e as faziam ficar entorpecidas durante dias, comumente morrendo por doses excessivas, segundo registros da Inquisição. Utilizavam alucinógenos para ter acesso ao sobrenatural, mas não os utilizavam para os rituais de cura, que exigiam consciência da realidade.

A astrologia e a alquimia eram consideradas medicina natural, praticadas por médicos e inseridas nos ensinamentos da Igreja, mas as ervas e benzeduras administradas por parteiras, por exemplo, eram tidas como obras do demônio (*idem*).

A supressão dos mistérios pagãos e a ascensão do cristianismo provocaram uma ruptura com tradições e vínculos dos humanos com a natureza, com suas origens, marcando o nascimento do “homem existencial” e seu culto da dominação pelo ego masculino (Mckenna, *op.cit.*: 99).

O cristianismo afetou de modo significativo o exercício da medicina no Ocidente, ao ponto de alguns autores considerarem o período de maior obscurantismo na atenção à saúde. Com a divulgação do evangelho, tudo que fosse considerado pagão foi marginalizado, inclusive o exercício pagão da medicina, praticada por gregos, romanos e egípcios (Achterberg, *op.cit.*).

Entretanto, algumas práticas já conhecidas pelos xamãs e curandeiras, que utilizavam o chamado *sono de incubação*, por exemplo, continuaram sendo utilizadas nas igrejas cristãs da Inglaterra, gozando de uma reputação excepcional por promoverem curas difíceis. Em outras palavras, práticas de cura pagãs, que

invocavam visões de espíritos guias, fizeram parte do cristianismo desde sua origem, mudando apenas de nome (*id.ibid*), representando uma contradição essencial para a compreensão das relações de poder envolvidas no processo de construção da hegemonia do cristianismo.

1.1.2 Algumas considerações sobre rituais

Cabem aqui algumas observações sobre rituais, tendo em vista que em qualquer tempo e lugar, a vida social é marcada por essas manifestações, constituindo um sistema cultural de comunicação simbólica (Peirano, 2003), de grande utilidade para tratar de questões dos primórdios do uso de drogas pela humanidade ou para abordar questões desse uso na atualidade.

Mariza Peirano (*id.ibid*), no seu livro *Rituais ontem e hoje*, discorre sobre as concepções de rituais, e como estão presentes e atualizados cotidianamente pelas sociedades contemporâneas. A autora, recorrendo às idéias de outros autores da Antropologia, diz que existe uma combinação entre o pensar e o viver, uma “ação performática” intrínseca tanto na ação, quanto na fala, e que permite às pessoas comunicarem-se, transformar, modificar. Os rituais seriam formas de resolver conflitos e diminuir rivalidades, além de servir como forma de transmissão de conhecimento, nas instâncias do pensamento e da ação.

Para Roberto da Matta (1998), citado por Peirano, os rituais são fundamentais para compreensão do Brasil e precisam ser examinados utilizando o cotidiano como contraponto, tendo em vista que fazem parte da mesma estrutura e expressam os mesmos princípios sociais, configurando-se como faces da mesma moeda.

Os rituais tanto reafirmam quanto questionam a realidade (Chaves, 2000), corroborando para a construção de novas legitimidades e permitindo desvendar mecanismos de diferenciação social, promovendo uma passagem das ideologias para os sistemas de ação, e vice-versa. É a partir dos rituais que se toma consciência do próprio mundo ideal, dos projetos e das ambições, para encaminhar mudanças e transformações posteriores.

Alguns autores consideram que o termo ritual pode ser aplicado também como sinônimo de rito. Sob a forma de substantivo, num sentido genérico, ressalta a importância das cerimônias; como adjetivo, remete a atos que acontecem no decorrer das cerimônias. Pode ser conceituado como designante de encontros sociais, individuais ou coletivos, sob a forma de saudação entre pessoas ou até na forma de violência entre grupos (Segale, 2002).

Os rituais não são ações repetitivas, como o senso comum leva a pensar: sua principal característica é a plasticidade, polissemia e capacidade de acomodação à mudança social, servindo como um analisador contemporâneo. Enquanto critério analítico, delimita práticas cotidianas e as codifica, contextualizando-as culturalmente (*id. ibid*).

Dentre os diversos tipos de rituais, merecem destaque os tabus, ou ritos de evitação, que têm como principal finalidade limitar o contato entre o sagrado e o profano. Os rituais expiatórios, complementares aos de evitação, provocam os sentimentos de angústia causados pela culpa (*idem*) e têm papel fundamental na compreensão das relações que se estabelecem com as drogas na atualidade.

É possível considerar que, atualmente, “*o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado pelo que há de transgressor em tal ato*” (Izecksohn, 2003: 129), à provável punição associada à violação do tabu, caracterizado principalmente pela não existência de mediação entre a transgressão e a punição.

“Entendemos o tabu em relação ao uso de drogas não apenas por seu caráter sagrado original, comportando um ritual para seu uso e se inserindo num contexto de iniciação, mas também pelo seu caráter atual de impureza, pela violação constante a sua proibição” (id. ibid: 129).

Observa-se, então, um paralelo entre a violação do tabu, expressa pelo uso de drogas para busca de prazer, e o caráter de expiação recebido pelo usuário, principalmente ao tornar o uso compulsivo, fazendo a pessoa sentir-se castigada pela própria droga, como uma forma clara de vingança pela violação do tabu (*idem*).

Essa ligação entre prazer e proibição também é abordada por Gilberta Acselrad (2000):

“Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito exclusivo e privilegiado de quem fala, três interdições que se cruzam, fortalecendo-se. Percebe-se que no discurso repressivo sobre as drogas ilícitas, essas interdições expressam a ligação com o desejo e o poder. A experiência se traduz em ameaça na medida em que a transgressão se generaliza e o sujeito escapa ao controle” (id.ibid:162).

Em suma, é possível perceber que os rituais são tipos especiais de eventos, que do ponto de vista qualitativo, não são diferentes de outros tipos de eventos, sendo possível também mudanças e transformações. Não são fenômenos formais e desprovidos de sentidos, nem opostos à racionalidade ou unicamente vinculados às crenças místicas. Fazem parte da sociedade, são reinventados e ao mesmo tempo fazem parte de um repertório usual das sociedades. Servem para conhecer e analisar aspectos da sociedade que poderiam não se manifestar em falas, depoimentos e discursos (Peirano, *op.cit.*).

1.2. O contexto atual do uso de drogas

O fenômeno moderno das drogas, tanto lícitas quanto ilícitas, situa-se no centro dos conflitos da sociedade, sendo produzido por ela e decorrente dos seus modos desequilibrados e injustos de organização e de valorização (Bucher, *op.cit.*), configurando-se como grave problema de saúde pública, com repercussões em todas as esferas da sociedade.

“Diante dos exemplos que vão da antiguidade à contracultura dos hippies, do xamanismo às contemporâneas terapias que utilizam substâncias psicoativas; do movimento rastafari aos usos constantemente reatualizados, ressignificados; da ambiguidade das políticas públicas de diversos países ocidentais à hipocrisia de expoentes capitalistas e às imbricações com a criminalidade em escala globalizada, as drogas – hoje mais do que nunca – estão na berlinda, desafiando nossa capacidade de compreensão e de formulação de estratégias de confronto” (Pacheco, 2004:140).

No centro das principais contradições, relacionadas à questão atual do uso de drogas, está o comércio dessas mercadorias, num contexto capitalista em que mercadoria torna-se fetiche. É no processo de transformação do fetiche *droga ilegal*, no fetiche *dinheiro*, que entram em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia (Minayo, 2003).

Segundo Minayo (*id.ibid*), o mercado de drogas possui as características mais avançadas do capitalismo atual, tendo em vista que faz parte de circuitos globais, com redes internacionais de produção e distribuição, além de uma organização complexa, extremamente capilarizada, que atinge todas as camadas sociais, utilizando as mais sofisticadas estratégias de acumulação de riqueza do comércio.

Além disso, a expansão do mercado consumidor torna-se um fator crucial da produção de qualquer mercadoria, inclusive das drogas (Karam, 2003).

Para ter a dimensão das grandes cifras envolvidas nesse comércio, vale a pena citar uma parte do grifo de Minayo (*op.cit.*), de uma entrevista do secretário geral da ONU, Kofi Amnan, concedida ao Jornal do Brasil em 1999:

“A soma necessária para erradicar a pobreza ou reduzi-la à metade até 2015 é de 40 bilhões de dólares/ano, inferior à que os europeus gastam anualmente na compra de cigarros. Esta soma representa 1/10 do dinheiro movimentado pelo tráfico internacional de drogas a cada ano (...)” (Thuswohl, 1999:11).

Se o mercado das drogas, tanto o tráfico das ilícitas, quanto a potente indústria das lícitas, movimenta tantos recursos financeiros, certamente o controle dos órgãos reguladores sobre essas questões torna-se, além de necessário, extremamente complexo, principalmente para as movimentações no campo da ilicitude, que ficam a cargo especialmente da justiça.

Em relação ao campo da saúde, por exemplo, qualquer panorama geral sobre o quadro do uso de drogas, na sociedade brasileira, fica bastante prejudicado, não só pela defasagem dos instrumentos de coleta de informações, como também, entre outros fatores, pelo aspecto ilícito e marginalizado do uso de algumas substâncias.

1.3. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas no Brasil

Apesar de incessantemente, ser considerado um grave problema de saúde pública, existem poucos estudos epidemiológicos de grande abrangência sobre o uso de drogas no Brasil, portanto, as informações epidemiológicas disponíveis ainda estão longe de possibilitar uma avaliação mais detalhada do consumo de drogas no país.

Até os anos 80, o Brasil não dispunha de dados epidemiológicos consistentes, e só a partir de 1986 desenvolveu-se uma nova geração de investigações capazes de oferecer o mínimo de informações para diagnóstico confiável desta realidade (Bucher, *op.cit.*).

A partir de 1987, vários estudos passam a ser realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Noto *et. al.*, 1997). Os estudos sobre álcool, a droga mais consumida no país e que acarreta os maiores problemas decorrentes do uso indevido, apontam índices elevados de abuso entre a população (*id.ibid.*).

Um levantamento realizado pelo CEBRID, em 1997, entre estudantes de níveis médio e fundamental, em dez capitais brasileiras (Belém, Curitiba, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), revela que cerca de 75% dos estudantes afirmaram já ter consumido álcool pelo menos uma vez na vida, 29% já haviam bebido até embriagar-se e cerca de 15% faziam uso freqüente da droga (Galduróz *et. al.*, 1997).

Comparando-se este levantamento com outros três realizados pelo CEBRID anteriormente (1987, 1989, 1993), observa-se uma tendência crescente do consumo freqüente de álcool, principalmente entre os jovens de idade superior a dezessete anos (Noto *et. al.*, *op.cit.*).

Em relação ao tratamento, outro estudo realizado de 1987 a 1993, revela que o álcool é responsável por 90% das internações por dependência e psicoses por drogas, sendo a maioria dos internados na faixa etária entre 31 e 45 anos,

com predomínio do sexo masculino (proporção de 15:1), estando o uso de cocaína em segundo lugar (Noto & Carlini, 1995).

Os dados mais atuais sobre morbidade hospitalar no SUS apontam que, os gastos públicos com internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, de janeiro a novembro de 2003, foram de R\$ 55.565.960, correspondendo a 83% dos gastos totais nesta categoria, enquanto os decorrentes de transtornos associados ao uso de outras substâncias, neste mesmo período, foram de R\$ 11.651.624, 17% do total (Delgado *et. al.*, 2004).

Entre a população de estudantes de níveis médio e fundamental das principais capitais brasileira, pelo menos 24,6% dos entrevistados já haviam feito uso de outras drogas, excluindo-se o álcool e o tabaco. Dessa população, 7,5% já fizeram uso de maconha; 5,8% de calmantes e ansiolíticos; 4,4% de anfetaminas ou medicamentos para emagrecer e 2,0% de cocaína. Entre a população masculina predomina o uso de cocaína e maconha, enquanto que para a feminina predominam calmantes e remédios para emagrecer (Galduróz *et. al.*, *op. cit.*).

Entre crianças e adolescentes em situação de rua, estudo realizado em Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro e São Paulo, em 1997, revela que 88,1% dos entrevistados já haviam feito uso de drogas, sendo 48,3% desse uso classificado como pesado, ou seja, consumo com frequência de cinco ou mais vezes por semana de alguma droga (Noto *et. al.*, *op.cit.*).

Vários estudos têm demonstrado o aumento do uso de drogas lícitas e ilícitas entre crianças, adolescentes e população adulta economicamente ativa do país, bem como a necessidade de ampliação da oferta de atendimento para a população que faz uso prejudicial e que é dependente de drogas (Brasil, 2003a).

No entanto, as pesquisas até agora desenvolvidas no país geralmente restringem-se a populações específicas e regiões determinadas, e raras são as investigações que acompanham as mudanças ocorridas ao longo dos anos e entre a população geral (Noto *et. al.*, *op.cit.*).

Percebe-se, ainda assim, que os estudos epidemiológicos trouxeram dados importantes acerca de características socioeconômicas, psicológicas e ambientais

dos usuários de álcool e outras drogas, definindo grupos mais vulneráveis. Entretanto, o saber produzido a partir destes estudos é marcado por profundas incertezas (Bucher, *op.cit.*), alimentadas pela insuficiência desses dados para uma avaliação global da situação no país e para definição de políticas mais abrangentes e efetivas.

1.4. Compreendendo as políticas públicas brasileiras sobre drogas

Ainda que os dados oriundos da saúde e de outras áreas relevantes possam ser analisados como insuficientes, para a formulação de políticas públicas adequadas, no campo do uso de álcool e outras drogas, a implementação dessas políticas é necessária para guiar as ações públicas, inclusive as que visem a melhoria dos instrumentos de coleta de informações.

Reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente, deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações educativas e preventivas abrangentes (Bucher, *op.cit.*).

A opção por uma abordagem repressiva e proibicionista de *guerra às drogas* nasce de um modelo americano e espalha-se rapidamente por todo o mundo, inclusive no Brasil (Arana *et. al.*, 2003).

Atualmente, as políticas relacionadas ao uso de drogas são de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998, e subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

A SENAD coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causem dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes. Dentre as atividades preventivas desenvolvidas, destacam-se a disseminação de conhecimentos e a capacitação de recursos humanos, nos diferentes níveis da sociedade brasileira (Sudbrack, 2000).

Até 1999, a SENAD estava subordinada à Casa Militar da Presidência da República. A juíza Maria Lúcia Karam afirma que “*a própria denominação da Secretaria – ‘Antidrogas’ -, logo adotada por diversos órgãos estaduais, já sugere*

uma visão distorcida e delirante sobre substâncias psicoativas, que passam, elas próprias, a ser militarmente visualizadas como se fossem o "inimigo" (Karam, op.cit.).

Essa abordagem militarizada do uso de drogas ilícitas, segundo vários autores, causa mais danos à sociedade do que o próprio uso dessas substâncias. Avaliação semelhante também foi feita em sessão especial sobre drogas das Nações Unidas, em 1998 (Arana *et. al.*, *op.cit.*). Entretanto, mesmo sendo alvo de inúmeras críticas, o modelo de intervenção que prioriza a repressão ainda é hegemônico no Brasil e em vários países do mundo.

Alguns autores reforçam que esse modelo, baseado na repressão, tem relação com o processo de ampliação do poder do Estado, mas não apresenta soluções reais:

“A ampliação do poder do Estado de punir, alimentada pelos sentimentos de medo e insegurança, fortemente instalados nas formações sociais do capitalismo pré-industrial, em que o neoliberalismo econômico se soma com o neoautoritarismo no campo do controle social, encontra campo especialmente fértil neste tema das drogas qualificadas de ilícitas, onde o mistério e a fantasia que as cercam, as faltas de informações que apressadamente as associam às ameaças reais ou imaginárias do mal, definido o fenômeno da chamada criminalidade organizada, e o superdimensionamento das eventuais repercussões negativas da disseminação de suas ofertas e demandas, comovendo e assustando, provocando a busca dos rigores da repressão, da maior intervenção do sistema penal, como alternativa tão palpável, quanto irreal, de solução” (Karam, 2000:151).

Quanto ao uso de drogas lícitas, principalmente o álcool, até há pouco tempo o Brasil não dispunha de uma política pública específica ou que contemplasse essa problemática. O novo governo brasileiro recentemente divulgou um documento intitulado “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas” (Brasil, *op.cit.*), que, segundo alguns autores, apenas inicia a discussão sobre a implantação de serviços de atenção à saúde (Delgado *et. al.*, 2004).

O maior progresso nas políticas públicas para álcool, nos últimos anos, foi a criação, em 2003, do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), coordenado pelo Ministério da Saúde, com participação de outros 14 órgãos federais, com o objetivo de “*revisar, propor e discutir a política sobre álcool*” (id.ibid:134).

Talvez estes fatos sejam reflexos, entre outras coisas, das exigências impostas ao Governo Federal pela sociedade civil organizada, desde o início do mandato do atual presidente. Várias organizações governamentais e não-governamentais, de todo o país, produziram e divulgaram um documento, em 2002, pressionando para a modificação da política atual de drogas.

Este documento, intitulado *Por uma política de drogas justa e eficaz*, produzido e entregue ao governo Lula, por representantes destas organizações, no início de 2003, sugere as seguintes mudanças: desmilitarização da política de drogas e modificação do nome da SENAD; retirada desta do Gabinete de Segurança Institucional; construção de uma nova Secretaria com departamentos de Prevenção, Tratamento e Redução de Danos; circunscrição do aparato militar exclusivamente para repressão ao tráfico; mudança na composição do Conselho Nacional Antidrogas, para que aja uma representação paritária entre governo e sociedade civil; construção de uma política de drogas, com secretaria nacional articulada a toda política nacional, com interface e intersectorialidade do tema nos diversos ministérios, bem como a criação de sistema de informações e banco de dados sobre drogas.

A política pública da Redução de Danos, indicada em vários documentos oficiais do país e em documentos internacionais, é citada nos documentos brasileiros com maior destaque que em anos anteriores. Esta abordagem opõe-se à visão tradicional de redução da oferta e está construída sobre dois argumentos: 1) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente (Cotrim, 1999).

Além disso, a abordagem da redução de danos põe em ação estratégias de auto-cuidado imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição às situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de

intervenção em saúde pública. No entanto, a implantação de programas e ações pautadas nessa abordagem ainda é alvo de críticas e censuras, gerando polêmicas e contradições de várias ordens.

Além da criação do Grupo de Trabalho Interministerial e da expansão da proposta de Redução de Danos, outros avanços vêm sendo conseguidos para construção e implantação de uma nova política para o uso de drogas no Brasil: as modificações na lei 6.368/76 sobre drogas ilícitas, que estão em trâmite no Senado; a mudança do nome da SENAD para Secretaria Nacional sobre Drogas, já anunciada extra oficialmente pelo General Uchoa, Secretário Nacional Antidrogas, na Conferência de Redução de Danos da América Latina e Caribe, em fevereiro de 2004; e a implantação dos novos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD) em todo o país.

A mais recente Conferência Nacional Sobre Drogas, realizada em Brasília, em novembro de 2004, após Pré-conferências em todas as regiões do país, foi a mais recente instância pública de debate sobre o tema. Apesar de trazer uma novidade, ao substituir o nome anterior da Conferência Nacional Antidrogas, a Conferência de 2004 não trouxe grandes avanços nas discussões, segundo relatos veiculados nas listas de discussão virtuais.

Outra polêmica recente diz respeito à implantação do projeto piloto das Salas de Uso Seguro, para dependentes de drogas fazerem uso de substâncias ilícitas, monitorados por profissionais de saúde. Seguindo um modelo utilizado em países da Europa, a implantação das Salas tem gerado polêmica em vários setores da sociedade.

Não só no Brasil, mas em outros países a formulação de políticas públicas é alvo de críticas. Um estudo sobre os formuladores de políticas sobre drogas na Colômbia, realizado por Maurício Pábon (2003), concluiu que os formuladores de políticas eram propensos a considerar a abstinência total como o único objetivo do tratamento e apoiavam significativamente o modelo doença/jurídico, concordando com a idéia da dependência como doença, e em concepções baseadas em percepções pessoais sobre o uso e a dependência de drogas, pouco fundamentadas empiricamente.

Os dados desse estudo demonstram o quanto a formulação de políticas públicas pode estar perpassada por questões que desconsideram aspectos epidemiológicos e socioculturais.

Talvez seja pertinente então, lembrar a discussão trazida por Cecília Minayo (*op.cit.*) sobre a complexidade de interesses em jogo no campo do uso de drogas:

“Como tudo que afeta e diz respeito ao ser humano, também configuram - muito fortemente – uma construção social que se realiza na dialética dos interesses econômicos e dos aparatos político-jurídicos e ideológicos que constituem a dinâmica das sociedades” (id.ibid:17).

2 – A dependência química no contexto da saúde mental

Fazendo um recorte específico no uso problemático de drogas, especificamente no que é chamado por alguns de dependência química, é necessário entender os percursos trilhados para a construção da percepção dessa dependência como doença, inserida dentro do contexto da saúde mental.

Além disso, é imprescindível discutir os desdobramentos práticos dessa compreensão, na implantação do aparato público de atenção à saúde de usuários de drogas, bem como, os avanços posteriores que tentam definir e intervir junto aos usuários de drogas, compreendendo-os como cidadãos, sujeitos de direitos, e não passivos doentes.

2.1. A construção do estatuto de doença para a dependência química.

Como visto anteriormente, o uso de drogas tem sido classificado de diferentes formas, de pecado à doença, tornando-se preocupação para as autoridades sanitárias na passagem do século XIX ao XX. A dependência de substâncias passa, então, a integrar a Classificação Internacional das Doenças em 1893. Só em 1969 é feita a primeira revisão desse termo, sendo introduzida a noção de farmacodependência, por peritos da Organização Mundial de Saúde, revisada e ampliada novamente em 1975 (Bucher, 1992).

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a dependência química, ou toxicomania, passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, paradigma este que orienta até hoje a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Todo esse processo de construção do estatuto de doença, para a dependência química, ocorreu ao longo da história, junto com o crescimento da clínica e dos conceitos acerca do sofrimento psíquico, bem como do desenvolvimento capitalista mercantil, associado ao aumento considerável do uso de drogas, principalmente entre a classe trabalhadora.

2.1.1 Dos leprosos aos dependentes químicos: controle e castigo para os portadores de desvios

Os campos da moral e da medicina estiveram muito próximos, em todo o processo de construção do saber médico ocidental. Dos leprosos aos usuários de drogas, o controle do Estado sobre os portadores de “desvios” sempre esteve presente.

Michel Foucault (1978) traz importantes contribuições para compreensão dessa construção. Com a diminuição progressiva do número de leprosários do século XIV ao XVII, uma nova encarnação do mal vai ser solicitada e esperada na sociedade ocidental, uma vez que a lepra é vista como uma manifestação de Deus para a promoção da salvação dos pecadores.

Segundo o autor, nos mesmos locais onde os leprosos eram confinados, os “jogos de exclusão” serão retomados, agora sobre os pobres, vagabundos, presidiários e alienados. Especialmente a loucura, que tinha conquistado um lugar na hierarquia dos vícios da Idade Média, que fascinava o homem, passa a ser alvo da ciência de forma contundente. Inúmeras eram as explicações e caracterizações dos insanos: avaros, delatores, bêbados, adúlteros, intérpretes equivocados das Escrituras Sagradas, feiticeiros, magos, adivinhos, alquimistas e tantos outros entregues à desordem e à devassidão, que apresentavam desvios de conduta (*id.ibid*).

Os Hospitais Gerais, locais de confinamento desses desviantes no século XVII, não eram estabelecimentos médicos, mas sim estruturas semi-jurídicas, com soberania quase absoluta, descritas da seguinte forma: *“estranho poder que o rei estabelece entre a polícia e a justiça, nos limites da lei: é a terceira ordem da repressão” (idem:50)*.

Essas instituições misturavam interesses da Igreja e da burguesia:

“(...) o desejo de ajuda e a necessidade de reprimir; o dever da caridade e a vontade de punir; toda uma prática equivocada cujo sentido é necessário isolar, sentido simbolizado sem dúvida por esses leprosários, vários desde a renascença mas repetidamente reativados no século XVII e que foram rearmados com obscuros poderes” (idem:53).

É relevante pensar que o gesto que aprisiona não é desprovido de significações políticas, sociais, religiosas, econômicas ou morais. Sendo assim, além dos Hospitais, as prisões e casas de detenção eram locais para serem relegados todos os condenados juridicamente, inclusive “*os jovens que perturbavam o descanso de suas famílias*”, os insanos e vagabundos (*idem*:55).

Respaldados na idéia de que o trabalho dignifica os humanos, não só os vagabundos e mendigos eram alvo de exclusão, mas havia uma proliferação significativa das casas de correção ou de trabalho, principalmente na Inglaterra do século XVI. Com a Renascença, pobreza passa a designar castigo e a existência de pobres era sinal da maldição do Senhor, um mal a ser banido da sociedade (*idem*). Na França, no mesmo século, aparece a exigência de criação dos hospícios para os miseráveis encontrarem “*a vida, a roupa, uma profissão e castigo*” (*idem*:60).

No século seguinte, a loucura passa a ser caso de polícia, assim como o internamento, que tinha a função de evitar a mendicância, pondo fim ao desemprego visível. Os mendigos eram obrigados a trabalhar nos esgotos de Paris, chicoteados em praça pública e expulsos da cidade, ações respaldadas por decisão parlamentar de 1606 (*idem*).

Em suma, o asilo ocupa o lugar do leprosário, não só geograficamente, mas principalmente no universo moral, e só no século XIX será exigido que esses locais sejam exclusivos para os loucos, após alojar por cento e cinquenta anos os miseráveis, vagabundos e desempregados (*idem*).

Além disso, o século XIX também atribuirá poderes sagrados ao trabalho e o transformará, definitivamente, no meio de tornar os pobres úteis à sociedade. A obrigação do trabalho passa a ser exercício moral e ético, presente no regulamento de diversas instituições de confinamento, que previam punição para os que não o cumprissem (*idem*).

Como resquícios dessa compreensão de trabalho, obviamente relacionada à disciplina da era industrial, composta por uma série de técnicas orientadas para a dominação (Sibilia, 2002), comprometidas com os ideais capitalistas que

floresciam, várias instituições utilizam o trabalho assistido como técnica terapêutica.

A concepção de trabalho como recurso terapêutico, para doentes mentais, é antiga. A adaptação psíquica do homem ao trabalho é o objetivo do campo da psicopatologia profissional, que possui todo um arcabouço de técnicas de reabilitação ao trabalho, cuja atividade laboral é vista como forma de readaptação social (Delgado, 1987).

O trabalho passou a ser, ao mesmo tempo, meio e fim do tratamento (Rezende, 1987), seja com o nome de praxiterapia, *open-door* ou laborterapia.

Essa perspectiva permitiu uma contribuição importante da terapêutica ocupacional no processo de humanização dos asilos, mas, ao mesmo tempo, também contribuiu para a submissão dos pacientes a atividades estereotipadas, muitas vezes em regime de servidão (Delgado, *op.cit.*).

O trabalho interno não parece ter a mesma significação estrutural que tem no mundo externo, ainda que esse seja um dos argumentos aparentes, utilizado para estimulá-lo dentro das instituições (Goffman, 1961).

A exigência do trabalho pode estar relacionada a pagamentos secundários, mas também a castigos, quando não realizado, associado a um sistema laboral, em diversos casos, desmoralizante e humilhante (*id.ibid*).

Do internamento como mecanismo social à consciência médica, que define como doença natural o que era tido como mal-estar da sociedade (Foucault, *op.cit.*), a história da construção da doença mental, e conseqüentemente da dependência química enquanto doença, segue um percurso extremamente contraditório e marcado pelo controle sobre a vida das pessoas.

A cumplicidade da medicina com a moral permite, inclusive, que os portadores de “doenças venéreas”, por exemplo, passem também a ser confinados em Hospitais Gerais e punidos por sua “libertinagem”. Há uma clara confusão entre castigo e remédio e quase uma mesma identidade entre o gesto que cura e que pune (*id.ibid*), não só no caso dos libertinos, mas de todos os outros mencionados anteriormente.

Entre os relatos sobre pessoas que eram internadas no final do século XVIII, Foucault grifa alguns: *“imbecis por horrível devassidão pelo vinho”* e *“espécie de louco que deseja apresentar relatórios ao Parlamento”* (*idem*:118), os quais o autor considera diagnósticos silenciosos, formulados por uma Medicina que ainda não se consegue formular, mas que teve importância fundamental no julgamento do que era considerado alienação. *“Apenas o médico é competente para julgar se um indivíduo está louco e que grau de capacidade lhe permite sua doença”* (*idem*:125).

O olhar médico transforma-se em algo aberto, infinito e móvel, *“(…) uma espécie de registro clínico da série infinita e variável de acontecimentos”* (Foucault, 1980:32), levando à criação, por exemplo, de um Tribunal de Salubridade a quem cabia o policiamento de todos os setores da salubridade, acarretando a presença generalizada dos médicos em todos os espaços sociais, e a vigilância constante de todos os setores (*id. ibid*).

A Igreja e a Medicina apareciam como semelhantes e igualmente ilustres, já que ambas possuíam as duas missões mais importantes da existência, a saber, a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos. Essa concepção dos médicos como “padres dos corpos” eleva significativamente o *status* desses profissionais, diferenciando-os dos demais lugares sociais (*idem*).

Essa medicina com poder de Estado pode intervir politicamente, já que a cura para a escravidão e a desigualdade também era necessária para se ter uma humanidade sã. Cabia ao médico, evidentemente, a normatização de aspectos físicos e morais dos indivíduos e da sociedade (Foucault, *idem*).

Foi essa medicina que teve, por muito tempo, papel fundamental na legitimação da doença mental e na prescrição de internamento, que perpetuou formas de violência institucional e exercício inadequado do poder em diferentes contextos.

Bucher (*op.cit.*), acrescentando elementos a essa discussão, e trazendo o debate para o campo do uso de drogas, destaca o seguinte:

“De fato, desde o século passado a toxicomania circula entre a medicina e a justiça (...). Rotulada quer de doença,

quer de delinqüência, ela suscita querelas de competência entre médicos e juristas, resultando em propostas inadequadas e ineficientes; assim, a medicina associa a toxicomania ao vício, psiquiatrizando o consumo de drogas mas estimulando, simultaneamente, a produção de novos produtos psicotrópicos que rapidamente se infiltram na caixa de Pandora dos usuários de drogas” (id.ibid:202).

Numa história recente, mais precisamente no século XX, vários autores ocuparam-se de relatos do cotidiano das *instituições totais* (Goffman, *op.cit.*), ou de confinamento, mostrando o quanto eram atualizados procedimentos violentos e de controle moral (Basaglia, 1985).

O que caracteriza as instituições totais é a divisão entre os que têm poder e os que não têm, reproduzindo uma organização social que cria uma divisão radical entre os que têm e os que não têm, dando origem a uma subordinação entre o bom e o mau, o são e o doente, o respeitável e o não respeitável (*id.ibid*).

Além disso, em algumas instituições totais é implantada uma série de medidas que visam perturbar as formas de auto-organização da própria rotina das pessoas, como a necessidade de pedir autorização para realização de atividades que podem fazer sozinhas, tais como ir ao banheiro, barbear-se, fumar, telefonar ou colocar cartas no correio. Essa obrigação, não só coloca as pessoas em um papel submisso, contrário à autonomia que se espera de um adulto, mas também possibilita que ações cotidianas simples sofram regulações dos profissionais atuantes nessas instituições (Goffman, *op.cit.*).

De um modo geral, esse tipo de regra fica claro no processo de admissão nessas instituições. As chamadas regras da casa ou regimentos internos são um conjunto, explícito e formal, de prescrições e proibições aplicadas à conduta dos internados, uma forma de prepará-lo para a convivência com os demais (*id.ibid*).

Dentre as formas de adaptação ao ambiente da instituição total está a aceitação, por parte do internado, da interpretação oficial (dos profissionais) acerca dos acontecimentos dentro das unidades, como uma forma de enquadrar-se no modelo de internado perfeito, valorizado pelas equipes (*idem*).

Provavelmente como aparato para todas as intervenções ditas terapêuticas, numa instituição psiquiátrica existe uma explicação científica para cada ato, uma

confirmação da inferioridade do diferente, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído. Até mesmo o ato terapêutico pode ser uma forma de atenuar as reações do excluído (Basaglia, *op.cit.*).

Nesse contexto, uma reflexão sobre a ação sedativa dos medicamentos torna-se fundamental. Para Basaglia (*id.ibid*), o efeito dos medicamentos utilizados pela psiquiatria fixa o doente no seu papel passivo de doente. Segundo o autor, a administração de medicamentos configura-se também como uma forma de violência e de opressão, relacionada aos hospitais tradicionais, tendo em vista que coloca o paciente numa posição passiva diante do poder médico que prescreve o que alguém deve tomar, dentro de uma estrutura institucional cuja autoridade médica não admite contestação.

Goffman (*op.cit.*), corrobora esta afirmação destacando que é possível encontrar registros da obrigatoriedade da ingestão de medicamentos, orais ou intravenosos, desejados ou não, em diversas instituições totais.

Em doses maiores do que as recomendadas, o que acontecia em grande parte das unidades psiquiátricas, esses medicamentos funcionavam como um tipo de “camisa-de-força química”, mas sem a violência explícita das camisas-de-força tradicionais, das duchas frias ou das convulsões por eletrochoque, amplamente utilizadas (Moffatt, 1986).

Entretanto, segundo alguns autores, foi o advento de novas substâncias farmacológicas, que ajudou a instaurar uma nova prática psiquiátrica, desde meados da década de 1950, quando foi criado o primeiro neuroléptico (a clorpromazina), que tinha, entre outras promessas, a de reduzir delírios e outros sintomas psicóticos (Silva Filho, 1987).

A racionalidade da medicina volta a localizar no corpo a sede de todos os males, regulamentando sua autoridade sobre a doença mental (*id.ibid*), imprecisamente delimitada e tratada.

Alguns autores consideram, entretanto, que o fenômeno de crescimento do uso dos psicofármacos está diretamente associado ao declínio da psicanálise tradicional em função dos tratamentos ultra-rápidos ligados à nova geração de medicamentos, de grande sucesso mercadológico, publicitário e terapêutico, como

o Prozac, Lexotan, Valium, Citalopram e Ritalina (Sibilia, 2002), medicamentos ainda pouco acessíveis a maior parte da população que sofre de transtornos mentais.

Considerados o principal instrumento psicoterapêutico da psiquiatria (Moffatt, *op.cit.*), parece não ser original reconhecer a importância dos psicofármacos, que promoveram mudanças radicais das intervenções terapêuticas, em especial dos casos mais graves, entretanto, quanto ao seu uso em massa, vários aspectos precisam ser observados. Primeiro, uma adequada prescrição desses medicamentos necessita de um atendimento de qualidade, muitas vezes impossível na rede pública, em virtude das precárias condições de trabalho; segundo, a pressão que a indústria farmacêutica exerce sobre os psiquiatras, vai além da propaganda direta e subsidia idas a congressos, revistas e outras formas de cooptação (Bezerra Júnior, 1987).

Além dos médicos serem levados a receitar remédios, a clientela também espera que esses profissionais procedam dessa forma, classificando uma consulta como boa quando há essa prescrição. Essa demanda por medicamentos está enraizada em um complexo sistema de expectativas e representações sobre doença, saúde e tratamento. Se o médico não estiver atento a esses processos, pode torna-se um mero despachante de remédios, que servirão apenas como “cala boca” (*id. ibid*).

Mas, até mesmo as expectativas quanto ao tratamento estão fortemente influenciadas pela relação que as pessoas estabelecem com a saúde e a doença, marcadas, entre outros fatores, pelas classes sociais em que estão inseridas. Entre as camadas altas e médias, a noção de saúde está relacionada à de bem-estar, enquanto que para as camadas populares, a idéia de saúde está ligada à capacidade de trabalhar (*idem*).

Não só as diferentes formas de perceber o normal e o patológico, que interferem na busca e nas expectativas quanto ao tratamento, como as relações estabelecidas com o trabalho e a sobrevivência das classes populares, têm importância fundamental para a compreensão da saúde mental.

“Os saberes e práticas voltadas para os considerados doentes mentais apresentam a mesma lógica que move os mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem. Dentro de uma pesquisa sociológica, torna-se extremamente difícil discerni-los do conjunto de instituições aparelhadas para vigiar e classificar, punir e produzir as condutas consideradas criminosas e controlar as camadas populares urbanas percebidas como ‘classes perigosas’” (Tundis & Costa, 1987: 11).

Sob o rótulo de neurose ou outra categoria igualmente imprecisa, escondem-se problemas sociais diversos, uma questão complexa que exigia da assistência psiquiátrica brasileira a renúncia do papel que a história lhe coube, a saber, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade (Basaglia, *op.cit.*), de forma semelhante a outros países do mundo.

Apesar de alguns desses relatos parecerem bastante distantes da realidade atual, essas formas de funcionamento foram hegemônicas em várias partes do mundo e no Brasil (Rezende, 1987), de forma explícita até a Reforma Psiquiátrica, e de forma velada a partir dela, podendo ser encontrados até hoje. Além disso, contribuíram muito para a construção do modelo de atenção à saúde para usuários de drogas e para a transposição desse modelo para a prática cotidiana nas unidades de saúde especializadas nessa questão.

2.2. Principais modelos, abordagens clínicas e serviços de saúde disponíveis no Brasil

Marcadas pela trajetória de construção da dependência química no campo da saúde mental, bem como pelo aumento considerável do uso de drogas entre a população, várias experiências terapêuticas surgiram em todo o mundo, dentro dos contornos de diferentes disciplinas, pautados em diferentes concepções e modelos de atenção, de inspiração diversas, inclusive religiosas ou solidárias.

2.2.1. Modelos de atenção e abordagens clínicas

Entre vários autores parece consenso a existência de quatro diferentes modelos de atenção ao uso de drogas, distintos entre si e possuidores de pontos

positivos e lacunas. Recorrendo a Bucher (*op.cit.*), identificam-se os seguintes: o modelo sanitarista, o jurídico-moral, o sociocultural e o psicossocial.

O modelo sanitarista concebe o ser humano como parte ativa no processo de escolha pelo uso de drogas, entretanto, não leva em consideração as razões pelas quais se procura drogas; o modelo jurídico-moral corresponde à resposta mais comum à questão, ou seja, a repressiva; o sociocultural acentua a complexidade e considera os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas; o psicossocial foca o indivíduo, considerando-se as diferenças entre quantidade, frequência e modalidade de utilização, bem como os efeitos diversos nas diferentes pessoas (*id.ibid*).

Seja qual for o modelo de atenção que oriente as ações em saúde, a literatura mostra que o tratamento deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sócio-familiar (Mossiman, 2000).

Dentre as diferentes formas de tratamento, as mais utilizadas são as seguintes: as terapias farmacológicas, as cognitivo-comportamentais, as psicodinâmicas, as sistêmicas, a reabilitação psicossocial e os grupos de ajuda mútua (*id.ibid*).

A terapia farmacológica está centrada no uso de medicamentos, enquanto a cognitivo-comportamental nas crenças, maneiras de pensar e comportamentos que levam uma pessoa a abusar de drogas (*idem*).

A terapia psicodinâmica intervém investigando o inconsciente, e a sistêmica centra-se na família e nos grupos sociais, diferente da reabilitação psicossocial, que enfatiza os atendimentos em ambulatorios, as atividades comunitárias, as oficinas profissionalizantes e as experiências de ressocialização (*idem*).

Os grupos de ajuda mútua, ainda que classificados como forma de tratamento, não estão baseados em intervenções de profissionais de saúde, como as anteriormente citadas: são recursos solidários, oferecidos pelas comunidades e grupos como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. Estão baseados no compartilhamento de experiências de usuários e familiares, recuperados da dependência química (*idem*).

Utilizando uma classificação semelhante, Bucher (*op.cit*), fala da existência do modelo psiquiátrico, da abordagem comportamental, do modelo psicodinâmico e dos centros públicos de atendimentos.

O autor, fazendo uma crítica explícita ao modelo psiquiátrico, diz que, desde o século passado o atendimento clínico pautado nesse modelo é “(...) *a resposta mais clássica que a sociedade já encontrou, não para tratar os drogaditos, mas para se opor e, de fato, se defender contra a presença, no seu meio, de sujeitos que recorrem às drogas para resolver os seus conflitos (...)*” (*id ibid*: 237). O modelo mais utilizado está focado na desintoxicação e na hospitalização, não sendo adequado nem suficiente para abordagem do problema do uso de drogas.

Sobre o modelo comportamental, o mesmo autor destaca que os resultados das aplicações de técnicas baseadas nesse modelo também não atingem os objetivos prometidos, causando, entre outras conseqüências, o abandono do tratamento clínico. Aponta o que chama de *desintoxicação pela religião* como uma variante deste modelo, que preconiza disciplina rigorosa e controle severo sobre os usuários (*idem*).

Lígia Bittencourt (2003), ao fazer uma análise sobre a existência de um grande número de instituições que propõem a cura através da religião evangélica, pontua que as intervenções realizadas por estas instituições estão pautadas em um modelo doutrinário que permite a produção de novas subjetividades e renúncia da própria personalidade. Segundo a autora, o modelo de cura utilizado para tratar usuários de drogas propõe uma substituição de estilos de vida anteriores por uma espécie de servidão a Deus, o abandono do lugar de “escravos do pecado” para o de “escravos de Deus”.

Entre tantas modalidades de intervenção, parece não existir um modelo ideal, mas sim uma proposta relacional que aproxima-se de um ideal humanista de atendimento, pautada no respeito à pessoa, a sua subjetividade e historicidade, as suas vivências e sofrimentos (Bucher, *op.cit.*).

2.2.2 Serviços disponíveis no Brasil

A maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas, no Brasil, pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Com diversas origens e pautados em diferentes concepções de atenção à saúde, a rede de atendimento a dependentes químicos, no país, está distribuída entre unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (Mossiman, *op.cit.*).

As unidades básicas de saúde, são recursos primários de assistência, oferecidos na comunidade em que mora o usuário, ou próximo a ela, como os centros de saúde e as Unidades de Saúde da Família. Os casos de desintoxicação, são encaminhados para os hospitais gerais, que possuem leitos específicos para este tipo de internação (*id.ibid.*), ou realizada em leitos existentes nas instalações dos Centros de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas, conhecidos como CAPS-AD (Brasil, 2003a).

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatorios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS (*id.ibid.*).

Existem, ainda, unidades especializadas em hospitais psiquiátricos, gerais e universitários, além de clínicas particulares, filantrópicas ou conveniadas ao SUS, e comunidades terapêuticas filantrópicas, de cunho religioso na maioria das vezes, que não executam procedimentos médicos (Mossiman, *op. cit.*).

Apesar de aparentemente extensa, esta rede de serviços é considerada insuficiente e/ou inacessível, para a maior parte dos que necessitam de tratamento. O processo de municipalização da atenção à saúde, a implantação dos CAPS-AD, a ampliação dos Programas de Redução de Danos, a incorporação

da atenção à usuários de álcool e outras drogas, pelos Programas de Saúde da Família e todas as mais recentes estratégias previstas na política do Ministério da Saúde, parecem ser alternativas a curto e médio prazo para melhorar a cobertura para os usuários, contribuindo, inclusive, para uma maior adesão ao tratamento que, em geral, é extremamente baixa.

2.3. O modelo oficial de atenção à saúde de usuários de drogas: diretrizes, práticas, tendências e marcos políticos.

Para compreender o modelo oficial brasileiro de atenção à saúde de usuários de álcool e drogas é necessário não só ter ciência da existência de outros modelos, pautados em diferentes abordagens, como também localizar a construção do modelo psicossocial, no contexto da Reforma Psiquiátrica, que tinha como principal função, quebrar a hegemonia do modelo psiquiátrico, marcado por toda a história da medicina e da Igreja, anteriormente ressaltada.

2.3.1 O contexto da Reforma Psiquiátrica: rumo a uma abordagem psicossocial

Um conjunto significativo de críticas ao modelo psiquiátrico hegemônico e à visão de doença mental e de tratamento, ganha eco após a Segunda Guerra Mundial, com uma proposta clara de reorganização da prática psiquiátrica, desenhando os primórdios do que se chamou de Reforma Psiquiátrica (Costa-Rosa *et. al.*, 2003).

Iniciada a partir da Psiquiatria Democrática Italiana (*id. ibid*), o movimento da Reforma Psiquiátrica se espalhou pelo mundo, passando a ser amplamente divulgado no Brasil, a partir da década de 70, com o desafio de romper com um modelo psiquiátrico tradicional e transformar o lugar social do louco (Koda, 2003).

Considerada por alguns autores apenas uma reestruturação do modelo assistencial psiquiátrico, a Reforma também foi compreendida como um olhar diferenciado para a clínica, com o risco de ser um termo associado à idéia de transformação superficial. Sendo assim, a reforma psiquiátrica passou a ser entendida como um processo social, indicando algo que permanece em constante

movimento, apontando para uma permanente inovação de atores, princípios e conceitos (Amarante, 2003).

Situada no contexto da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença-saúde. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervêm na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a desconstrução da idéia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas, baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (Costa-Rosa, 2003).

Para tanto, algumas exigências são impostas: desospitalização, desmedicalização, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações intra-institucionais, interlocução entre loucos e sãos, trânsito livre nas unidades de saúde, atendimento integral e territorializado, desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e substituição pelo psicossocial (*id.ibid*).

Esse modelo está na base de funcionamento dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), serviços de atenção psicossocial implantados maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos (Amarante, *op.cit.*).

Entretanto, o fato da política de saúde mental do Brasil estar focada na implantação dos CAPS possibilita algumas críticas:

“Não apenas se está reduzindo o amplo repertório de recursos (...), como se está reduzindo todo o processo social complexo de reforma psiquiátrica a uma reorganização administrativa e tecnocrática de serviços. Em resumo, a reforma psiquiátrica torna-se a clínica modernizada, a psiquiatria renovada, realizada no interior dos CAPS. Por outro lado, o modelo prevalente dos CAPS é o herdeiro mais autêntico e legítimo da lógica do antigo INAMPS, onde a saúde era reduzida à doença ao mesmo tempo em que o sistema de saúde era reduzido à assistência médica curativa” (id.ibid: 62).

Amarante (*idem*:62), aponta, então, para o risco “*de um processo de ‘capsização’ da reforma psiquiátrica, ao mesmo tempo em que pode haver uma ‘inampsização’ dos CAPS*”.

Além disso, a diversidade de programas é fundamental para um acolhimento adequado e de forma integral, uma vez que a variedade e diversidade de possibilidades possibilitam uma escolha mais adequada a cada necessidade (Alves, 2001).

Do ponto de vista da saúde pública, sem dúvida é necessário eleger prioridades. No caso da política de saúde mental, a gravidade e os custos sociais e financeiros devem ditar a seguinte ordem de prioridade: psicoses, dependência química, grave dependência institucional e deficiência mental (*id. ibid*).

A implantação dos chamados CAPS-AD, específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tem sido a prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento (Brasil, *op.cit.*).

2.3.2. Marcos políticos da construção do modelo de atenção para usuários de álcool e outras drogas

No âmbito da assistência à saúde, a partir das deliberações da III Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde publicou algumas portarias voltadas para a normatização da atenção a usuários de álcool e outras drogas e estruturação da rede de atenção (Brasil, 2003b).

A Portaria GM/336, de 19 de fevereiro de 2002 (Brasil, 2002), define normas e diretrizes para funcionamento dos CAPS, incluindo os CAPS-AD. A Portaria SAS/189, de 20 de março de 2002 (Brasil, 2002b), regulamenta a portaria citada anteriormente, criando, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), os serviços de atenção psicossocial em saúde mental, para transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Propõe a criação e/ou municipalização de 250 CAPS-AD em todo o país, que até 2003 possuía 42 CAPS-AD, sendo 2 em Pernambuco (Brasil, 2003a).

Além da regulamentação dos CAPS-AD, o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816, de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação “*de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais*” (*id.ibid:24*), integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (*idem*).

Os CAPS-AD devem, então, oferecer atendimento diário nas modalidades intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, “*permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua*” (*idem:24*), devendo possibilitar também “*intervenções precoces*”, para limitar o estigma associado ao tratamento. Precisa estar integrado a uma rede de leitos psiquiátricos de hospitais gerais e outras práticas de atenção comunitária, de acordo com a necessidade da população (*idem*).

Devem prestar atendimento, inclusive, para os casos encaminhados pelo sistema penal, em situações de prescrição de tratamento compulsório, como pena por delito de usuários de drogas. Esses casos, entretanto, não estão descritos claramente nos documentos que tratam das estruturas dos CAPS-AD.

O documento do Ministério da Saúde, que propõe as diretrizes gerais da atenção aos usuários de álcool e outras drogas, também comenta aspectos jurídicos relacionados à questão do acesso aos serviços de saúde:

(...) o rigor da Lei Criminal de drogas vigente manifesta-se em condições desfavoráveis de acesso à saúde e a participação e organização dos usuários de drogas ao estabelecer o uso como ‘proibido’, sugerindo a ocultação. Além disso, ao dividir-se as drogas lícitas e ilícitas, incorre-se na concentração de perigo e pânico diante daquelas substâncias qualificadas como ilícitas, havendo inclusive incentivo àquelas qualificadas como lícitas” (idem:24).

O documento propõe, ainda, que a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas seja contrária à culpabilização dos indivíduos, e proponha a mudança do paradigma de doença, para o de cidadania (*idem*).

Destaca que, desde 1994, o Ministério da Saúde assumiu a Redução de Danos como estratégia de saúde pública, para prevenção de DST/Aids e hepatite, entre usuários de drogas injetáveis, e tendo em vista sua eficácia, deve ser ampliada para usuários de outras drogas (*idem*).

Sendo assim, um CAPS-AD tem como objetivo:

“(...) oferecer atendimento à população, respeitando uma área de abrangência definida, oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando: 1. Prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica da redução de danos; 2. Gerenciar os casos, oferecendo cuidados personalizados; 3. Oferecer atendimento nas modalidades, intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, garantindo que os usuários de álcool e outras drogas recebam atenção e acolhimento; 4. Oferecer condições para o repouso e desintoxicação ambulatorial de usuários que necessitem de tais cuidados; 5. Oferecer cuidados aos familiares dos usuários dos serviços; 6. Promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimentos e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento do problema; 7. Trabalhar, junto a usuários e familiares, os fatores de proteção para o uso e dependência de substâncias psicoativas, buscando ao mesmo tempo minimizar a influência dos fatores de risco para tal consumo; 8. Trabalhar a diminuição do estigma e preconceitos relativos ao uso de substâncias psicoativas, mediante atividades de cunho preventivo/educativo” (idem:36).

Em 14 de outubro de 2004, a Portaria 2.197 do Ministério da Saúde, redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas. Institui, no âmbito do SUS, o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, definindo como seus principais componentes: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatorios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponíveis no SUS (Brasil, 2004a).

Além de novamente reforçar a adoção da lógica de Redução de Danos, a Portaria indica a necessidade de “evitar a internação de usuários de álcool e outras drogas em hospitais psiquiátricos”. Define, ainda, a inclusão de procedimentos específicos para atenção hospitalar de usuários de álcool e outras drogas, na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH-SUS), do chamado Serviço Hospitalar de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas (SHR-AD) (*id.ibid*).

É importante destacar que a referida Portaria baseia-se, entre outros documentos, na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, ao recomendar a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade (*idem*).

A criação de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde deu-se a partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde. Tem como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, profissionais e gestores) (Brasil, 2004b).

Autonomia e protagonismo dos sujeitos são alguns dos valores que norteiam a política, que deve atravessar todas as instâncias do SUS. Dentre as suas principais diretrizes estão “o estímulo a práticas resolutivas, racionalização e adequação do uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias”, além do “compromisso com o sujeito e seu coletivo” (*id.ibid*).

2.4. O tratamento: expectativas, discursos e propostas

A finalidade última da atenção à saúde, para quem tem problemas decorrentes do uso de drogas, é o sucesso do tratamento para quem o busque, seja do ponto de vista psicológico, físico ou social, seja qual for a percepção do objetivo final desse tratamento. No entanto, além das estruturas disponíveis para o tratamento, as motivações para adesão ou abandono têm absoluta relevância, nesse contexto, e precisam ser abordadas para uma melhor compreensão desse campo.

2.4.1 Sobre a necessidade de tratamento

As várias fronteiras que separam o que é normal do que é patológico estão permeadas por questões de ordens diversas, assim como os fatores envolvidos na busca pelo tratamento e as expectativas em relação a sua eficácia.

Aspectos de ordem social, por exemplo, interferem nessa percepção de estar doente, uma vez que só se imagina necessitado de tratamento alguém que não está saudável. Para as classes populares, por exemplo, o corpo é, acima de tudo, um instrumento de trabalho e quando ameaçado em sua função primordial, compreende-se o estabelecimento de uma doença. Por isso, a eficácia do tratamento está diretamente relacionada à possibilidade de retornar ao trabalho. Além disso, nesses casos, o uso de medicamentos é citado como fundamental, para qualificar o atendimento médico como positivo (Bezerra Junior, 1987).

No caso da dependência química, ou toxicomania, como preferem alguns autores (Bucher, *op.cit.*; Cruz, 2003), parece haver a crença numa eficácia mágica do tratamento, algo como uma “purificação”, que retire do sujeito a “contaminação” da qual foi alvo. Essa purificação é conseguida por meio da abstinência, da desintoxicação, oposta à intoxicação pelas drogas, muitas vezes pensada como possível apenas após um período de internação ou na administração de medicamentos desintoxicantes (Izecksohn, 2003).

Provavelmente isso acontece porque o uso de drogas geralmente é vivido por usuários e familiares como algo brutal, que interrompe o curso natural da vida, que só pode ser revertido com uma intervenção também enérgica, como a internação e o medicamento (*id.ibid*).

Os relatos de motivos que levam usuários de drogas a procurar tratamento são diversos, como a necessidade de ter uma vida melhor, cuidar do filho e vê-lo crescer, cuidar da família, o medo de morrer (Moraes, 1999), o medo de perder o emprego e a família, o estigma por conta do uso de drogas e a necessidade de reintegração social (Fontanella & Turano, 2002).

Entretanto, são também inúmeras as barreiras subjetivas percebidas pelos usuários de drogas para não procurar tratamento, entre outras, considerarem que o problema não é grave e que o uso está sob controle, que o tratamento não trará

mudanças de vida, o medo de ser estigmatizado por estar em tratamento, o desconhecimento da localização das unidades de saúde, o receio de não se adaptar às regras e modelos de tratamento, o temor de recaídas, o desejo de continuar usando drogas, a não cobertura dos seguros de saúde, a burocracia e lista de espera dos serviços públicos (*id.ibid.*).

Quanto à relação com os profissionais e os serviços de saúde, um estudo mostrou que algumas características negativas são atribuídas aos profissionais que atuam no tratamento de usuários de drogas (*idem*). Os autores destacam que “(...) parece fazer parte do imaginário de alguns entrevistados a noção de que os clínicos podem errar sistematicamente, (...) ser desequilibrados emocionalmente e maltratar deliberadamente seus pacientes” (*idem*: 8).

Alguns autores consideram que características psíquicas, ou de personalidade, dos dependentes químicos podem estar envolvidas nas percepções e fantasias relacionadas aos serviços e aos profissionais, entretanto, também pontuam os aspectos concretos, como a pouca qualidade dos serviços e a não correspondência com as necessidades dos usuários (*idem*; Bucher, *op.cit.*; Seibel & Toscano, 2001).

Sob a ótica de alguns profissionais, o sucesso do tratamento dependerá do desejo do paciente, do seu investimento, do seu empenho no processo. Além disso, a busca pela abstinência também aparece como meta de cura entre muitos profissionais. Alguns destacam a necessidade de supervisão das atividades, como um investimento na qualidade de vida e de trabalho do profissional e consideram que, apesar de menor do que em décadas anteriores, ainda há discriminação e julgamento moral deles, em relação ao usuário de drogas, principalmente ilícitas (Pacheco, 2004).

É interessante destacar que as expressões *paciente*, *doente*, *cliente* e *usuário*, podem ser encontradas nos diversos textos consultados e, claramente, implicam em concepções de sujeito, de mundo e de tratamento, completamente distintas e não são sinônimos em hipótese alguma.

Considera-se que a formação dos profissionais que atuam nesse campo é insuficiente, para dar conta da amplitude da questão e que se faz necessária uma

formação que não esteja pautada em propostas normativas sobre comportamentos, mas no compromisso com reflexões críticas sobre as dimensões sociais, psicológicas e éticas da questão (Cruz, 2003).

Retomando algumas das discussões já feitas anteriormente, é importante pontuar que o discurso médico desempenha papel decisivo na qualificação ou desqualificação, autorização ou não autorização, do consumo de substâncias e que, em nome da saúde dos corpos, o consumo não medicamentoso de drogas é combatido e em nome dos mesmos corpos tal consumo é incitado (Vargas, 1998).

Essa relação ambígua da Medicina com as drogas, incita usos legitimados e condena os que estão fora do aval médico. Ou seja, usos prescritos e regulados estão de acordo com a ordem médica e, portanto, são tidos como positivos, ou pelo menos, necessários; usos não prescritos ou regulados, são desqualificados e designados como abuso de drogas (*id. Ibid.*).

Além disso, o ideal médico do bem-estar demanda, ao lado de uma luta contra a morte e pela cura das doenças, uma luta pela eliminação da dor e do sofrimento, produzindo uma redução drástica dos limiares de suportabilidade do sofrimento (*idem*).

Nesse contexto, o discurso da experiência do usuário de drogas é geralmente excluído, tendo em vista que esta é identificada como dependência, principalmente no caso de uso de drogas ilícitas, investida de poder e controlada pela escuta e pela ação do especialista, prevalecendo o discurso da razão em detrimento da fala do usuário. Esse discurso, que impõe a abstinência como norma, está pautado na idéia de que é possível um mundo sem drogas (Acselrad, 2000).

É importante destacar ainda que, vários elementos do imaginário da sociedade acerca do tratamento para usuários de drogas, estão ancorados nas práticas e discursos médicos ao longo da história da humanidade, conforme visto anteriormente, exercendo uma importante função nas expectativas de usuários, familiares e profissionais de saúde, quanto ao tratamento.

Martins (2003), destaca que as práticas e o saber médico, herdado do controle sobre a vida privada e do castigo aos desviantes, também têm

repercussões no cotidiano de várias instituições de tratamento para abuso de drogas: “(...) *em nossos dias, os espaços onde ainda operam os atores cuja meta é normatizar, abriam-se para os drogados, que foram incorporados em massa nos programas de reajustamento social*” (*id.ibid*: 110).

Todos esses aspectos estão presentes nas relações estabelecidas entre usuários, acompanhantes, profissionais e serviços de saúde, tornando ainda mais complexo o cenário da atenção à saúde de pessoas que fazem uso problemático de drogas.

2.4.2. Propostas e diálogos possíveis

Nesse contexto, as práticas de saúde, especialmente as que dizem respeito ao uso de drogas, colocam alguns questionamentos: qual o lugar dos sujeitos para os quais são voltadas as ações de saúde? Qual o lugar dos profissionais de saúde diante desses sujeitos? Qual o papel dos familiares, acompanhantes ou pessoas de referência para os usuários, diante desse cenário?

Como saída para alguns dos impasses existentes, Ayres (2001), propõe a secundarização da idéia de sujeito, quando se pensa como e para quem as ações de saúde são destinadas; e a adoção da idéia de “*contextos de intersubjetividade*”, considerando o caráter relacional e contingencial da identidade e da história dos indivíduos e grupos (*id.ibid*: 63).

A idéia de estabelecimento de um diálogo com quem procura os serviços de saúde, negando o discurso que possibilita o diálogo utilizado pelos profissionais, dá margem à percepção da existência de um vazio entre o profissional e a população, como se cada um saísse de um “*nicho individual*” para se encontrar em busca da saúde (*idem*).

Seria necessária, então, uma “*expansão da atitude cuidadora*”, para um conjunto de reflexões e intervenções em saúde. Sendo assim, a consideração da intersubjetividade em vez de sujeitos; do sucesso prático e não do controle técnico; do cuidar em vez do tratar, trazendo-os para o cotidiano, parece ser a forma mais interessante de pensar a saúde (*idem*).

Chega-se à conclusão que, pelo menos no tratamento, mas podendo ser estendida a todas as ações em saúde, *“a atitude básica do trabalho clínico é olhar as questões da dependência lembrando que a gênese foi relacional, a manutenção é relacional, e a terapia é relacional”* (Pacheco, *op.cit.*:161).

Será que a adoção desses princípios poderá diminuir o abismo existente entre os vários atores sociais, presentes no cotidiano dos serviços de tratamento, para usuários de drogas?

Parece evidente que, a busca do sucesso das ações voltadas para a saúde, deve nortear toda e qualquer intervenção no campo do uso de drogas, em todos os níveis de atenção e cuidados à saúde, superando as contradições e utilizando-as como elementos para a reflexão sobre essas práticas interventivas.

3 – Metodologia

3.1. Produção de sentido e práticas discursivas: uma opção teórico-metodológica de base construcionista.

Abordar questões complexas, compreender processos dinâmicos e sentidos atribuídos por atores sociais aos fenômenos que percebem e nos quais estão envolvidos, que fazem parte do “mundo da vida”, pressupõe um olhar qualitativo. Conceber o cotidiano como local privilegiado de pesquisa, reconhecendo a importância das relações face-a-face nesse processo, sem dúvida é elemento indispensável para uma adequada abordagem destes fenômenos.

Um referencial teórico-metodológico que considera todo tipo de conhecimento como uma construção individual e social, é a mais adequada à complexidade em questão: por isso a adoção da concepção construtivista do conhecimento.

Para diferenciar o construtivismo aqui focado do construtivismo da escola piagetiana, são utilizados outros termos que indicam tal diferenciação e suas especificidades, como por exemplo, construtivismo social (Alvez-Mazzotti & Gewandsznajder, 1999); socioconstrutivismo, introduzido por Gerard Fourez (Schramm, 2002) e construcionismo, utilizado por Spink e outros autores que trabalham no campo das práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano (Spink, 1999).

Utilizar o construcionismo se presta, então, para a identificação dos “*processos pelos quais as pessoas descrevem, explicam e/ou compreendem o mundo em que vivem*” (Medrado-Dantas, 2002: 64).

Segundo Spink (*op. cit.*), adotar o construcionismo implica em posicionar-se de forma específica, conforme se vê na passagem abaixo:

“Essa forma de posicionar-se perante o conhecimento implica, por um lado, abdicar da visão representacionista do conhecimento, a qual tem como pressuposto a concepção de mente como espelho da natureza (Rorty, 1979/1994); e, por outro, adotar a concepção de que o conhecimento não é uma coisa que as pessoas possuem em suas cabeças, e sim algo que elas constroem num esforço de desconstrução de noções profundamente arraigadas na nossa cultura” (Spink e Frezza, 1999:27).

Para que a forma construcionista de posicionar-se diante do conhecimento seja admitida, deve-se partir de um esforço de desfamiliarização de algumas crenças: na dicotomia entre sujeito e objeto, na concepção do conhecimento enquanto "representação", na crença na verdade, na crença de que o cérebro é fábrica e sede do conhecimento (Spink, *op.cit.*).

Sujeito e objeto, assim como o conhecimento, são construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas e desfamiliarizadas. Nessa perspectiva, sujeito, objeto e conhecimento não existem independentes um do outro, nem podem ser pensados separadamente (Spink & Frezza, *op.cit.*).

Outro ponto de crítica diz respeito à concepção representacionista do conhecimento, atrelada à idéia de tríade sujeito/objeto/conhecimento. Se os objetos da natureza são construídos historicamente, o conhecimento não pode ser uma representação nem uma tradução de algo que pertence à realidade externa (*id. ibid.*). Neste sentido, a realidade apresentada não existe. O que existe são realidades ditadas pelos posicionamentos dos sujeitos, ao darem sentido ao mundo.

Nesse contexto, utilizar a noção de produção de sentido parece pertinente, tendo em vista que, na vida cotidiana, sempre se está produzindo sentido de forma ativa, não estática. O sentido, produzido nesse processo, deriva do imaginário social da cultura em que está inserido, das re-interpretações feitas desses sentidos num contexto social, e das circunstâncias imediatas das interações do dia-a-dia (Spink, 1997). Mas, se o sentido é produzido à luz de um contexto específico, é prudente lembrar que a concepção aqui abordada traz como relevante a idéia de que a humanidade é produzida numa época e em um contexto social.

As práticas discursivas, foco central de análise da produção de sentidos, estão situadas num contexto marcado por precursores da chamada Análise de Discurso e da Psicologia Social Discursiva - ambas, de forma diferenciada, preocupadas com a função e a construção do discurso. Levam em conta as permanências e rupturas históricas - identificando o velho no novo e vice-versa -

possibilitando a explicitação da dinâmica das transformações históricas e impulsionando sua transformação constante (Spink & Medrado, 1999).

De forma sintética, as práticas discursivas são as formas de construção de sentido acerca da vida e de posicionamento em relações sociais do cotidiano. Dessa forma, uma conversa, um texto ou um filme são exemplos de práticas discursivas (Medrado-Dantas, 2002).

Nesse contexto, os repertórios são conjuntos de termos, figuras de linguagem, descrições e demais construções discursivas que são apreendidos e construídos. É possível identificar repertórios em textos, em conversas e em outras situações cotidianas (*id. ibid.*).

É importante considerar ainda que, na opção pela concepção construcionista do conhecimento, a interpretação, fundamental ação analítica deste estudo, é concebida como um processo de produção de sentidos, como um movimento dialético, passível de resignificação, não vinculado à busca de uma verdade. Pesquisador e pesquisado estão em constante processo de produção de sentidos, em que a interpretação é mútua e contínua (Spink, 1999).

Em suma, o referencial teórico-metodológico de estudo da produção de sentidos a partir das práticas discursivas é adotado aqui para ajudar a situar-se diante do estudo, permitindo um trânsito confortável do pesquisador no contexto do projeto de conhecimento citado.

3.2. Contextualização do início do trabalho de campo

Cabe, antes de tudo, destacar que o estudo foi realizado em um momento importante da história da atenção aos usuários de álcool e drogas em Pernambuco, tendo em vista que as duas unidades públicas existentes estavam sendo municipalizadas e quatro outras sendo implantadas no município de Recife. Além disso, o modelo de atenção que seria implantado foi apresentado em Brasília, quando era projeto, apontado como referência para todo o país.

Até o início de 2004, Pernambuco contava com apenas duas unidades de referência para tratamento dos transtornos à saúde, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a saber, o Centro Eulâmio Cordeiro de Recuperação Humana

(CECRH) e o Centro de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo (CPTRA), ambas localizadas em Recife e vinculadas ao Governo do Estado, as unidades escolhidas para o presente estudo.

Além da municipalização das duas unidades, em 2004 foram implantados, pela Prefeitura de Recife, outros quatro CAPS-AD, totalizando um em cada distrito sanitário (seis ao todo). Além dos CAPS-AD, também foi inaugurado um Albergue Terapêutico ou Casa do Meio do Caminho, para atender pessoas encaminhadas pelos CAPS. O *Programa + Vida: redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas*, inclui a criação de Casas do Meio do Caminho em todos os distritos sanitários de Recife, ação que se encontra em andamento no ano de 2005. Prevê também a realização de procedimentos de desintoxicação pelas equipes de Saúde da Família, em casos menos graves, além da criação de Unidades de Desintoxicação em hospitais clínicos (Recife, 2004).

3.3. Objetivo geral

O objetivo geral do presente estudo foi analisar as percepções de profissionais, usuários e acompanhantes, acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas em Recife/PE.

3.4. Objetivos específicos

- Identificar concordâncias e contradições entre profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas;
- Analisar as repercussões das percepções sobre a estruturação/prática dos serviços.

3.5. As técnicas utilizadas

Conforme pontuado anteriormente, as opções metodológicas utilizadas nesse estudo qualitativo estão fundamentadas nos postulados da concepção construcionista de conhecimento, dialogando com diferentes áreas a partir da utilização das técnicas de grupo focal, observação participante e análise documental, concebidas como práticas discursivas e analisadas como tais.

O grupo focal configura-se como uma espécie de entrevista de grupo em que uma das maiores riquezas está baseada numa tendência de formar opiniões e atitudes na interação com outras pessoas (Carlini-Cotrim, 1996).

A observação participante, cujas raízes se encontram nos trabalhos etnográficos da Antropologia, é uma técnica privilegiada de compreensão do cotidiano dos serviços de saúde. Trata-se de uma ferramenta metodológica que possibilita uma aproximação com o lugar em que os sujeitos discursam, em que se dão as experiências intersubjetivas no campo de estudo.

Com a observação podem-se obter informações sobre situações inesperadas, muito valiosas para o estudo, mas não examinadas por intermédio de outras técnicas (Richardson, 1942).

Vale ressaltar que não foi utilizada no presente estudo uma observação participante ativa, como descreve Cicourel (1969), na qual o observador integra o grupo que está estudando como se fosse um deles, mas uma observação pontual do cotidiano das unidades de saúde estudadas.

A análise documental, técnica bastante utilizada em trabalhos qualitativos, também foi utilizada, tendo em vista que os textos escritos também podem ser entendidos como práticas discursivas, conforme visto anteriormente (Spink, 1999b; Medrado-Dantas, *op.cit.*). Neles podem ser encontrados projetos de intervenção, concepções coletivas documentadas e outras construções importantes.

3.6. Objeto e desenho do estudo

O objeto do estudo foram as percepções sobre o modelo de atenção à saúde voltado aos usuários de drogas, a partir da observação das práticas discursivas e sentidos produzidos nas relações entre usuários, acompanhantes e profissionais de saúde, e suas repercussões na construção da lógica que orienta a atuação dos serviços.

Para tanto, foi feita uma análise da percepção dos atores sociais sobre esse modelo, em duas unidades de referência para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, localizadas em Recife: Centro Eulámpio Cordeiro

de Recuperação Humana (CECRH) e Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação para o Alcoolismo (CPTRA). A opção pelas mesmas justifica-se por serem as unidades públicas mais antigas em Pernambuco.

Recorreu-se, portanto, à combinação de três técnicas: grupo focal, observação participante e análise documental. O grupo focal foi utilizado para compreensão das diferentes percepções e atitudes acerca do modelo de atenção à saúde aplicado pela unidade de referência, incluindo as expectativas quanto à unidade e ao tratamento, bem como aspectos que contextualizam os discursos e as práticas de saúde naqueles espaços.

A observação participante proporcionou uma aproximação com o cotidiano dos serviços de saúde, tornando possível a participação em diferentes espaços de convivência e construção de significados dentro das unidades, tais como oficinas terapêuticas, consultórios de triagem, refeitórios e festas, locais privilegiados onde se dão as experiências intersubjetivas do campo de estudo.

A análise documental consistiu na leitura dos Projetos Terapêuticos das duas unidades, construídos pelas equipes de trabalho, com base em documentos que orientam a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como estão classificadas as unidades estudadas, que serviam como eixos estruturadores dos serviços.

3.7. Os atores sociais

Participaram dos grupos focais 36 pessoas, entre usuários, acompanhantes e profissionais de diferentes áreas e setores, sendo 16 no CPTRA e 20 no CECRH (ver mapa de distribuição por grupo – anexo A), de 5 a 8 participantes por cada um dos 6 grupos.

Foram considerados como critérios para inclusão na amostra os usuários que estavam em tratamento na unidade há, no mínimo, dois meses e que tinham procurado o serviço por vontade própria ou em acordo com parentes ou familiares; os acompanhantes de usuários que já tinham sido atendidos ou estavam em atendimento; profissionais que trabalhavam nas unidades há, pelo menos, um

ano, como psicoterapeuta, clínico, arte-educador, gestor, ou em atividade administrativa.

Optou-se pelo termo acompanhante a partir da necessidade de incluir pessoas de referência para os usuários em atendimento, sejam eles amigos, vizinhos, educadores ou familiares.

Em relação ao grupo de profissionais, a opção de colocar formações diversas e cargos distintos justifica-se pela possibilidade de investigar aspectos da interação entre a equipe que refletem as relações cotidianas dentro das unidades.

3.8. Fases, instrumentos e fontes de dados

Os gestores das unidades selecionadas foram contactados a partir do mês de março de 2004, por telefone, por visita à unidade e reuniões, até que o estudo em cada uma delas fosse iniciado. Nas reuniões foi apresentado o projeto de Mestrado, bem como um termo de compromisso firmado entre a pesquisadora e a unidade de saúde, para a apresentação dos resultados nas unidades, ao final do estudo (anexo B). Todos os roteiros dos instrumentos de coleta de dados, assim como o projeto de Mestrado, foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, meses antes do início do trabalho nas unidades de saúde.

As atividades de campo foram realizadas de maio a setembro de 2004, envolvendo observação participante, grupos focais e análise documental. O trabalho foi iniciado no CECRH, em maio, estendendo-se até a primeira quinzena de julho. A entrada no CPTRA deu-se no início de julho, tendo sido concluída ao final de setembro.

No CECRH foram realizados 18 dias de observação 4 horas diárias, (aproximadamente), sendo 16 dias dentro da própria unidade, em atividades cotidianas, e 2 em atividades extraordinárias (uma Festa Junina no próprio Centro e uma Feira de Cultura, no Museu da Abolição). No CPTRA foram realizados 13 dias de observação (também de aproximadamente 4 horas), todos dentro da própria unidade de saúde.

A observação participante teve como objetivo presenciar o cotidiano dos centros, tornando possível acompanhar como se dava a recepção e acolhimento aos usuários e acompanhantes, seu encaminhamento para atendimento, bem como a participação em atividades de grupo (grupo operativo, grupo de familiares, grupo de mulheres, reuniões dos Alcoólicos Anônimos, oficinas de arte-educação, reuniões de profissionais, grupo de estudo de profissionais), além da convivência em espaços de lazer e recreação (piscina, jardins) e outras dependências da unidade (sala de espera, cozinha, refeitório, enfermaria). Apenas no CPTRA também foi possível acompanhar a triagem realizada pelos médicos. Nas duas unidades, as conversas informais com os vários atores sociais envolvidos no cotidiano dos serviços contribuíram significativamente para os objetivos do estudo.

Foi elaborado um Roteiro de Observação (anexo C) que orientou os aspectos a serem observados e seus respectivos objetivos. Todas as observações foram registradas em diário de campo.

Além da autora do estudo, o trabalho de campo no CECRH contou com a participação de uma antropóloga, que atuou como co-observadora, o que se justifica por tratar-se de uma unidade de saúde bastante familiar para a autora, que já havia sido estagiária ali por um ano. Dessa forma, existia um conhecimento prévio da maior parte dos profissionais, de alguns usuários e da rotina da unidade, o que poderia dificultar a escuta de determinados fatos relevantes para o estudo, dadas as relações interpessoais da pesquisadora com os profissionais da unidade. Sendo assim, um olhar “externo”, não familiarizado com o contexto daquele serviço, foi indispensável.

Como a unidade do CPTRA era estranha à pesquisadora, que apenas sabia da existência do serviço, mas nunca havia adentrado em suas instalações, nem conhecia os profissionais que lá atuavam, não pareceu necessária a participação da pesquisadora auxiliar, que contribuiu no trabalho do CECRH.

Os grupos focais, assim como a observação participante, também obedeceram a um roteiro previamente construído (Anexo D) e tiveram como finalidade discutir e compreender as percepções desses atores sociais sobre a lógica que orienta o modelo de atenção à saúde. Para estimular a discussão, foi

lido um fragmento do documento do Ministério da Saúde, intitulado A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003a).

Durante os dias de observação participante foram feitos os convites para participação nos grupos focais. Na ocasião, explicava-se a proposta do estudo e verificavam-se os critérios de inclusão. Em seguida, era informada uma proposta de data para realização do grupo, e caso o convidado concordasse em participar, seu nome era anotado numa listagem de participantes.

No dia da realização do grupo, a pesquisadora solicitava uma sala disponível para a realização da atividade, na própria unidade, e conduzia os participantes até o local. Explicava o objetivo do grupo focal e informava o compromisso de retorno dos resultados encontrados ao colaborador. Em seguida, era explicada a importância e necessidade da assinatura do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" (Anexo E), sendo então distribuídas duas cópias para cada participante e feita a leitura coletiva do Termo.

Ao final, a facilitadora perguntava se todos haviam compreendido e concordado e, em caso afirmativo, pedia para assinarem. Quando algum participante não compreendia algum aspecto, a facilitadora prestava esclarecimentos até que fosse totalmente compreendido. Após as assinaturas, cada participante ficava com uma via do documento, fornecendo a outra cópia para a pesquisadora, que solicitava o uso do gravador de áudio, após explicar a importância do uso do equipamento, bem como todos os esclarecimentos sobre o sigilo e anonimato dos participantes.

Na mesma ocasião, também foram esclarecidas algumas regras de funcionamento do grupo: qualquer membro poderia, a qualquer tempo, solicitar a sua saída; não era permitida a entrada de pessoas estranhas ao grupo; não seria tolerado qualquer tipo de agressão verbal ou física durante a atividade; era importante que cada um contribuísse sendo sincero em relação ao que pensava.

Não aconteceram episódios de discordância do Termo ou não autorização para uso do gravador.

Em cada uma das unidades foram realizados três grupos focais, com duração média de uma hora: um com usuários, um com acompanhantes e outro com profissionais.

No CECRH os profissionais participantes possuíam as seguintes funções: assistente social, psicóloga com cargo de gerência, médica, odontólogo, motorista, recepcionista, auxiliar de serviços gerais, arte-educador.

No CPTRA os profissionais que participaram possuíam as seguintes funções: enfermeira, auxiliar de enfermagem, terapeuta ocupacional, farmacêutica, tesoureira, gerente do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico – SAME.

A maior receptividade para participação nos grupos, nas duas unidades, foi dos usuários, que prontamente concordaram em participar e, mesmo antes de chegar o dia da atividade, ratificavam a participação quando encontravam a pesquisadora nos corredores das unidades.

A maior parte dos usuários participantes do estudo era do sexo masculino, maioria absoluta em ambas os centros. A pesquisadora procurou garantir pelo menos uma participante do sexo feminino em cada um dos grupos de usuários.

Nos grupos de acompanhantes participaram pais, mães, irmãos, cunhada, e esposas de usuários em atendimento ou para os quais as famílias buscavam tratamento.

A condução dos grupos foi feita pela própria pesquisadora, acompanhada, no caso do CECRH, pela co-observadora, conforme justificado anteriormente, que teve como papel colaborar na relatoria, bem como compartilhar impressões sobre os resultados do debate.

Em nenhum momento foi necessária a interrupção do trabalho de campo e a pesquisadora foi bem recebida em ambas as unidades.

3.9. A construção das categorias de análise

Dentro do contexto das práticas discursivas, a criação das categorias de análise se presta à compreensão dos sentidos atribuídos às experiências cotidianas, que variam de cultura para cultura. Sendo assim, *“as categorias, expressas por meio das práticas discursivas, são estratégias lingüísticas*

delineadas para conversar, explicar, orientar e dar sentido ao mundo, cujas especificidades estão vinculadas ao contexto que as produzem” (Spink & Menegon, 1999:79).

Para investigar a percepção de atores sociais sobre o modelo de atenção que orienta a prática em serviços de saúde para usuários de drogas, foram utilizados elementos descritos como fundamentais no próprio modelo, e a partir deles, verificados os repertórios produzidos.

As categorias temáticas foram criadas a partir do documento “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas” (Brasil, 2003a), que apresenta as linhas gerais do modelo de atenção em questão, conforme abordado anteriormente.

As categorias temáticas criadas foram as seguintes:

- 1) **acolhimento**: ações cotidianas na chegada à unidade de saúde, bem como encaminhamentos e estabelecimento de vínculos;
- 2) **intersetorialidade**: ações capilarizadas, articuladas com a sociedade civil e a comunidade;
- 3) **diminuição do preconceito**: ações que visem à diminuição do preconceito relacionado ao uso de álcool e outras drogas;
- 4) **mudança de percepção sobre os usuários**: percepções sobre a necessidade de passagem da concepção do usuário de drogas como doente para cidadão, merecedor de direitos;
- 5) **reintegração social**: ações de reinserção social, utilizando recursos intersetoriais como esporte cultura e lazer;
- 6) **cuidados aos familiares**: atenção prestada aos familiares e outros acompanhantes de usuários em atendimento ou não;
- 7) **objetivo do tratamento**: projetos terapêuticos, finalidades do tratamento, expectativas sobre altas.

Algumas das categorias foram divididas em sub-categorias, como pode ser verificado nos quadro ilustrativo encontrado no tópico abaixo.

Por se tratar de um tema que tem múltiplas abordagens, na análise foram considerados elementos transversais que apontam para outras relações que não foram objeto desse estudo, mas que remetem a reflexões posteriores.

3.10. Procedimentos de análise

Para análise, foram criados dois quadros de repertórios produzidos pelos atores sociais, um para cada unidade de saúde. Nos quadros, estão contidas colunas para os repertórios produzidos pelos atores, além de uma coluna com todas as categorias e sub-categorias utilizadas, conforme ilustrado abaixo:

Categorias/subcategorias	Repertórios produzidos		
	usuários	profissionais	acompanhantes
1. Acolhimento 1.1 recepção 1.2 encaminhamento 1.3 rotina 1.4 vínculo com os usuários 1.5 vínculo com os profissionais 1.6 vínculo com familiares 1.7 vínculo geral com a unidade			
2. intersetorialidade 2.1 articulação entre a rede de atenção em saúde; 2.2 articulação com outros setores			
3. diminuição do preconceito 3.1 em relação ao tratamento 3.2 em relação ao usuário			
4. mudança de percepção sobre usuários			
5. reintegração social			
6. cuidados aos familiares			
7. objetivo do tratamento 7.1 resolutividade 7.2 projetos terapêuticos 7.3 inserção dos profissionais 7.4 inserção da clientela 7.5 inserção dos familiares 7.6 alta			

Para preenchimento dos quadros foram selecionados aspectos contidos nas transcrições dos grupos focais e nas anotações do diário de campo realizadas durante a observação participante. O material coletado a partir da análise documental foi inserido no corpo do texto do capítulo de resultados e discussão.

Os repertórios referentes a cada subcategoria de análise estão devidamente numerados de acordo com a coluna de categorias e subcategorias.

A análise foi feita a partir dos quadros e do material de análise documental, apresentada separada pelas categorias de análise.

4 - Percepção dos atores sociais sobre o modelo de atenção à saúde de usuários de drogas.

4.1 Contextualização: aspectos gerais sobre as unidades de saúde e o público atendido.

A estrutura física e a história de cada uma das unidades de saúde, locus do estudo das percepções de atores sociais, sugerem aspectos relevantes para a análise, tendo em vista que contribuem ou expressam sentidos produzidos, que circulam no cotidiano e influenciam nas práticas em saúde.

Fundado em 1986, o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH) está localizado em uma rua residencial e pouco movimentada, instalado em uma casa grande e de arquitetura moderna. Na entrada, uma sala de espera ampla, com sofás, TV, bebedouro de água mineral e um balcão de recepção, ao lado da porta de vidro que oferece vista para um jardim com piscina. Não há placas de acesso proibido nem exigências de identificação para a entrada. Não há farmácia nem enfermaria nas instalações da unidade.

Há uma preocupação com o bem-estar e com a manutenção de um ambiente acolhedor; um distanciamento de um modelo de arquitetura hospitalar, em consonância com os princípios da humanização do SUS e da Reforma Psiquiátrica. Além disso, há uma aparente aproximação com a idéia de clínica privada, coerente com a denominação de “clientes”, muitas vezes utilizada para referir-se aos usuários do serviço.

De acordo com a etimologia e significados da palavra cliente², é possível inferir que, apesar de ser um termo relacionado habitualmente às relações comerciais, o elemento de proteção, embutido na palavra, ajuda na compreensão da forma como os profissionais relacionam-se com os usuários do serviço, apontando para uma concepção de um sujeito mais autônomo do que um “paciente”, mas ainda marcada por algum tipo de tutela de quem está em atendimento.

² Segundo o Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa, a palavra cliente vem do latim *cliens entis*, que quer dizer “protegidos de um patrono, espécie de vassalo”. Os significados descritos são: 1. Na Antiga Roma, indivíduo que estava sob a proteção de um patrono (cidadão rico e poderoso); patrocinado; 2. pessoa que confia a defesa de seus interesses ou direitos a um advogado, procurador ou tabelião; constituinte; 3. pessoa que consulta habitualmente o mesmo médico, dentista etc; 4. comprador assíduo de uma casa comercial; freguês; 5. correntista de um banco; 6. INF. Componente de uma rede cliente-servidor com capacidade de processamento; 7. SOC. cada um dos indivíduos socioeconomicamente dependentes que fazem parte de uma clientela (conjunto de indivíduos dependentes).

É interessante notar que, embora muitos profissionais refiram-se aos usuários como clientes, o modelo de doença ainda se fez bastante presente no grupo focal dos profissionais onde o termo paciente foi cinco vezes mais utilizado do que o termo cliente.

O Centro de Prevenção, Tratamento e Reabilitação do Alcoolismo (CPTRA) está localizado em uma movimentada avenida de um bairro de classe média de Recife. Funciona ao lado do Hospital Ulisses Pernambucano, antigo Hospital de Alienados da Tamarineira, fundado em 1883 sob a égide da psiquiatria do século XIX.

Fundado em 1990, o CPTRA tem funcionamento autônomo em relação ao Ulisses Pernambucano, mas suas instalações físicas o confundem com um anexo do Hospital, separado por uma extensa grade lateral.

Na entrada, um grande terreno distancia a avenida do prédio do CPTRA. Muitas árvores antigas e uma arquitetura do século XIX, causando a impressão inicial de um retorno no tempo. Várias pessoas, principalmente homens adultos e idosos, jogam dominó, conversam ou fumam no jardim, em pequenos grupos, sentados em bancos de cimento sob as árvores. A maioria usa crachás pendurados no pescoço, que os identificam como pacientes e informam em qual modalidade de atendimento estão (se passam o dia inteiro na unidade ou só o turno da manhã).

Na pequena sala de espera, geralmente bastante movimentada, limitada por um balcão que a separa da parte interna da unidade, estão localizados bancos antigos de madeira - semelhantes aos de igreja - um telefone público e um bebedouro.

O acesso à parte de dentro do balcão é possível para quem tem crachá, para os que estão sendo chamados para atendimento e para os profissionais.

Internamente, a unidade é ampla, com grandes corredores e salas. Há farmácia, enfermaria com leitos, refeitório e cozinha, além de várias salas menores para atendimentos clínicos.

Os usuários são chamados geralmente de “pacientes”³. O uso dessa denominação, aliado à similaridade do espaço físico com o do hospital psiquiátrico, a frequência do uso de medicamentos pelos atendidos e a aparente debilitação física de vários usuários, dão um aspecto de hospital à unidade de saúde. É interessante notar que os próprios profissionais, usuários e acompanhantes chamam o Centro de hospital.

O Movimento de Reforma Psiquiátrica, o próprio SUS e mais recentemente os documentos sobre atenção à saúde de usuários de drogas, criaram e propagaram a denominação de “usuários” para toda e qualquer pessoa que faça “uso” do serviço de saúde. Porém, essa denominação não foi observada com frequência nas unidades estudadas. É possível que o fato de serem “usuários de drogas” em tratamento, e ao mesmo tempo, “usuários do serviço”, pudesse criar algum tipo de confusão quanto a qual “usuário” se estava referindo. Essa, entretanto, não parece ser a questão determinante para a diferença na denominação, que possivelmente remete à concepção de sujeito utilizada em cada unidade.

Passividade e doença estão mais associadas à denominação *paciente*, e proteção e tutela associadas a *cliente*. A concepção de cidadania, entretanto, independentemente do termo utilizado, não estava presente com a ênfase necessária e indicada para uma mudança no paradigma da doença, ainda fortemente arraigado, como é possível observar nos resultados do estudo.

Por outro lado, a presença de outras denominações para fazer referência ao usuário do serviço pode indicar um momento de transição entre uma concepção hegemônica de doente e uma nova concepção que ainda está em construção, e que provavelmente necessita de um tempo maior para se tornar

³ Do latim *patiens entis*, que quer dizer “que suporta, que resiste”. No Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa (2001), os significados da palavra são: 1. que tem paciência (virtude, sereno, conformado); 2. que aguarda tranquilamente, que sabe esperar, calmo; 3. que persiste na realização de um trabalho, perseverante; 4. que revela ou exige paciência; 5. pessoa que espera calmamente, que persiste com serenidade; 6. indivíduo doente; 7. indivíduo que está sob cuidados médicos; 8. réu que vai se submeter a pena de morte; padecente; 9. JUR. todo aquele que sofre uma ação ou omissão criminosa; a vítima do ilícito penal; o sujeito passivo do crime; 10. GRAM. que diz-se de ou sujeito ou objeto de um verbo, que não pratica a ação expressa pelo verbo, mas que recebe (sofre); 11. ente que sofre uma ação em estado de inércia, passividade, desintencionalidade.

mais forte, uma vez que quebra com princípios e saberes historicamente construídos.

Além disso, a exclusão e outros problemas econômicos e sociais, pelos quais passa grande parte dos usuários de ambos os serviços, apareceram como grande entrave para a construção da identidade de cidadãos, por serem questões macro-estruturais, percebidas como de difícil solução, tanto por usuários como por profissionais e acompanhantes, conforme abordado posteriormente.

Sobre os usuários que freqüentam as unidades, são majoritariamente do sexo masculino, homens jovens no CECRH e adultos ou idosos no CPTRA, sendo estes com a saúde aparentemente bastante debilitada, provavelmente pelo uso de álcool por muitos anos e pela cronicidade dos problemas físicos decorrentes desse uso. Alguns deles (os com crachás) passam o dia todo na unidade ou apenas um turno, todos os dias úteis da semana, em um sistema próximo à internação, mas alternativo a ele, coerente com os princípios da Reforma Psiquiátrica e de funcionamento dos CAPS.

São poucas as mulheres que chegam às unidades para se tratarem, no entanto, são muitas as que chegam como acompanhantes.

No Centro Eulâmpio, os acompanhantes dos usuários, em geral, eram seus familiares, mas por vezes foi possível encontrar educadores e agentes de saúde neste papel, ambos do sexo feminino. A maior parte dos membros da equipe de profissionais e estagiários também pertence ao sexo feminino, exceto os que ocupam as funções de motorista, vigilante e oficineiro, majoritariamente ocupadas por homens.

No CPTRA a equipe também é formada, na maioria, por mulheres. Não foram encontrados agentes de saúde ou educadoras acompanhando usuários, como na outra unidade.

Esse cenário demonstra a influência da socialização de gênero, que atribui à mulher o papel de cuidadora e auto-cuidadora, e ao homem o de aventureiro e forte, que assume estilos de vida mais vulnerabilizantes, entre os quais pode ser inserido o uso de drogas, marcadamente presente nos espaços de socialização masculina.

É interessante notar ainda que, de modo geral, o espaço do cuidado e da saúde, e conseqüentemente as unidades de saúde, recebem mais mulheres do que homens, quadro que é invertido no caso das unidades de tratamento para usuários de drogas. A associação entre uso de drogas e socialização masculina merece ser mais bem estudada, sendo necessário incluir as questões de gênero de forma mais evidente nas políticas públicas voltadas para o uso de álcool e outras drogas.

Além das questões já citadas, o processo de municipalização pelo qual as unidades vêm passando também teve repercussões no cotidiano, seja por conta da grande expectativa acerca das mudanças que ocorreriam, seja concretamente pela falta de clareza sobre a gerência e o repasse de recursos financeiros.

Antes do término do trabalho de campo no CPTRA, a gerência já havia mudado oficialmente e as equipes de transição da Prefeitura de Recife já haviam iniciado o planejamento estratégico da unidade. O CECRH ainda não havia mudado a gerência, o que ocorreu pouco depois do término do trabalho da pesquisadora na unidade.

4.2 Panorama das práticas discursivas a partir das categorias de análise

Conforme descrito na metodologia, segue-se a apresentação dos quadros utilizados para categorizar as práticas discursivas dos atores sociais estudados, e a posterior análise por categoria.

A observação dos quadros possibilita diversas interpretações acerca de como esses atores percebem o acolhimento, a intersetorialidade, os objetivos do tratamento e os demais elementos escolhidos para análise, a partir não só dos grupos focais, mas também da observação participante e da análise de documentos.

4.2.1 Sobre acolhimento

Tanto para a categoria acolhimento como para outras analisadas, havia a percepção sobre a importância dos elementos presentes na política definida pelo

Ministério da Saúde, e ao mesmo tempo sobre a dificuldade de atender esses princípios na vivência cotidiana.

Essa política é percebida pelos atores sociais no dia-a-dia do atendimento, o que faz com que muitas vezes suas falas confundam a avaliação do próprio serviço com os princípios que orientam a prática assistencial.

A existência da lista de espera e das regras de convivência, por exemplo, eram formas recorrentes dos usuários falarem sobre o acolhimento recebido, sendo a segunda uma questão importante, especialmente para os usuários do CPTRA.

Chama a atenção o fato de muitos usuários fazerem questão de reforçar que “não tinham nada o que dizer do CPTRA”, no sentido de não terem do que reclamar. Pareciam sentir-se solicitados a avaliar o serviço, cada vez que eram perguntados sobre aspectos do modelo de atenção e repetiam que o atendimento era muito bom, que eram bem tratados, às vezes melhor do que em suas casas, e que os profissionais eram competentes e simpáticos, indicando que percebiam a atenção recebida como adequada as suas necessidades.

Em vários momentos falavam da gratidão pela possibilidade de estar fazendo o tratamento numa unidade tão boa e gratuita, onde recebiam medicação sem precisar pagar. Esse aspecto remete à falta de percepção da atenção à saúde como um direito, e mais ainda, a não percepção deles próprios como cidadãos.

As regras são percebidas como normais e necessárias pelos atores sociais de ambas as unidades, mas a cobrança pelo seu cumprimento por vezes é narrada por usuários como “exageradas” ou “rigorosas”. Esse tipo de avaliação, entretanto, só foi comum entre usuários que possuíam uma maior crítica à atenção recebida, minoria em ambos os serviços.

No CECRH, alguns percebem a suspensão da participação nas oficinas como punição, e em alguns casos, usuários que não estavam comparecendo aos atendimentos clínicos tentavam participar das oficinas às escondidas, uma vez que essa participação estava condicionada ao vínculo com as atividades clínicas, individuais ou de grupo.

Os usuários do Centro Eulâmpio referiram receber as informações sobre as regras ao serem admitidos na unidade, mas não ficou claro se assinavam algum termo de compromisso. No Projeto Terapêutico está descrito que “o paciente será informado de seus direitos e deveres, das normas da Instituição e das sanções decorrentes do descumprimento dessas normas, bem como da importância da participação dos familiares no tratamento”.

No CPTRA, os usuários que estavam no intensivo ou semi-intensivo (período integral ou um turno do dia), diferente dos usuários do CECRH, enfatizaram vários elementos do Termo de Compromisso que assinam ao serem admitidos. O Termo de Compromisso do CPTRA, que traz informações sobre as regras gerais da unidade, como horário de entrada e de saída, faltas, alta administrativa ou por abandono e sobre as tarefas de manutenção da unidade, pareceu ser percebido como rigoroso, porém necessário para que as pessoas “levassem a sério” o tratamento. Referiram perceber as regras como normais e as atividades de manutenção da unidade como parte do tratamento, reproduzindo, em vários momentos, o discurso dos profissionais.

Ao mesmo tempo em que destacam que não há imposições quanto à realização das atividades, dão exemplos de pessoas que foram desligadas por descumprirem regras, como um tipo de punição pela não adequação ao sistema. Em alguns momentos falam das atividades como parte do tratamento, em outros como um trabalho realizado em troca do atendimento que recebem:

“Aqui é tudo sério (...) você não pode dizer que não quer fazer, porque você pode ter uma alta administrativa, inclusive, um amigo nosso teve alta administrativa. O outro que tava no soro também, quando terminou o soro foi embora: alta administrativa. Tem que cumprir a obrigação que você assumiu, o que assinamos ali é um negócio... (...) É claro que tem a facilidade de muita coisa, mas também é um negócio sério”.

(participante do grupo focal de usuários no CPTRA)

“(...) temos que fazer mesmo, por aí a fora tratamento, remédio, quando tá custando? E nós temos isso aqui de graça. A gente tá fazendo, mas também estamos recebendo, em dobro né, e a situação por aí não tá muito boa”.

(participante do grupo focal de usuários no CPTRA).

Para além de estar relacionada ao tratamento e estimulando a união do grupo e a assunção de responsabilidades, a realização das atividades é percebida por alguns usuários, no CPTRA, como uma forma de prestar serviços à unidade, em troca do tratamento recebido.

As atividades que realizam compreendem parte da limpeza e manutenção de áreas internas e externas da unidade, lavar banheiros, pratos, copos e bandejas; passar pano em corredores, salas e enfermaria; varrer e recolher o lixo da área externa.

As tarefas são distribuídas semanalmente, na Reunião das Comissões, momento em que é avaliado o andamento da semana. Todos são “convidados” a “lançar-se” em pelo menos uma atividade, ou seja, escolher a atividade pela qual ficará responsável ao longo da semana. O terapeuta ocupacional, que coordena a reunião, chama a atenção para a importância da colaboração com o grupo e destaca o empenho nas atividades como um empenho no próprio tratamento, com repercussões inclusive na alta.

Entre os profissionais parecia haver a percepção de que as atividades de manutenção ajudariam no desenvolvimento de aspectos tidos como importantes para a alta do tratamento, remetendo a uma explicação científica para cada ato, como destaca Basaglia (1985), na qual o usuário aceita a interpretação oficial acerca dos acontecimentos dentro das unidades, como uma forma de enquadrar-se no modelo de internado perfeito, valorizado pelas equipes, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído.

Vale ressaltar que ao longo da história da loucura e da saúde mental, baseada na concepção de que o trabalho dignifica o humano, muitas instituições utilizaram o trabalho dentro das unidades como uma forma de diminuir o ócio e tornar as pessoas úteis à sociedade, transformando o trabalho em uma técnica terapêutica. Ao longo da história, muitos abusos foram cometidos em nome dessa dignificação humana, criando um regime de servidão e uma estrutura completamente desarticulada com o mundo que encontravam fora da unidade.

A existência de regras em instituições de atenção à saúde mental está marcada historicamente pela necessidade de enquadramentos dos desviantes, dos que não seguem regras vigentes na sociedade, e em muitos casos, têm a função de controle ou punição. Se por outro lado, em toda e qualquer instituição há a necessidade de regras e acordos que possibilitem a convivência coletiva, em se tratando de instituições que têm a marca da função de controle e ajustamento social, é necessário estar atento às concepções de sujeito que possam estar embutidas em instituições atuais, porém marcadas por essa história.

Ainda que feitas essas considerações, é importante deixar claro que a maioria dos atores sociais participantes do estudo não percebe o controle, a punição ou outros aspectos embutidos na análise feita acima, mas é evidente que, como parte do processo de construção da prática da atenção em saúde mental, esses elementos estão presentes de alguma forma.

Um outro aspecto importante do acolhimento é o estabelecimento de vínculos afetivos, percebidos como fundamentais para um atendimento de qualidade. Grande parte das falas dos usuários e dos profissionais de ambas as unidades deu ênfase a essa questão.

A importância de tratar bem, de dar um sorriso, de estar disponível afetivamente para o estabelecimento dos vínculos com os usuários e acompanhantes, é uma compreensão recorrente entre os profissionais, assim como a referência de que fora da unidade, as pessoas não têm esse tipo de relação com essa clientela.

No entanto, entre os usuários do CECRH, por exemplo, há a percepção de que, em alguns casos, o atendimento atencioso de alguns profissionais deve-se mais às necessidades do trabalho, do que a outros fatores. Narram que, ainda que vários profissionais, ao encontrarem com eles fora da unidade, os tratem da mesma forma que lá dentro, outros fingem não os verem ou demonstram medo.

Os profissionais demonstram estar atentos à necessidade de humanização da atenção, ainda que poucos pareçam conhecer os princípios que regem esse modelo de atenção, atualmente incentivado dentro do SUS. Para além daquele espaço de trabalho, o relato dos usuários mostra não haver uma postura

humanizada por parte de alguns profissionais, indicando que os princípios da humanização podem estar circunscritos apenas à unidade de saúde por serem uma diretriz da atenção profissional.

Além disso, alguns profissionais do Centro Eulâmpio percebem essa forma mais humanizada de atender como relacionada ao rompimento com um modelo psicanalítico que orientou a fundação da unidade. Contrariamente, outros afirmam que houve um exagero nessa atitude cuidadora, que cria uma grande aproximação com os usuários, dificulta o estabelecimento de limites e a eficácia do atendimento. Esse pareceu ser um ponto de tensão e conflito, expresso em diferentes momentos, acerca da forma mais adequada de atender.

É possível que esses pontos de tensão e conflito também estejam indicando o processo de ruptura com um paradigma de atenção focado no distanciamento e na frieza do profissional diante do atendido, e uma progressiva adoção de princípios fundamentais da humanização da atenção difundida atualmente.

O vínculo estabelecido entre os próprios usuários é percebido por eles como importante para o fortalecimento e para a manutenção no tratamento, em ambas as unidades. Parecem perceber os semelhantes como um ponto de apoio, como fortaleza para dar continuidade a um processo que, em vários momentos, é identificado como difícil.

No que se refere aos encaminhamentos, em alguns casos a longa lista de espera no CECRH apareceu como justificativa para encaminhar para outras unidades ou fazer “devolução” de alguns usuários, principalmente originados da Justiça ou de unidades de tratamento de transtornos psiquiátricos. Esses procedimentos aparentemente justificavam-se mais por questões subjetivas e técnicas, segundo a compreensão de que se está correndo risco ao atender um infrator ou pela falta de sucesso de um tratamento para o qual a pessoa não está motivada, mas apenas cumprindo uma pena.

Essa questão remete à problemática do tratamento compulsório como pena judicial, que não é devidamente tratada no documento sobre a Política de Atenção. Situados entre a justiça e a saúde, os problemas decorrentes do uso de

drogas ainda não são devidamente tratados por esses setores, que confundem repressão e punição com tratamento, perpetuando de forma evidente uma lógica de controle de desviantes através do saber médico-jurídico, aparentemente superada quando se propõe uma atenção integral e humanizada.

Além disso, o caráter de ilicitude presente em algumas práticas de uso de drogas e/ou envolvimento com a criminalidade corrobora a manutenção do medo expresso por alguns profissionais de saúde que lidam com essa população.

Da mesma forma, o transtorno mental carrega preconceito semelhante à marginalidade dos transgressores das leis, parecendo estar na mesma categoria, do ponto de vista da evitação do atendimento à saúde, aspecto que merece atenção, tanto pela necessidade de articulação de toda a rede de saúde mental, prevista nos documentos oficiais para atenção integral aos usuários dos serviços, mas, principalmente, por representar uma grande barreira à concepção de cidadania necessária ao cuidado destinado a essa população.

Quanto aos acompanhantes, as referências de acolhimento geralmente estavam centradas na atenção aos usuários. Poucos acompanhantes fizeram referências a si mesmos, quase não aparecendo a compreensão de que também precisavam ser bem acolhidos. Aspectos sobre a rotina, encaminhamentos e outros elementos da categoria de análise *acolhimento* foram pouco abordados, não prejudicando, contudo, a percepção da atenção oferecida aos usuários como adequada.

Para fazer uma síntese dos principais aspectos enfatizados na categoria acolhimento, é possível recorrer a uma lógica de agrupamento dos repertórios produzidos a partir das práticas discursivas.

Foi possível identificar a existência de três grandes conjuntos de repertórios lingüísticos dos atores sociais, a saber, repertórios afetivos, técnicos e políticos, que auxiliam a compreensão dos sentidos acerca da atenção à saúde. Os repertórios afetivos, formados por expressões que apontam para relações mais humanizadas, que incluem afeto, amor, atenção, escuta e aproximação, foram bastante acionados para falar de atenção que julgavam humanizada, sobretudo quando abordavam-se questões sobre acolhimento.

Os outros grupos de repertórios, ainda que presentes também nessa categoria, não foram observados com tanta ênfase aqui, mas em outras categorias, conforme será abordado posteriormente.

4.2.2 Sobre intersectorialidade

As percepções de usuários e acompanhantes sobre o componente intersectorialidade foram mais focadas na falta de ações ligadas ao esporte e à profissionalização, que segundo eles, deveriam ser oferecidas dentro da unidade, tendo em vista perceberem como necessário o corpo e a mente estarem ocupados, para afastar as drogas. Houve pouca referência sobre a necessidade do estabelecimento de parcerias com outros setores para contribuir na geração de renda ou inserção no mercado de trabalho, como preconizado pela Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

No caso dos profissionais, a falta de articulação entre a própria rede de saúde e a parceria com outros setores, que ainda não se efetivam plenamente, foram narradas como os principais desafios.

Parecem conhecer o modelo considerado ideal para atenção à saúde de usuários de drogas, do ponto de vista da intersectorialidade, mas percebem que ainda não está em pleno funcionamento no cotidiano das unidades. Consideram que a municipalização ajudará a desenvolver esse aspecto, principalmente por regionalizar e delimitar melhor a área de abrangência das ações.

Dentre as dificuldades com a rede de saúde, citam a falta de leitos para desintoxicar, e a ênfase nos CAPS como praticamente o único recurso para tratamento a que se tem acesso, preocupação coerente com a que é trazida na literatura, sobre o risco de se reduzir a política de saúde mental no país e o complexo processo de Reforma Psiquiátrica, a uma reorganização administrativa de serviços no formato de CAPS.

Vale ressaltar que o Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas define a atenção nos CAPS-AD como componente da assistência, mas também a atenção básica, os ambulatorios e outras unidades hospitalares especializadas, a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social, como fundamentais para uma cobertura mais adequada, que ofereça alternativas.

Sobre o encaminhamento para internação, aspecto mais destacado no CPTRA, onde ocorriam mais encaminhamentos desse tipo, parecia haver uma preocupação com essa indicação, o que talvez indique também o conhecimento dos princípios da Reforma Psiquiátrica, entre eles, a desospitalização e a necessidade de evitar internar usuários de drogas em hospitais psiquiátricos, preconizada na Política de Atenção à Saúde dessa população.

Por outro lado, alguns profissionais, em especial no momento da triagem no CPTRA, pareciam perceber a internação como mais indicada do que a desintoxicação na própria unidade, mesmo em casos em que aparentemente reconheciam esse procedimento como possível. A falta de médicos plantonistas que pudessem assistir à pessoa que estava na enfermaria em desintoxicação apareceu como justificativa para o encaminhamento para outras unidades, na sua maioria hospitais psiquiátricos.

No CECRH chama a atenção a valorização do modelo de atendimento, dos grupos de auto-ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), que participam de atividades dentro da unidade e recebem encaminhamentos da mesma. Talvez queira indicar que o Centro preocupa-se em tornar disponíveis vários modelos de atenção aos usuários. Por outro lado, pode indicar também uma aproximação com o modelo do AA, baseado na não ingestão do primeiro gole, pelo menos no caso do uso de álcool. De qualquer forma, é um indicador importante de articulação com a comunidade e com outras instituições, conforme sugerido na Política de Atenção à Saúde em questão.

Os acompanhantes percebem a necessidade de estabelecimento de parcerias com outros setores, que possam auxiliar na adoção de uma atenção integral, ainda que a principal preocupação seja a profissionalização dos usuários. Também para os demais atores sociais, o acesso ao mercado de trabalho possibilitado pela profissionalização no período de tratamento, é percebido como fundamental para a reinserção social e o sucesso do tratamento de forma ampla, conforme é abordado no próximo tópico.

4.2.3 Diminuição do preconceito, mudança de percepção sobre usuários de drogas e reintegração social.

As categorias e subcategorias relacionadas à diminuição do preconceito, à mudança de percepção acerca do uso e do usuário de drogas e à reinserção social desse grupo apareceram fortemente associadas, no decorrer do trabalho de campo. Isso ocorreu por parte dos três atores sociais, seja nos grupos focais, seja durante a observação participante, levando à opção de analisá-las em conjunto.

Entre os usuários, foi dada grande ênfase nas repercussões que a exclusão social tem em suas vidas. Para os usuários do CPTRA, serem percebidos como doentes, aparentemente, representa um avanço no sentido de deixarem de ser vistos como irresponsáveis e vagabundos, concepções aparentemente consideradas predominantes na sociedade. Já para os usuários do CECRH, a questão não parece ser a dificuldade de deixarem de ser vistos como doentes, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica e na política de atenção aos usuários de drogas, mas de não serem vistos como marginais.

“(...) pra mudar a sociedade, tem que mudar a cabeça da sociedade, porque a união da sociedade vai ser impossível. Sempre tem preconceito com qualquer coisa, seja classe social, seja cor, seja que o cara é drogado, seja... por tudo, sempre vai ter preconceito (...). Há quantos anos tem o preconceito dos negros? Desde quando se deixou de ter preconceito com pobre? Todo dia o negro é chamado de drogado, pobre e marginal (...). A sociedade tem o raciocínio pra trás, um pensamento inferior, (...) não pensam que não é preciso usar droga pra pessoa ter pensamento ruim (...)”
(jovem do sexo masculino, 18 anos, negro, participante do grupo focal de usuários no CECRH).

No entanto, ambos parecem compreender que são necessárias mudanças pessoais para tornar possível essa reinserção, já que mudanças sociais são menos prováveis. Entretanto, mostraram-se em conflito quanto à necessidade de deixarem de ser usuários de drogas para que a sociedade os aceite, condição apontada por alguns como requisito para que isso ocorra.

Entre alguns profissionais, tanto do CECRH como do CPTRA, também é possível verificar a compreensão de que a melhor forma de reintegrar-se à

sociedade é deixando de usar drogas. Talvez a abstinência seja a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente. Mesmo assim, parece que o caráter de vigilância sobre essas pessoas se manterá permanente.

Corroborando este aspecto a percepção, especialmente presente entre os atores sociais do CPTRA, da doença provocada pelo uso de drogas como algo incurável, que pode estabilizar-se, mas estará sempre presente. Ou seja, uma vez alcoolista, sempre alcoolista, sempre uma pessoa diferente, em quem não se pode confiar por estar sujeita permanentemente a recaídas e crises.

Talvez essas sejam expressões do que discutem alguns autores, como Tundis & Costa (1987), sobre a função de vigilância assumida e delegada a algumas instituições, e por que não à sociedade como um todo, cujos saberes e práticas estão norteados pelos mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem, principalmente sobre as camadas populares urbanas.

Vale ressaltar que entre os atores sociais do CPTRA, há a percepção do trabalho da equipe estar voltado para a conscientização sobre a doença junto aos usuários, aos acompanhantes, e à sociedade, para que possam aceitá-los como doentes. Essa percepção parece repercutir consideravelmente na construção da auto-imagem de doentes entre os usuários.

Essa auto-percepção de doentes, reforçada pelos profissionais e acompanhantes, também parece trazer ganhos para os usuários, como por exemplo, a falta de crítica com quem apresenta recaída.

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

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

compreendida pelos vários atores sociais a importância dessa organização social, uma vez que não foram citadas nem percebidas ações nesse sentido.

A questão da cidadania, quando colocada, parece incompatível com a ideia de doença, como expresso na fala de uma acompanhante que diz que os usuários estão “anestesiados”, portanto não podem saber que são cidadãos.

Da mesma forma, a percepção de usuários como marginais, como dito anteriormente, se configura como um entrave para a construção de cidadania e para a compreensão da Saúde como um direito, também entre os profissionais:

- “(...) o paciente recebe o serviço, a assistência, e deve dar algo em troca, fazer algo para a sociedade que está tendo um custo; é dinheiro do povo; muitos prejudicaram a sociedade por conta do uso de drogas (...) é uma política paternalista (...)”.

(profissional participante do grupo focal no CECRH)

Assim como os usuários, os profissionais do CECRH também falam dos aspectos de criminalidade que envolvem alguns dos seus clientes. Entretanto, de modo geral concordam que independentemente da vida que levam fora da unidade, precisam ser bem tratados.

Ainda assim, alguns profissionais mostraram-se inseguros e temerosos quanto ao atendimento de pessoas envolvidas com crimes, embora considerem que o preconceito entre os técnicos é menor do que na sociedade em geral, por serem profissionais da área de drogas.

Essa postura, aparentemente, reforça a ideia de evitação do tabu, manifesta no preconceito. Parece apontar para a existência de rituais expiatórios que reforçam o distanciamento em relação aos usuários de drogas e os colocam em posição de marginalidade, não só pelos atos ilícitos que possam cometer, mas também pela própria violação do tabu através do uso de drogas.

É importante lembrar que alguns autores consideram que o temor da sociedade, em relação ao uso e ao usuário de drogas, expressa o perigo representado pela transgressão que esse ato representa, tendo em vista seu caráter atual de impureza e pela violação constante de uma proibição. Além disso, apontam o paralelo entre a violação do tabu, expressa pelo uso de drogas para

busca de prazer, e o caráter de expiação recebido pelo usuário, principalmente ao tornar o uso compulsivo, fazendo a pessoa sentir-se castigada pela própria droga, como uma forma clara de vingança pela violação do tabu (Izecksohn, 2003).

Cabe destacar, entretanto, que os profissionais avaliam que seria necessário vencer os preconceitos para oferecer uma atenção adequada:

“na sociedade se tem a idéia de que quando não são doentes, são marginais; nós fazemos parte da sociedade; nós carregamos preconceitos para o trabalho; trazemos os nossos valores, a nossa percepção, é inevitável; deve estar disposto a discutir e aprender com o outro na convivência, com o paciente ou com a equipe, para oferecer um atendimento de qualidade a qualquer cidadão”.
(profissional participante do grupo focal no CECRH)

Além do preconceito associado ao uso de drogas, a percepção da existência de problemas sociais graves no cotidiano da maioria dos usuários parece ter relação com a avaliação dos profissionais quanto às dificuldades na promoção da reinserção social, que reconhecem como um dos pontos-chave da atenção aos usuários de drogas, em consonância com a política oficial. Atribuem esses problemas à falta de perspectivas de ocupação profissional, em parte parecendo ser justificada, por exemplo, pela percepção dos usuários como acomodados, observada no CPTRA.

Essa percepção quanto à acomodação aparece relacionada não apenas à procura por emprego pelos usuários quando fora da unidade, mas também à permanência destes no CPTRA, que, segundo essa avaliação, acontece também por estarem mais tranquilos e protegidos lá, do que fora dos muros da unidade. Atribuem, ainda, essa acomodação à existência de ganhos secundários da doença, como alimentação, carteira de transporte gratuito e outros benefícios.

Esses profissionais entendem que não é o CPTRA que resolverá o problema social em questão, mas poderá ajudar os usuários a encontrarem caminhos para saírem dele e superarem a acomodação.

Avaliam que a instituição deveria ser um local de passagem, mas que não tem sido porque, entre outros fatores, a rede intersetorial é precária e não se tem para onde encaminhá-los. Ainda que haja essa compreensão, não há referência a

uma articulação ou criação de uma rede comunitária, conforme indicado em documentos que discutem as estratégias para reinserção social.

Vale ressaltar que o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, instituído no âmbito do SUS, dá ênfase à reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e propõe a criação de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária, associada à rede de serviços de saúde e sociais, integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2003a).

A percepção de maior segurança dentro da unidade parece também ser compartilhada pelos usuários, quando falam que o mundo lá fora os incita ao uso e que não querem sair da unidade porque é o melhor lugar do mundo, ainda que percebam que o objetivo final do tratamento é a reabilitação social.

Já os acompanhantes associam as atividades de manutenção da unidade como profissionalizantes, mas as percebem como insuficientes para dar conta da demanda por profissionalização. Percebem essas ações como de responsabilidade da unidade e atribuem a não realização das mesmas à falta de recursos humanos e financeiros, sugerindo que sejam conduzidas por voluntários ou por algum usuário que deixou de beber e queira ajudar outras pessoas. Novamente parece haver, também por parte dos acompanhantes, a percepção de que os usuários precisam ser mantidos por mais tempo na unidade, ainda que não estejam em tratamento.

Da mesma forma, os usuários do CECRH entendem que as ações de reintegração social devem acontecer no próprio Centro, mas que ainda são poucas, citando as oficinas como principais, percebidas também como estratégias para pensar em outras coisas, e não só em drogas.

Alguns profissionais, entretanto, não parecem reconhecer a importância das oficinas da mesma forma que os usuários, provavelmente por não estarem configuradas como um atendimento médico ou psicológico, podendo indicar uma falta de valorização ou legitimidade enquanto atividade terapêutica e estimuladora da reintegração social.

É importante lembrar que, de acordo com as normas de funcionamento dos CAPS, as unidades de saúde devem “(...) *promover, mediante diversas ações (que envolvam trabalho, cultura, lazer, esclarecimentos e educação da população), a reinserção social dos usuários, utilizando recursos intersetoriais, ou seja, de setores como educação, esporte e lazer, montando estratégias conjuntas para o enfrentamento do problema (...)*” (Brasil, 2003a:36). Não há referência de que a própria unidade deva realizar essas ações, mas promovê-las a partir da intersetorialidade. No entanto, vários atores sociais percebem que essas ações devem ocorrer na unidade.

Há a compreensão, entre usuários e acompanhantes, da necessidade de realizar, na própria unidade, todas as atividades necessárias à recuperação. Talvez esse fato seja reforçado pela percepção da unidade como “outro mundo”, diferente daquele em que vivem, que deve atender todas as necessidades dos usuários.

Essa aparente dependência em relação às unidades de saúde, principalmente no CPTRA, é apontada pelos profissionais como relacionada aos problemas sociais enfrentados, mas pode estar relacionada, ainda, a uma percepção de que lá recebem conforto e proteção, gerada talvez por uma atenção humanizada, que não possuem fora da unidade de saúde.

Os acompanhantes, em ambas as unidades, também demonstraram preocupação com a necessidade de oficinas profissionalizantes para a promoção da reintegração social, e assim como já citado para os demais atores, também as entendem como uma forma de manter os usuários pensando em outros aspectos da vida e não em drogas.

Por fim, vale chamar a atenção para o fato de que, além dos problemas sociais referidos, a percepção do corpo como um instrumento de trabalho, principalmente entre as classes populares, coloca a eficácia do tratamento diretamente relacionada à possibilidade de retornar ao trabalho, como pontua Bezerra Junior (1987), e também pode ter influência na percepção da reinserção no mercado de trabalho como fundamental para a recuperação.

Curiosamente, nas três categorias abordadas nesse tópico, os repertórios políticos não foram empregados da forma enfática que se poderia esperar a partir da natureza das questões colocadas. Esses repertórios, quando trazidos, não estavam relacionados à percepção dos usuários como cidadãos, à necessidade de organização social dos usuários, pautada na compreensão de aspectos da Reforma Psiquiátrica e a outros avanços rumo a uma concepção do sujeito como biopsicosocial e político. Na maioria das vezes, as referências restringiram-se a aspectos sobre o papel do governo e à gestão da saúde pública.

4.2.4 Cuidados aos familiares

O aspecto do cuidado aos familiares foi um dos mais difíceis de ser observado durante o estudo, tendo em vista a pouca referência dos atores sociais a esse aspecto da atenção.

Apesar do grande número de acompanhantes que chega às unidades, o estabelecimento de vínculos e a participação nos grupos de família parecem muito aquém e poucos usuários fizeram referência à participação da família, ou de pessoas importantes nas suas vidas, em atividades dessa natureza.

Os profissionais percebem como indispensáveis os cuidados aos familiares, mas avaliam como realizados aquém do que esperam e do que pensam ou sabem estar recomendado nas políticas de atenção aos usuários de drogas. Em ambas as unidades, o trabalho realizado parece resultar de uma tradição de uso do modelo sistêmico, amplamente difundido na saúde mental, pautado em uma compreensão de família nuclear, fato talvez relacionado à ausência de outras pessoas, além de familiares, nos chamados grupos de família.

O cuidado aos familiares está descrito como uma das atribuições dos CAPS-AD nos documentos que os normatizam, no entanto, a fala dos profissionais indica que há dificuldades para a realização de uma atenção adequada às famílias, que percebem como descrentes, sem motivação, como se não acreditassem mais em tratamento. Ainda assim, reconhecem que precisam melhorar a atenção aos familiares.

O grave problema econômico e social, pelo qual passa a maior parte dos que procuram atendimento nas unidades, é considerado pelos profissionais como um obstáculo também no trabalho com as famílias, especialmente pelos profissionais do CECRH.

O maior objetivo do acompanhamento das famílias, para os profissionais do CPTRA, parece ser a conscientização sobre a doença, e sobre os usuários como doentes:

“[é preciso que] o usuário de álcool e de drogas tenha consciência de que ele é doente, que a sociedade sabe que é um doente, a família aceita ele como um doente, isso com um trabalho de mídia, não só com a presença do hospital. Tem que ter esse estudo desenvolvido pra saber que o doente, ele precisa de amparo familiar, social e isso é do próprio governo”.

(profissional participante do grupo focal do CPTRA)

No Projeto Terapêutico do CPTRA também está descrito que o atendimento à família deve incluir a conscientização sobre alcoolismo, a percepção do dependente como doente, e não como viciado e irresponsável, a aprendizagem de novas formas de lidar com o alcoolismo, o trabalho para a reorganização familiar.

Observou-se que os usuários, de ambas as unidades, pouco falaram do trabalho realizado na unidade com os acompanhantes. Nos grupos focais, por exemplo, falaram mais sobre relações familiares quando faziam referência a essas pessoas.

Quanto às percepções dos próprios acompanhantes em relação aos cuidados recebidos, parecem esperar que as atividades em grupo sejam espaços de fala e de troca de experiências, expectativa aparentemente distinta da que têm os profissionais. Talvez isso justifique, em parte, a aparente falta de motivação para participação nos grupos de família, expressa pelos acompanhantes, especialmente do CPTRA.

O modelo de grupo de auto-ajuda composto por familiares parece estar mais próximo da expectativa dos acompanhantes do que o modelo pedagógico de conscientização sobre a doença.

Os acompanhantes que participavam das atividades do CECRH foram os que falaram mais claramente dos benefícios trazidos pelas atividades que participavam e pareciam reconhecer que eram acolhidos e que tinham um espaço de fala, adequado às necessidades.

É interessante notar que, ainda que haja a recomendação dos cuidados aos familiares, como o foco do tratamento é mantido no usuário, parece não se ter clareza da natureza dessa atenção às famílias. Algumas vezes, a família é vista pelos profissionais como um suporte, como um apoio para o usuário em tratamento, enquanto que elas próprias demonstram suas expectativas de serem ouvidas, de compartilhar angústias, de serem o foco da atenção.

4.2.5 Objetivos do tratamento

Sobre os objetivos do tratamento, apesar de aparentemente semelhante para grande parte dos atores sociais, algumas contradições apareceram nos discursos, principalmente em torno da meta da abstinência.

A abstinência parece ser uma meta clara para todos os atores sociais no CPTRA, que aparentemente concordam com esse objetivo, embora as freqüentes recaídas talvez possam indicar o rigor de uma meta que parece inalcançável para a maioria dos usuários. Nesse caso, a recaída pode ser interpretada como fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa.

Era comum ouvir relatos de que, para o uso crônico do álcool, não há alternativas além da abstinência, principalmente devido aos agravos à saúde de pessoas que fazem uso de álcool há muito tempo e à incompatibilidade entre a medicação utilizada e a droga.

É importante lembrar o grave problema de saúde pública que é o uso problemático de álcool, cujos dados sobre morbidade hospitalar no SUS apontaram gastos públicos com internações, de janeiro a novembro de 2003, equivalentes a 83% dos gastos totais com problemas decorrentes de transtornos associados ao uso de outras substâncias (Delgado *et. al.*, 2004). Esses dados dão a dimensão do problema, cuja abrangência não deve ser desconsiderada.

Voltando à questão da alta, curiosamente, quando abordada pelos usuários do CPTRA, aparece como alvo de ambivalências, tendo em vista que ao mesmo tempo em que se falava do desejo de estar bem, se falava da dificuldade de desligar-se da unidade, onde referiam ser muito bem tratados, bem acolhidos.

A dificuldade em falar na alta pode ter relação com a dificuldade de saída de um lugar que reconhecem como melhor do que suas próprias casas. Trata-se de uma relação aparentemente complexa, tendo em vista que as recaídas podem ser também estratégias de manutenção dos usuários na unidade.

No CECRH, os usuários, de modo geral, não falaram sobre o que eles próprios esperavam do tratamento. Reproduziram um discurso institucional de que, para melhorar, precisam dar a volta por cima, reintegrar-se à sociedade, arranjar emprego e chegar à abstinência, no entanto, não citam essa última de forma tão enfática quanto no CPTRA.

Quando faziam referência a expectativas diferentes, os usuários do Centro Eulâmpio referiam-se ao desejo de não parar de usar drogas, de terem controle sobre o uso e de não serem discriminados socialmente por isso, entretanto, de forma muito sutil.

De forma genérica, no Projeto Terapêutico do CECRH o objetivo do tratamento aparece como sendo a investigação, integração, implantação e desenvolvimento de ações voltadas para prevenção, terapêutica e pesquisa em dependência de drogas psicotrópicas. Dentre os objetivos específicos está: oferecer atendimento clínico, psiquiátrico, psicossocial, terapêutico-ocupacional, educação física e orientação pedagógica aos usuários de drogas.

Já no Projeto Terapêutico do CPTRA, a manutenção da abstinência é o item número 1 do acompanhamento da efetividade do tratamento, onde estão descritos como objetivos, sensibilizar e motivar os dependentes para meta de supressão da droga e melhoria da qualidade de vida; trabalhar a questão da droga na lógica da redução de danos, tendo como meta ideal a supressão da substância.

Ainda que no discurso os usuários do CPTRA deixem claro que não recebem reclamações da equipe profissional pelas recaídas, foi possível observar um aparente temor da descoberta ou desconfiança de que se fez uso de álcool.

Da mesma forma, parecia haver uma vigilância por parte dos profissionais quanto à manutenção da abstinência, expressa no questionamento aos usuários sobre se haviam feito uso, seja nos corredores ou nas salas de atendimento, mas principalmente nas triagens e nos atendimentos para receberem prescrição de medicação.

Esse aspecto remete à discussão feita anteriormente, acerca da constante vigilância pela qual passam os usuários, pela violação do tabu, mas também pelos jogos de exclusão e normatização existentes em nossa sociedade atual, cujo uso de drogas transformou-se em um grande vilão.

No Projeto do CPTRA, a abordagem da redução de danos é colocada como uma possibilidade, ainda que reforçando-se que a meta ideal é a abstinência.

É importante deixar claro que a lógica da redução de danos não é oposta à abstinência. A supressão do uso de drogas pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas, mas é importante que essa conclusão seja tirada pelo próprio usuário, junto com a equipe que o acompanha, e não algo imposto num projeto terapêutico.

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a adoção de programas terapêuticos individualizados, criados para cada caso específico, que podem ter como meta final a abstinência, ou não.

No Centro Eulâmpio, não parece haver consenso sobre a meta do tratamento, ao menos pelo que é explicitado no discurso. Enquanto alguns profissionais defendem a abstinência, a maioria parece ter receio de admitir que defenda essa meta:

- (...) *“eu não posso negar que um dos critérios para eu dar alta é a abstinência de drogas, com certeza, né, que ninguém precisa de droga pra viver. E outra coisa importante é a melhora da qualidade de vida, (...) com sua vida familiar, sua vida profissional, sua vida afetiva, amorosa (...)”*.
(profissional participante do grupo focal no CECRH)

- *“(...) primeiramente é o resgate da sua auto-estima e depois, que a droga se tornasse algo secundário na vida dele, que tudo que é secundário você pode dispensar a qualquer momento com facilidade (...)”*.
(profissional participante do grupo focal no CECRH)

Esse cenário pode indicar que alguns profissionais têm informações sobre a necessidade de criação de programas terapêuticos adequados aos casos específicos e de uma atenção humanizada, utilizando a abordagem da redução de danos, ou pode ser justificado por outras razões, entre elas, a necessidade de demonstrar uma visão mais holística, não focada na droga, mas que não necessariamente é sinônimo de humanização.

Entre a equipe do Eulâmpio foram observadas algumas divergências quanto à forma mais adequada de lidar com o usuário e a abordagem teórica mais eficaz, ainda que todos tenham concordado ser necessária uma visão integral do sujeito. Alguns acreditam que essa visão do todo só é possível através do amor ao ser humano, enquanto outros através do profissionalismo e da técnica embasada cientificamente:

“(...) a tendência, segundo alguns pesquisadores, é humanizar o tratamento, então, enquanto algumas pessoas estão preocupadas em ver termos científicos no papel, eu diria que o abraço é a mais nobre atitude. Então vamos amar, vamos abraçar. Enquanto outras pessoas estão buscando isso aí, vamos fazer (...). Não é necessário você saber através de livros, basta um olhar e um aperto de mão sincero. Aí você tá vivendo, isso aí já tá fazendo um mundo melhor (...).”

(profissional participante do grupo focal no CECRH)

“(...) percebo também que a informalidade pode prejudicar. A gente acha que essa integração, esse contato, a gente acha que é bom para o paciente. Por que a gente acha? Que resultado a gente tem de concreto? Não existe um estudo científico, não existem dados estatísticos de que esse tratamento que a gente dá é bom para o paciente. Essa forma da gente lidar, a gente acha... Que tipo de método é esse? O amor, o afeto, o amor é suficiente? É preciso se distanciar em que momento? Que resultado concreto eu tenho? A gente não tem esse estudo (...).”

(profissional participante do grupo focal no CECRH)

Vale reforçar que humanizar não é descuidar da parte técnica, do profissionalismo, não é informalidade. É valorizar o ser humano, sua história e o contexto em que vive, percebendo-o como sujeito merecedor de respeito e atenção de qualidade.

Aqui também pode ser observado que se lançou mão de repertórios técnicos, baseados em aspectos científicos, em estatísticas, abordagens e teorias, para justificar procedimentos aparentemente eficazes. Grande parte desses repertórios parecia indicar uma percepção contrária à aproximação com os usuários.

Nesse sentido, os repertórios afetivos, pautados no amor, na escuta e na aproximação, foram colocados, algumas vezes, como antagônicos aos técnicos, como se a atenção humanizada estivesse mais para o afeto do que para o profissionalismo. A percepção da eficácia da atenção oferecida transitava entre esses dois grupos de argumentos.

Além das várias concepções sobre a abordagem ideal e o momento adequado para alta, observadas no discurso dos profissionais, o Projeto Terapêutico do Centro Eulâmpio, escrito no ano de 2000, aponta como resultados esperados a adesão, a permanência, a frequência, a abstinência e a redução de danos. Sobre redução de danos, aparecem no documento os seguintes subtópicos explicativos: retorno à escola/atividade laborativa, melhoria dos vínculos familiares, melhoria dos vínculos sociais, melhoria dos cuidados pessoais, comportamento não destrutivo (não dirigir sob efeito de DPA, sexo seguro etc.) e alta administrativa.

Chama a atenção a utilização da expressão ‘redução de danos’, bem como os aspectos explicativos do termo, todos visando a melhoria das relações sociais e o auto-cuidado, sem referência ao padrão de uso de drogas.

O termo ‘redução de danos’ apareceu uma única vez no discurso dos profissionais do Centro Eulâmpio, durante o grupo focal:

“(...) quando a gente vê que o paciente tá voltando às atividades, é o que chama redução de danos, quando ele tá voltando à escola, quando ele está voltando ao estágio que deixou, com o convívio familiar, então eu acho que isso aí é um sinal de que ele está melhorando e está se recuperando, até que quem sabe, né, nesse ritmo, chegar (...) a deixar de usar (...)”.

(profissional participante do grupo focal no CECRH)

Parece que não só no momento em que esse Projeto Terapêutico foi redigido, mas ainda hoje, há uma dificuldade na compreensão dos princípios da redução de danos. Não significa, contudo, que os profissionais não percebam ou não utilizem a redução de danos na prática, mas talvez falem mais informações sobre a abordagem, para que sintam mais segurança na utilização do termo.

Também está descrito nesse Projeto o objetivo do Grupo Informativo Temático, a saber, analisar estilos de vida relacionados ao uso abusivo de drogas, identificando prejuízos, fatores de risco e planejar, em conjunto, alternativas para a abstinência, o que poderia ser lido como dentro dos princípios da redução de danos.

Em suma, é importante deixar claro novamente, que, de acordo com a Política do Ministério da Saúde que orienta as ações de atenção aos usuários de drogas, a adoção da lógica da redução de danos tem como finalidade oferecer opções de objetivos a serem alcançados com o tratamento. Reforça a importância do reconhecimento da singularidade dos usuários de drogas e a possibilidade de flexibilização dos projetos terapêuticos, tornando-os menos exigentes e mais adequados às necessidades individuais.

Uma outra questão que chama a atenção diz respeito à percepção sobre o uso de medicamentos durante o tratamento, especialmente observada no CPTRA, que remete a aspectos relevantes acerca da atenção recebida, parecendo também ter relação direta com o controle e a vigilância sobre os usuários, discutidos anteriormente.

O uso de medicamentos é percebido, no CPTRA, como importante para o tratamento, principalmente pelos acompanhantes, porque, segundo eles, serve para controlar o usuário, melhorar a auto-estima e fazer o humor estabilizar-se.

Além disso, o uso de medicamentos por usuários de álcool parece ser uma forma de controle também da própria abstinência, uma vez que é reforçado, a cada momento, que com a medicação sendo tomada, não se pode beber.

Os usuários também percebem que os remédios ajudam a melhorar. É interessante notar que quase todos parecem estar utilizando medicamentos e reconhecem esse procedimento como importante, muitas vezes central para a

recuperação. Essa percepção, muitas vezes, os coloca aparentemente à disposição para utilizar o que estiver disponível na farmácia da unidade, para não correr o risco de ficar sem remédios, avaliação compartilhada pelos profissionais que, em geral, receitam medicamentos para quase todos os atendidos.

Esse aspecto parece indicar que a abstinência e a desintoxicação pela medicação são capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso, configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida.

Esse cenário remete, ainda, a uma importante questão trazida por uma racionalidade médica, que localiza a sede de todos os males no corpo, qualificando o uso de medicamentos na prática psiquiátrica, aspecto relacionado diretamente à revolução da indústria farmacológica.

Além disso, a percepção do corpo como instrumento de trabalho, cuja função torna-se comprometida pelo estabelecimento de uma doença, compreende a intervenção no corpo, proporcionada pelo uso de medicamentos, como uma qualificação do atendimento médico, principalmente por representar uma ação direta nesse mesmo corpo doente que precisa ser restabelecido, enraizada em um sistema complexo de expectativas e sentidos acerca do processo saúde-doença-saúde.

O mesmo saber médico que autoriza o uso de substâncias, em nome da saúde dos corpos, condena o consumo não medicamentoso de drogas (Vargas, 1998), tornando-o passível de tratamento.

Para além do uso de medicamentos, também é possível identificar médicos que baseiam seus atendimentos em outros cuidados, humanos e respeitosos em relação ao usuário e seus familiares. Foi possível observar essa forma de atenção a partir de elementos aparentemente simples, como olhar para o paciente no momento em que fala, a forma cuidadosa de perguntar e ouvir sobre os sintomas ou um aperto de mão ao final do atendimento, o que sem dúvida está coerente com um modelo de atenção integral humanizado.

Também coerente com uma atenção humanizada, está o relato de alguns profissionais, principalmente do CECRH, sobre a satisfação que o trabalho possibilita por percebê-lo como uma forma de salvar vidas. Essa percepção é expressa, sobretudo, pelos profissionais que não oferecem atendimento clínico e psicológico, como motorista, recepcionista, oficinheiros e auxiliar de limpeza. Chama a atenção como esses profissionais estão cientes de suas contribuições para o resultado positivo do tratamento e como criam fortes vínculos com os usuários e os acompanhantes.

De forma semelhante, porém menos enfática, os profissionais do CPTRA também manifestaram essa satisfação de poder estar ajudando, bem como a clareza de que todos os profissionais são cuidadores, mesmo os que não oferecem atendimento psicológico, médico ou de enfermagem, elementos importantes para a construção de uma atenção pautada em uma proposta relacional, próxima de um ideal humanista, de respeito às pessoas, como defende Bucher (1992), e que está nos princípios da atenção integral em questão.

Além das preocupações com a forma mais adequada de atender e com os objetivos do tratamento, os profissionais de ambas as unidades demonstraram preocupação com a formação técnica e conceitual da equipe, além de falarem da importância de receber supervisão para o trabalho.

A questão da escassez de recursos humanos foi outro aspecto abordado pelos profissionais, identificada como um ponto de fragilidade no campo do tratamento para usuários de drogas. Referem que poucos profissionais querem trabalhar nessa área por conta do preconceito e da frustração gerada pelas recaídas constantes. Falam da necessidade de supervisão e o quanto as equipes podem crescer profissionalmente quando passaram a receber um profissional externo para orientá-los.

Esses aspectos também remetem à humanização, que deve ser compreendida não só como um tipo de atendimento que deve ser prestado ao usuário, mas envolve toda uma proposta de mudanças no modelo de atenção à saúde, utilizando como pressuposto básico a valorização dos diferentes sujeitos

implicados no processo de produção da saúde, sejam eles usuários, profissionais ou gestores (Brasil, 2004b).

Os acompanhantes também demonstram preocupação com os recursos humanos e financeiros, que percebem como insuficientes para proporcionar uma atenção adequada. Além disso, são os atores que apresentam maior clareza quanto à necessidade da alta ser negociada entre os usuários e a equipe, bem como do objetivo do tratamento ser a “recuperação humana e social”, concepções próximas das sugeridas pelo modelo oficial de atenção integral.

Um outro elemento importante da atenção integral, enfatizado no SUS, é a necessidade de prestar atendimento a todas as pessoas, sem distinção de qualquer tipo. Esse princípio parece não ser devidamente considerado quando são colocados critérios de exclusão do atendimento, por qualquer razão que seja, comprometendo o oferecimento de uma atenção equânime e justa.

Nesse sentido, o Projeto Terapêutico do CECRH, coloca como critério de exclusão do atendimento intensivo e semi-intensivo, portadores de “transtornos psicóticos descompensados e deficiência mental grave”. Não fica claro se é previsto o atendimento ambulatorial não-intensivo para essas pessoas, como também não foi possível verificar se havia usuários com esses tipos de transtornos sendo atendidas na unidade. Também não havia referência desses usuários estarem sendo encaminhados para outras unidades ou quais desdobramentos eram realizados.

Ainda que se tenha clareza de que vários aspectos do Projeto estivessem em reformulação, de acordo com informações de alguns profissionais, o texto ainda reflete a percepção desses acerca da atenção que deve ser oferecida, e para quem deve ser oferecida.

O componente prevenção, compreendido como necessário, também está no Projeto Terapêutico do CECRH. Há menção da tríade prevenção-pesquisa-tratamento como orientadora das ações, entretanto, na prática, o componente de prevenção pareceu menos desenvolvido que o componente de tratamento, e o de pesquisa praticamente inexistente, ao menos no período em que foi realizado o

estudo. Por se tratar de uma unidade de referência para tratamento, é possível ter a expectativa de que este componente fosse mais desenvolvido e destacado.

As ações de prevenção também estão explícitas na Política de Atenção Integral à Saúde de usuários de álcool e outras drogas, ancoradas na idéia de que não existe separação entre prevenção e assistência na saúde pública, nem hierarquia de importância entre esses componentes. Visam o fortalecimento dos fatores de proteção que auxiliem na redução da iniciativa de consumo, considerando que tanto os fatores de risco como os de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida (Brasil, 2003a).

Em suma, quanto aos objetivos do tratamento, pode-se dizer que a percepção dos vários atores sociais, em linhas gerais, está próxima do que preconiza a política atual em questão, que é bastante recente e provavelmente está em fase de construção de legitimidade e implantação, em toda a rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Não se deve desconsiderar, entretanto, os vários elementos destoantes dessa política, bem como as contradições existentes nos discursos e a não coincidência de expectativas dos atores sociais envolvidos, em alguns aspectos.

5. Conclusões

Apesar de configurarem-se como avanços, tanto a política de humanização do SUS quanto a da atenção integral aos usuários de drogas, ainda encontram-se em processo inicial de implantação, sendo possível observar a convivência de resquícios de práticas anteriores a essas propostas, pertencentes a outros paradigmas de atenção.

Os aspectos que destoam e vão numa direção contrária ao da política humanizada de atenção integral, estão bastante enraizados em modelos hegemônicos que perduraram historicamente, mas aparentemente em processo paulatino de desconstrução, que provavelmente leva um tempo bem maior do que o tempo necessário para a publicação de um documento ou de portarias que regulamentam um determinado modelo de atenção.

De modo geral, nas duas unidades de saúde que fizeram parte desse estudo, há a percepção de que o modelo descrito na Política de Atenção Integral ainda não faz parte do cotidiano de grande parte dos atores sociais. Os maiores questionamentos e discordâncias foram feitos pelos profissionais; no CPTRA por reforçarem a concepção dos usuários como doentes, e no CECRH pela dúvida acerca da forma mais adequada de aproximar-se dos usuários.

Em alguns momentos, a humanização parecia ser compreendida como oposta ao profissionalismo e a eficácia técnica como sinônimo de distanciamento entre profissionais e usuários. Parecia faltar clareza acerca das diferenças entre assistencialismo e humanização, confusão que muitas vezes distancia o profissional de uma prática humanizada, pelo receio de ser assistencialista.

Poucos profissionais pareciam conhecer os princípios que regem esse modelo de atenção, atualmente incentivado dentro do SUS, ainda que muitos estivessem atentos à necessidade de “tratar bem” os usuários.

É possível pensar que, mais que simples conceitos ou políticas públicas, a proposta de pensar a saúde dentro de um paradigma e um modelo de atenção diferenciado, o que Ayres (1991) talvez chamasse de “expansão da atitude cuidadora”, ainda está em construção.

Não havia também, de modo geral, a percepção da atenção à saúde como um direito, nem dos usuários como cidadãos ou da importância da organização social dos usuários.

A mudança da idéia de doente para a de cidadão, aparentemente é algo ainda distante, entre outras razões, por estar relacionada ao fato da identificação como doente ser uma justificativa social para o “desvio”, retirado do campo da moral e colocado no da saúde mental. É esse lugar do “não responsabilizável” por uma determinada conduta condenável, que muitos usuários de álcool e outras drogas parecem procurar para lidar com a exclusão e com a culpa.

Trata-se de um grande obstáculo ao avanço para uma atenção integral, tendo em vista que tanto a noção de doentes, como a de marginais, são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão.

O lugar de cidadão exige não só uma postura diferenciada dos próprios usuários, como também de toda uma rede social em que estão inseridos, passando pelos profissionais de saúde e pela comunidade em que vivem.

A percepção da existência de problemas sociais graves no cotidiano da maioria dos usuários tem relação com a avaliação dos profissionais quanto às dificuldades na promoção da reinserção social, que reconhecem como um dos pontos-chave da atenção aos usuários de drogas, em consonância com a política oficial. Pareceram indicar a associação entre saúde mental e falta de condições de vida adequadas, ainda que se possa questionar se efetivamente as pessoas que buscam tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas sofrem de transtornos mentais ou apenas são alvo de um aparato de controle excludente.

Sobre os cuidados aos familiares, os profissionais perceberam como indispensáveis, mas avaliam como realizados aquém do que esperam e do que pensam ou sabem estar recomendado nas políticas de atenção.

Foi demonstrada a necessidade de se pensar estratégias mais eficazes de inserção dos acompanhantes no processo de atenção à saúde, de forma que

estes percebam que são parte integrante desse processo, o que pareceu ainda não ser possível.

As percepções sobre os objetivos do tratamento, aparentemente semelhantes entre os atores sociais, apresentavam contradições nos discursos em torno da meta da abstinência, talvez a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente.

Essa meta da abstinência aparentemente coloca a abordagem da redução de danos em segundo plano, talvez pela falta de compreensão de que ela não é oposta à abstinência.

A percepção sobre a ajuda que os remédios podem possibilitar, muitas vezes apareceu como central para a recuperação, principalmente no CPTRA.

A abstinência e a desintoxicação pela medicação pareciam ser percebidos como capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso, configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida, localizando no corpo a sede de todos os males e qualificando o uso de medicamentos na prática psiquiátrica.

A municipalização da atenção, pela qual as duas unidades estudadas estão passando, foi citada como um avanço na promoção da reinserção social, que passa pela diminuição do preconceito, pelo respeito ao ser humano e pelo protagonismo dos usuários de drogas.

O projeto de atenção integral à saúde de usuários de álcool e drogas de Recife, que orienta as ações de municipalização da saúde, denominado *Projeto + Vida: redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas*, reconhecido como referência nacional, vem sendo implantado com bastante agilidade durante a atual gestão da saúde.

É necessário, entretanto, que se tenha clareza de que a ampliação da rede de serviços não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários. Entre outras coisas, talvez seja necessário: 1) envolver/formar

profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial, e acima de tudo, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade; 2) formular políticas públicas mais amplas e intersetoriais, que possam lidar de forma adequada com a complexidade que é o uso de drogas na atualidade; 3) envolver toda a sociedade num esforço de reflexão sobre o papel que o uso de drogas teve e tem na nossa cultura, de uma forma menos moralista e mais ética; 4) compreender e implementar os princípios da redução de danos, abordagem mais humana, respeitosa, que ajuda a desenvolver estratégias de auto-cuidado e estimula ações de *advocacy* de usuários de drogas.

É importante lembrar que em Pernambuco foi criada, em 2002, a primeira associação de usuários de álcool e outras drogas do país, um diferencial do estado, que sai na frente na mobilização social de usuários, que rompem com seus próprios preconceitos e exigem seus direitos, cientes de seus deveres.

No entanto, nas duas unidades estudadas, não foram observados usuários vinculados à associação ou a quaisquer outras instâncias de mobilização, participação ou controle social. Ainda que esse não tenha sido o foco de análise do estudo, mostra-se um indicador bastante interessante acerca do que precisa ainda ser construído.

A reflexão sobre as implicações dos processos de socialização masculina, que expõe os homens a situações vulnerabilizantes e os coloca, por exemplo, como a população majoritária dos serviços de saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, também não estava presente no cotidiano das práticas dos vários atores sociais em questão. Não há dúvida, entretanto, da necessidade de discutir a ação nesse campo, seja inserindo nas agendas das políticas públicas, nas práticas de saúde ou na sociedade de forma ampla.

Além desse cenário mais claro, outras perguntas mais complexas são necessárias: o que efetivamente leva as pessoas a estarem em tratamento nos CAPS-AD? Será que, diante da grave crise social em que se encontram, estar em tratamento é a garantia de alimentação para alguns? Será que as pessoas que

estão recebendo atenção nos CAPS realmente apresentam comprometimentos na saúde física e mental? E para além dos CAPS-AD, o que efetivamente se tem de concreto na rede de atenção à saúde de usuários de drogas?

Ainda que não se tenham respostas claras para algumas dessas questões, e sem desconsiderar a existência dos agravos à saúde decorrentes do uso de drogas, parece que os problemas colocados são sociais, econômicos e políticos, precisando ser compreendidos e tratados como tais.

Outros estudos precisam ser feitos para abordar essas questões, como também podem ser realizadas investigações baseadas no agrupamento dos repertórios produzidos a partir das práticas discursivas, brevemente abordados no capítulo de discussão dos resultados desse estudo. A identificação da existência de três grandes conjuntos de repertórios lingüísticos, nesse caso, afetivos, técnicos e políticos, auxilia a compreensão dos sentidos acerca da atenção à saúde e podem ser mais bem explorados, em desdobramentos desse estudo ou em estudos futuros.

É importante notar ainda, que mesmo que as unidades de saúde estejam marcadas por diferenças importantes na estrutura de funcionamento, as percepções dos vários atores sociais trouxeram questões estruturais semelhantes, que ajudam a pensar a forma mais adequada de construção de legitimidade do modelo oficial de atenção à saúde.

Não se deve descartar, entretanto, a possibilidade de crítica a esse modelo, que no momento é indicado como o mais adequado, mas que certamente apresenta limitações e precisará ser constantemente revisitado e atualizado, para dar conta da complexidade de uma questão que envolve setores que precisam dialogar, tais como saúde, educação, justiça, ética e direitos humanos.

As discordâncias de percepção entre os vários atores sociais não foram tão evidentes quanto se pode esperar, tendo em vista que os sentidos são construídos nas relações estabelecidas, de forma que em vários momentos se tinha a impressão de que um discurso técnico estava sendo reproduzido, reconstruído e legitimado cotidianamente. Ainda assim, esses atores sociais identificavam-se

como autores desses sentidos produzidos e não se tem dúvida de que certamente o eram.

Cabe a preocupação, entretanto, da perpetuação da valorização de um saber técnico, em detrimento de outros valores que possam ser trazidos pelos diferentes atores, o que sem dúvida também perpetuaria um modelo de atenção pautado em um saber médico onisciente, onipotente e onipresente.

No presente momento, vários CAPS-AD estão em fase de estruturação em Recife e tantos outros sendo implantados em diferentes partes do país. Também nesse momento, outros níveis de atenção à saúde estão sendo modificados e reconstruídos em função da recente Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas. Da mesma forma, toda a saúde mental do país está sendo repensada cotidianamente.

O sistema penal e outras instâncias jurídicas estão pensando o que fazer para tornar ilícitas algumas drogas que têm seu uso crescente, como a cola de sapateiro; como modificar a lei de controle de uso e porte de substâncias entorpecentes ilegais; como resolver a superlotação prisional dos enquadrados como traficantes de drogas.

Os movimentos sociais e de direitos humanos discutem as melhores formas de controle social para a resolução do problema da fome e do desemprego, geradores de outras formas de exclusão, sendo a negação da cidadania a pior delas. Discutem como fazer as pessoas compreenderem que seus corpos e suas mentes pertencem a cada uma e que são autônomas para decidir o que fazer deles. Estão pensando como trazer para a prática alguns dos direitos humanos básicos, ainda não efetivados.

Enfim, seja qual for a esfera focada, é possível que se esteja pensando em saídas possíveis para os tantos problemas sociais, econômicos e políticos que a humanidade atravessa, sendo o uso de drogas, e os problemas de correntes desse uso, marcas dessa história de exclusão e dessa tentativa de controle sobre o público e o privado, sobre o corpo e a mente.

Portanto, é preciso que, no campo da atenção à saúde de usuários de drogas, sejam trilhados caminhos para tornar realidade uma atenção integral, justa

e humanizada, que rompa com práticas enraizadas na sociedade, pautadas na psiquiatria do século XIX e na percepção de que os desviantes devem estar “controlados” dentro das unidades de tratamentos, seja pelo uso de medicamentos, seja pela busca incessante da abstinência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACHTERBERG, J. (1996) *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus.

ACIOLI, D. M. (2002) *O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em Etnoepidemiologia*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

ACSELRAD, G. (Org.) (2000) *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

ACSELRAD, G. (2000) A educação para a autonomia: a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 161-188.

ADIALA, J. C. (1986) *O problema da Maconha no Brasil: ensaios sobre racismo e drogas*. Rio de Janeiro: IUPERJ. (Série de Estudos, n. 52).

ALVES, D. S. (2001) Integralidade nas Políticas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 167-176.

ALVES-MAZZOTTI, A.; GEWANDSZNAJDER, F. (1999) *O método nas ciências naturais e sociais. Pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Editora Pioneira.

AMARANTE, P. (2003) A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 45-66.

ARANA, X. et al. (Org.) (2003) *Globalización y drogas: Políticas sobre derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati – Dykinson.

AYRES, J. R.C.M. (2001) *Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde*. [S.l.]: [S.n.]. p. 63 – 72. (Ciência & Saúde Coletiva, 6).

BASAGLIA, F. (1985) *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

BAPTISTA, M. et al. (Org.). (2003) *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ.

BEZERRA JUNIOR, B. (1987) Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis, RJ: Vozes. p. 133-170.

BITTENCOURT, L. (2003) Escravos de deus: algumas considerações sobre toxicomania e religião evangélica. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). *Drogas e pós-*

modernidade: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: Editora UERJ. p. 265-273.

BRASIL. (2002a) Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

_____. (2002b) Portaria nº 189, de 20 de março de 2002. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 21 mar.

_____. (2003a) Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E, *Legislação de Saúde*. Brasília, DF.

_____. (2003b) Portaria nº 457, de 16 de abril de 2003. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 17 abr.

_____. (2004a) Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Gabinete do Ministro da Saúde, Brasília, DF, 15 out.

_____. (2004b) Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores*. Brasília: Ministério da Saúde.

BUCHER, R. (1992) *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.

CARLINI-CONTRIM, A. (1996) Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. *Revista de Saúde Pública*, v. 30, n. 3. p. 285 - 293.

CAVALCANTI, B. C. (1998) *Danças e bandeiras: um estudo do maconhismo popular no Nordeste do Brasil*. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

CHAVES, C. A. (2000) *A marcha nacional dos sem-terra: um estudo sobre a fabricação do social*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

CICOUREL, A. (1969) Teoria e método em pesquisa de campo. In: BERREMAN et al. *Desvendando máscaras sociais*. São Paulo: Francisco Alves. p. 87-121.

COSTA-ROSA, A. et al. (2003) Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 13-44.

- COTRIM, B. C. (1999) A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: CEAD/Unb; SENAD. p. 58 - 67.
- CRUZ, M. S. (2003) Práticas de ensino, práticas psiquiátricas e uso abusivo de drogas. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. p. 69-84.
- CUNNINGHAM, S. (2001) *Guia essencial da bruxa solitária*. São Paulo: Gaia.
- DAMATTA, R. (1998) *Carnavais, malandros e heróis*. Rio de Janeiro: Rocco.
- DELGADO, P.G. et al. (2004) Álcool e Redução de Danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde.
- DELGADO, P. G. (1987) Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. p. 171-202.
- DUARTE, L. F. D.; LEAL, F. (Org.). (1998) *Doença, Sofrimento, Perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- FONTANELLA, B. B.J.; TURANO, E. R (2002). Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substância psicoativas procurando tratamento. *Revista de Saúde Pública*, v.36, n.4. p. 20-34.
- FOUCAULT, M. (1980) Uma consciência política. In: FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária.
- _____. (1978) *História da Loucura*. São Paulo: Perspectivas.
- FRANCH, M. (2004) Um brinde à vida: reflexões sobre violência, juventude e redução de danos no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde. p. 49-71.
- FREYRE, G. (1975) *Casa Grande e Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal*. Rio de Janeiro: José Olympio.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. (1997) *IV Levantamento sobre o uso abusivo de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: CEBRID.
- GIMENES, A. G. (Org.). (1997) *A Mulher e o Câncer*. Campinas: Editorial Psy.

- GOFFMAN, E. (1961) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectivas.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. (2001) *Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- IZECKSOHN, S. (2003) O tratamento como ritual de cura. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. p. 125-132.
- KARAM, M. L. (2000) Legislação brasileira sobre drogas: história recente-a criminalização da diferença. In: ACSELRAD, G. (Org.). *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. p. 151-160.
- KARAM, M. L. (2003) Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In: SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA. p. 45-97.
- KODA, M. Y. (2003) A construção de sentidos sobre o trabalho em um Núcleo de Atenção Psicossocial. In: AMARANTE, P. (Org.). *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. p. 67-88.
- MACKENNA, T. (1995) *O Alimento dos deuses*. Rio de Janeiro: Record.
- MARTINS, S. M. (2003) Norma, desvio e uso de drogas: o contexto da busca da cidadania pela redução de danos. In: SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (Org.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA. p.101-114.
- MEDRADO-DANTAS, B. (2002) *Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade*. Tese (Doutorado) - Departamento de Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- MENEZES FILHO, A. (2001) *Os alquimistas continuam chegando*. Dissertação (mestrado) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco. Recife.
- MINAYO, C. (2003) Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. p. 13-32.
- MOFFATT, A. (1986) *Psicoterapia do oprimido: ideologia e técnica da psiquiatria popular*. São Paulo: Cortez.

- MORAES, M. M. (1999) *Entre a margem e a responsabilidade: a experiência da paternidade para jovens usuários de drogas*. 1999. Texto final apresentado a disciplina Prática de Pesquisa 2, Curso de Psicologia, UFPE, Recife.
- MOSSIMAN, A. (2000) O tratamento do uso indevido de drogas. In: SUDBRACK, M. F. O. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. v. 2. Brasília: CEAD/Unb; SENAD. p. 42-48.
- NASCIMENTO, P. G. (1999) *“Ser homem ou nada”*: diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico de masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- NOTO, A.R.; CARLINI, E. A. (1995) Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Revista ABP-APAL*, v.17, n.3, p. 107-114.
- NOTO, A.R. et. al. (1997) *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997*. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.
- PÁBON, M. A. (2003) O processo de produção das deliberações sobre a política de drogas e a implantação da política de redução de danos na Colômbia. In: BAPTISTA, M. et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. p. 43-56.
- PACHECO, R. (2004) *Poeira de estrelas: símbolos e discursos entre usuários de drogas e seus terapeutas no Recife*. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- PEIRANO, M. (2003) *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- RECIFE. (2004) Prefeitura. Secretaria de Saúde. *Programa + Vida: redução de danos no consumo de álcool, fumo e outras drogas*. Recife: Secretaria de Saúde.
- REZENDE, H. (1987) Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. p. 15-74.
- RICHARDSON, R.J. (1942) *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas.
- RORTY, R. (1994) *A filosofia e o espelho da natureza*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. (trabalho originalmente publicado em 1979)
- ROSENI, P.; MATTOS, R. A. (Org.). (2001) Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; ABRASCO.

SAMPAIO, C. M. A.; CAMPOS, M. A. (Org.). (2003) *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos*. Rio de Janeiro: ABORDA.

SCHRAMM, F. R. (2002) Texto da disciplina Ciência, História e Método, do Mestrado em Saúde Pública – NESC/CPqAM/FIOCRUZ. Mimeo.

SCHULTES, R. E. & HORFMANNA, R.F. (1982) *Planta de los Dioses*. México: Fonte de Cultura Econômica.

SEGALE, M. (2002) *Ritos e rituais contemporâneos*. Rio de Janeiro: Editora FGV.

SEIBEL, S. D.; TOSCANO A.J. (2001) *Dependência de drogas*. São Paulo: Editora Atheneu.

SIBILIA, P. (2002) *O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologia digitais*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

SILVA, D. (2002) *Vida Íntima das Palavras*. São Paulo: Editora Arx.

SILVA FILHO, F. J. (1987) A medicina, a psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. p. 75-102.

SPINK, M. J. & FREZZA, R. M. (1999) Práticas discursivas e produção de sentido: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez. cap. 1.

SPINK, M. J. & MEDRADO, B. (1999) Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para a análise das práticas discursivas. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez. cap. 2.

SPINK, M. J. & MENEGON, V. M. (1999) A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez. cap. 3.

SPINK, M. J. (1997) Os sentidos da doença: a contribuição dos métodos qualitativos na pesquisa sobre o câncer. In: GIMENES, A. G. (Org.). *A Mulher e o Câncer*. Campinas: Editorial Psy. cap. 7.

SPINK, M. J. (Org.). (1999) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez.

SPINK, P. (1999) Análise de documentos de domínio público. In: SPINK, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximações metodológicas*. São Paulo: Cortez. cap. 5.

SUDBRACK, M. F. O. (Org.). (2000) *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. v.2. Brasília: CEAD/Unb; SENAD. p. 14-21.

THUSWOHL, M. (1999). *Entrevista de Kofi Aman*, Jornal do Brasil, Caderno 1, Rio de Janeiro, p.11, 7 de julho de 1999.

TUNDIS, S.; COSTA, N. (Org.). (1987) *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

TUNDIS, S.; COSTA, N. (1987) Cidadania, classes populares e doença mental. In: _____ (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. p. 9-14.

VARGAS, E. V. (1998) Os corpos intensivos: sobre o estatuto social do consumo de drogas legais e ilegais. In: DUARTE, L. F. D.; LEAL, F. (Org.). *Doença, Sofrimento, Perturbações: perspectivas etnográficas*. Rio de Janeiro: Fiocruz. p. 121-136.

ANEXOS

- ANEXO A - Mapa de distribuição dos participantes dos grupos focais**
- ANEXO B – Termo de compromisso firmado entre a pesquisadora e a unidade de saúde, para a apresentação dos resultados da dissertação.**
- ANEXO C - Roteiro de Observação Participante**
- ANEXO D – Roteiro dos Grupos Focais**
- ANEXO E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**
- ANEXO F - Artigo**

ANEXO A
Mapa de distribuição dos participantes dos grupos focais

MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCALIS

Grupos	CPTRA			CECRH			Total
	Nº de mulheres	Nº de homens	Total	Nº de mulheres	Nº de homens	Total	
usuários	1	5	6	1	5	6	12
acompanhantes	5	0	5	3	3	6	11
profissionais	4	1	5	5	3	8	13

ANEXO B

Termo de compromisso firmado entre a pesquisadora e a unidade de saúde, para a apresentação dos resultados da dissertação.



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



FIOCRUZ

Ministério da Saúde

Prezado(a) Diretor(a),

Este estudo tem como finalidade investigar sobre a percepção de usuários de drogas e profissionais de saúde sobre o modelo de atenção à saúde para dependência química.

O estudo faz parte da dissertação de mestrado em Saúde Pública que desenvolvo no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). Serão utilizados dois instrumentos de coleta de dados: observação participante e grupo focal, que encontram-se descritos no projeto encaminhado.

Comprometo-me a apresentar os resultados obtidos a esta unidade, preservando a identidade dos participantes e coloco-me à disposição para qualquer esclarecimento adicional, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães sito à Av. Prof^o Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone : (81) 8831-5556 ou e-mail: maristelammoraes@hotmail.com

Sua colaboração é muito importante. Sem ela, não será possível realizar o estudo e, conseqüentemente, contribuir para ampliar a compreensão acerca do tema, de forma a oferecer subsídios para a política e a prática da atenção à saúde aos usuários de drogas.

Agradeço antecipadamente sua gentileza e atenção.

Maristela de Melo Moraes

Mestranda em Saúde Pública NESC/CpqAM/FIOCRUZ

ANEXO C

Roteiro de observação participante

Objetivos da observação: proporcionar uma aproximação com o cotidiano dos serviços de saúde, tornando possível a participação em diferentes espaços de convivência e construção de significados dentro das unidades, locais privilegiados onde se dão as experiências intersubjetivas.

Eixos centrais: percepção dos atores sociais, produção de sentidos, concordâncias e discordâncias de opiniões, repercussões do discurso na prática, aspectos do modelo de atenção à saúde.

Roteiro

1. rotina

- acolhimento – verificar como ocorre o acolhimento dos atores sociais e como eles percebem esse acolhimento;
- encaminhamento – observar se há e como acontecem os encaminhamentos de pessoas vindas de outras instituições, bem como de pessoas da própria instituição para as atividades dentro da unidade;
- comentários na ausência da pessoa referida – identificar e verificar os sentidos veiculados nos comentários;
- conversas de sala de espera – observar se o conteúdo das conversas fazem referência à aspectos do modelo de atenção à saúde;
- rituais – verificar a ocorrência e os sentidos produzidos nesse processo;
- relações de gênero – observar como ocorrem e a relação delas com o modelo de atenção utilizado;
- regras – verificar a existência de regras de funcionamento e a relação dos atores sociais com as mesmas;
- funcionamento de redes/intersectorialidade – observar como ocorrem no cotidiano.

2. relações terapêuticas

- intervenções – identificar as intervenções usuais e os fundamentos que às justificam;
- concepções de sujeito – observar as concepções de sujeitos explícitas e latentes;
- entrada e saída dos espaços de intervenção – verificar comentários e outras aspectos relevantes para o estudo, nos momentos de entrada e saída das atividades;
- atividades em grupo (formais e informais) – verificar as percepções dos atores sobre as mesmas.

3. instalações físicas

- instalações – verificar aspectos que auxiliem na compreensão dos sentidos da atenção à saúde;
- locais de interação dos atores sociais/espaços de convivência – observar onde e como ocorre essas interações.

ANEXO D

Roteiro de grupo focal

Etapa 1:

Apresentar os componentes do grupo.

Etapa 2:

Esclarecimentos iniciais.

O facilitador faz um contrato inicial de funcionamento da atividade, informando as regras e dinâmica do grupo, e coloca-se à disposição para esclarecer qualquer dúvida em relação ao estudo ou ao próprio grupo.

Etapa 3:

Informar que fará a leitura de um pequeno texto que traz aspectos da Política de Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e outras Drogas, formulada pelo Ministério da Saúde, e que, caso as pessoas tenham dúvidas sobre o que está sendo dito, poderão receber novas explicações.

Ler o texto abaixo:

Os centros de tratamento para usuários de álcool e outras drogas devem prestar atendimento diário aos usuários; garantir que recebam atenção e acolhimento; oferecer cuidados aos familiares e promover a reintegração social, utilizando setores como esporte, lazer, cultura e educação, trabalhando na diminuição do preconceito relativo ao uso de álcool e outras drogas. A atenção deve ser integral, igual para todos e justa, promovendo a passagem da idéia de 'doentes' para a de cidadão merecedores de direitos e exercício plena da cidadania.

Etapa 4:

Pedir que as pessoas comentem o que acharam do que foi lido, como percebem o que está dito na política.

Etapa 5:

Discutir as opiniões emitidas pelos participantes.

Nesta etapa, o facilitador atua no sentido de favorecer o diálogo e proporcionar a fala de todos os participantes.

Etapa 6:

Concluir o debate, agradecer a participação e encerrar a atividade.

ANEXO E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Centro de Pesquisas
AGGEU MAGALHÃES



Ministério da Saúde

- **TÍTULO DO PROJETO:** "O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA USUÁRIOS DE DROGAS: DIÁLOGOS E CONTRADIÇÕES".
- **INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL:** NESC/CPqAM/FIOCRUZ

Eu, _____, declaro que aceito participar do estudo científico sobre a percepção de usuários de drogas e profissionais de saúde sobre o modelo de atenção à saúde para dependência química.

Minha participação é voluntária e está formalizada através da assinatura deste termo em duas vias, sendo uma retida por mim e a outra pela pesquisadora. Poderei deixar de participar a qualquer momento, sem que isso acarrete qualquer prejuízo à minha pessoa.

Estou ciente de que os resultados deste estudo serão divulgados em congressos, publicações científicas e/ou publicações de modo geral, e que ao serem apresentados, o meu nome não será identificado.

Qualquer esclarecimento que eu necessite deverei entrar em contato com Maristela de Melo Moraes, autora do estudo, pelo endereço: Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães sito à Av. Profº Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária; telefone : (81) 8831-5556, ou e-mail: maristelammoraes@hotmail.com

(assinatura do participante)

(assinatura da pesquisadora)

_____, _____ / _____ /2004.

ANEXO F ARTIGO

O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA TRATAMENTO DE PROBLEMAS DECORRENTES DO USO DE DROGAS: PERCEPÇÕES DE USUÁRIOS, ACOMPANHANTES E PROFISSIONAIS.

Maristela Moraes⁴

RESUMO

Introdução. O aumento considerável do uso de drogas em todo o mundo suscitou experiências terapêuticas diversificadas nas últimas décadas. No entanto, a literatura aponta para a manutenção da lógica de controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos portadores de desvios, com repercussões nas práticas cotidianas de várias instituições de tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas. No Brasil, a expansão dos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e Drogas (CAPS-AD), pautada num modelo de atenção integral à saúde dos usuários de álcool e outras drogas, preconiza a passagem de uma idéia de doentes para a de cidadãos; a reinserção social a partir da intersectorialidade das ações; a adoção da lógica da redução de danos e outros princípios que visam uma atenção integral mais justa e equânime. **Objetivos.** Este estudo teve como objetivo investigar a percepção de usuários, acompanhantes e profissionais, acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas. **Metodologia.** O estudo foi realizado em dois CAPS-AD de Recife-PE, de maio a setembro de 2004. Foram utilizadas as técnicas de grupos focais, observação participante e pesquisa documental, para presenciar o cotidiano das unidades de saúde, aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos das unidades. **Resultados.** Ainda que estejam presentes nos discursos e práticas, vários elementos da política de atenção integral à saúde, há a percepção dos usuários como doentes, a medicalização e outros resquícios de modelos de atenção em desuso a partir da Reforma Psiquiátrica. A reinserção social foi percebida por todos os atores sociais como o maior obstáculo para uma atenção integral à saúde. **Conclusões.** É necessária, ainda, uma reorientação da prática, buscando uma ruptura com a cultura do preconceito, da exclusão e da doença, bem como com modelos controladores baseados na psiquiatria hospitalocêntrica.

Palavras-chave: modelo de atenção à saúde; drogas; percepção de atores sociais; humanização e integralidade.

ABSTRACT

Introduction. The considerable increase of drug use around the world inspired diversified therapeutical experiences in the past decades. However, literature points out the maintenance of the control logic that started with the 18th century medical knowledge, originating from deviant patients, which had repercussions in the daily practice of several institutions that dealt with problems decurrent from drug use. In Brazil, the expansion of the Psychosocial Attention Centers for Alcohol and Drugs (CAPS-AD), based on a model of integral health attention to alcohol and other drugs users, preconizes some concept changes, recognizing the users as citizens, rather than a illness; the social reinsertion through the intersectoriality of the actions; the adoption of the reduction of damages logic, among with other principles that aim to build an integral health attention, more just and equalitarian. **Objective.** This study had the objective of investigating the perception of users, companions, and health professionals, regarding the existing model of health attention to drug users. **Methodology.** The study was carried out in two CAPS-AD of Recife-PE, from May to September 2004. The techniques of focal groups, participatory observation and documental research were used in order to witness the day-to-day work of the health units, to get to know the perceptions of the actors regarding the model of assistance and to know the therapeutical projects of the units. **Results.** Even though there are several elements of the integral health attention policies in the speeches and practices, the perception of the users as sick, the medicalization and other traces of models of attention that fell in disuse after the implementation of the Psychiatric Reform are still very present. The social reinsertion was perceived by all social actors as the main obstacle for an integral health attention. **Conclusion.** It's necessary, still, a reorientation of the practice seems to be necessary, aiming to rupture with the culture of prejudice, of exclusion and illness, as well as with control models based in hospitalocentric psychiatry.

Key-words: model of health assistance/attention; drugs; perception of social actors; humanization and integrality.

⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC)/Fiocruz.
Contatos: maristelammoraes@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O uso de substâncias psicoativas está presente em toda a história da humanidade, em diferentes culturas, e certamente os vários registros desse uso não podem deixar de ser citados pelos trabalhos que têm como objeto o uso de drogas ou contextos relacionados a essa prática. Ainda que apontem para um consumo diferenciado do atual, marcam a relação existente entre os seres humanos e a busca por diversos tipos de substâncias, em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada.

Corresponde a uma prática humana milenar e universal, através da qual os humanos têm buscado a cura de males, alívio de sintomas, modificação intencional do estado de consciência, diminuição da ansiedade diante das incertezas da vida, experiências místicas variadas, obtenção do prazer e uma infinidade de outras razões (Bucher, 1992).

Os estudos antropológicos apontam que, dentre as drogas consumidas pelas sociedades humanas, o álcool é sem dúvida uma das mais antigas, uma das mais utilizadas e com diferentes fins, de anestésico a narcótico. Sendo uma substância produzida a partir de elementos disponíveis na natureza (água, açúcar, fermentos e calor), talvez a origem do álcool tenha ocorrido espontaneamente, durante a pré-história humana. Com o posterior desenvolvimento de técnicas agrárias e de utensílios de cerâmica, é provável que o armazenamento, fermentação e comercialização tenham sido facilitados, contribuindo para uma produção sistemática posterior (Acioli, 2002).

Um outro exemplo de substância psicoativa, que tem suas origens datadas dos tempos do neolítico, originada de uma das primeiras plantas utilizadas em larga escala, é a *cannabis*, matéria-prima da maconha. Há registros de seu uso no Antigo Oriente, na China e na Índia, estando na base de remotas formas religiosas e diversos usos medicamentosos (Cavalcanti, 1998).

É evidente também que a história do uso de substâncias, em vários momentos, se confunde com a história da cura, dos curandeiros, dos alquimistas, das bruxas, dos xamãs e da medicina.

A tradição de uso de plantas mágicas está na origem de vários mitos de criação do universo, cultos religiosos, rituais de cura ou processos de auto-conhecimento, de várias culturas orientais e ocidentais. Alguns exemplos são o uso do alucinógeno *Datura* associado ao culto ao deus indiano Shiva Nataraja; das diversas plantas alucinógenas no México, Colômbia, Guatemala e Peru; da *ayahuasca* nas seitas União Vegetal e Santo

Daime (Menezes Filho, 2001 *apud* Schultes & Horfmanna, 1982), na bacia Amazônica e no Brasil; além do cipó *banisteriopsis* e outras plantas alucinógenas no xamanismo; ou até a lendária Árvore do Conhecimento, que segundo alguns autores, existiu na África e provavelmente esteve envolvida no surgimento da consciência dos nossos ancestrais (Mckenna, 1995).

Cabem aqui algumas observações sobre rituais, tendo em vista que em qualquer tempo e lugar, a vida social é marcada por essas manifestações, constituindo um sistema cultural de comunicação simbólica (Peirano, 2003), de grande utilidade para tratar de questões dos primórdios do uso de drogas pela humanidade ou para abordar questões desse uso na atualidade.

Dentre os diversos tipos de rituais, merecem destaque os tabus, ou ritos de evitação, que têm como principal finalidade limitar o contato entre o sagrado e o profano. Os rituais expiatórios, complementares aos de evitação, provocam os sentimentos de angústia causados pela culpa (*id. Ibid.*) e têm papel fundamental na compreensão das relações que se estabelecem com as drogas na atualidade.

É possível considerar que, atualmente, “*o temor da sociedade em relação ao uso de drogas expressa o perigo representado pelo que há de transgressor em tal ato*” (Izecksohn, 2003: 129), à provável punição associada à violação do tabu, caracterizado principalmente pela não existência de mediação entre a transgressão e a punição.

“Entendemos o tabu em relação ao uso de drogas não apenas por seu caráter sagrado original, comportando um ritual para seu uso e se inserindo num contexto de iniciação, mas também pelo seu caráter atual de impureza, pela violação constante a sua proibição” (id. Ibid: 129).

Observa-se, então, um paralelo entre a violação do tabu, expressa pelo uso de drogas para busca de prazer, e o caráter de expiação recebido pelo usuário, principalmente ao tornar o uso compulsivo, fazendo a pessoa sentir-se castigada pela própria droga, como uma forma clara de vingança pela violação do tabu (*idem*).

Na atualidade, no centro das principais contradições relacionadas à questão atual do uso de drogas na atualidade está o comércio dessas mercadorias, num contexto capitalista em que mercadoria torna-se fetiche. É no processo de transformação do fetiche

droga ilegal, no fetiche *dinheiro* que entram em jogo relações de produção e reprodução de riqueza, poder e simbologia (Minayo, 2003).

Em relação ao campo da saúde, por exemplo, qualquer panorama geral sobre o quadro do uso de drogas na sociedade brasileira fica bastante prejudicado, não só pela defasagem dos instrumentos de coleta de informações, como também, entre outros fatores, pelo aspecto ilícito e marginalizado do uso de algumas substâncias.

Até os anos 80, o Brasil não dispunha de dados epidemiológicos consistentes, e só a partir de 1986 desenvolveu-se uma nova geração de investigações capazes de oferecer o mínimo de informações para diagnóstico confiável desta realidade (Bucher, *op.cit.*).

A partir de 1987, vários estudos passam a ser realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (Noto *et. al.*, 1997). Os estudos sobre álcool, a droga mais consumida no país e que acarreta os maiores problemas decorrentes do uso indevido, apontam índices elevados de abuso entre a população (*id.ibid.*).

Um levantamento realizado pelo CEBRID, em 1997, entre estudantes de níveis médio e fundamental, em dez capitais brasileiras (Belém, Curitiba, Belo Horizonte, Brasília, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador e São Paulo), revela que cerca de 75% dos estudantes afirmaram já ter consumido álcool pelo menos uma vez na vida, 29% já haviam bebido até embriagar-se e cerca de 15% faziam uso freqüente da droga (Galduróz *et. al.*, 1997).

Em relação ao tratamento, outro estudo realizado de 1987 a 1993, revela que o álcool é responsável por 90% das internações por dependência e psicoses por drogas, sendo a maioria dos internados na faixa etária entre 31 e 45 anos, com predomínio do sexo masculino (proporção de 15:1), estando o uso de cocaína em segundo lugar (Noto & Carlini, 1995).

Os dados mais atuais sobre morbidade hospitalar no SUS apontam que os gastos públicos com internações decorrentes de transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool, de janeiro a novembro de 2003, foram de R\$ 55.565.960, correspondendo a 83% dos gastos totais nesta categoria, enquanto os decorrentes de transtornos associados ao uso de outras substâncias, neste mesmo período, foram de R\$ 11.651.624, 17% do total (Delgado *et. al.*, 2004).

Entretanto, o saber produzido a partir destes estudos é marcado por profundas incertezas (Bucher, *op.cit.*), alimentadas pela insuficiência desses dados para uma

avaliação global da situação no país e para definição de políticas mais abrangentes e efetivas.

Reproduzindo os aspectos contraditórios que marcam o contexto do uso de drogas na atualidade, tanto a sociedade quanto o governo do Brasil tradicionalmente deram prioridade à repressão na abordagem dessa questão, em detrimento de ações preventivas abrangentes (*id. Ibid.*).

A opção brasileira por uma abordagem repressiva e proibicionista de *guerra às drogas* nasce de um modelo americano e espalha-se rapidamente por todo o mundo, inclusive no Brasil (Arana *et. al.*, 2003).

Atualmente, as políticas relacionadas ao uso de drogas são de responsabilidade da Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), criada em 1998 e subordinada ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. A SENAD coordena o nível estratégico de atividades de restrição da oferta de substâncias que causem dependência física ou psíquica, e de redução de demanda, entendida como prevenção ao uso indevido, além de aspectos da recuperação de dependentes. Dentre as atividades preventivas desenvolvidas, destacam-se a disseminação de conhecimentos e a capacitação de recursos humanos nos diferentes níveis da sociedade brasileira (Sudbrack, 2000).

Quanto ao uso de drogas lícitas, principalmente o álcool, até há pouco tempo o Brasil não dispunha de uma política pública específica ou que contemplasse essa problemática. O novo governo brasileiro recentemente divulgou um documento intitulado “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a usuários de Álcool e outras Drogas” (Brasil, 2003a), que, segundo alguns autores, apenas inicia a discussão sobre a implantação de serviços de atenção à saúde (Delgado *et. al.*, 2004).

A política pública da Redução de Danos, indicada nesse e em outros documentos oficiais do país e em documentos internacionais, é citada nos documentos brasileiros com maior destaque que em anos anteriores. Esta abordagem opõe-se à visão tradicional de redução da oferta e está construída sobre dois argumentos: 1) é impossível uma sociedade completamente sem drogas; 2) a guerra às drogas contraria os princípios éticos e direitos civis das pessoas, ferindo o direito à liberdade do uso do corpo e da mente (Cotrim, 1999).

Além disso, a abordagem da redução de danos põe em ação estratégias de autocuidado imprescindíveis para diminuição da vulnerabilidade frente à exposição às situações de risco, além de ser apontada como forma privilegiada de intervenção em saúde pública. No entanto, a implantação de programas e ações pautadas nessa

abordagem ainda é alvo de críticas e censuras, gerando polêmicas e contradições de várias ordens.

Na Classificação Internacional das Doenças, a dependência de substâncias passa a integrá-la em 1893. Só em 1969 é feita a primeira revisão desse termo, sendo introduzida a noção de farmacodependência por peritos da Organização Mundial de Saúde, revisada e ampliada novamente em 1975 (Bucher, *op.cit.*).

Classificada como doença mental, principalmente por conta das contribuições da psiquiatria e da psicanálise, a dependência química, ou toxicomania, passa a ser alvo das mesmas intervenções que marcam o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil, que visa implantar um novo paradigma de atenção à saúde mental, paradigma este que orienta até hoje a prática nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Essa história da doença mental é marcada por diversas questões importantes. Nos mesmos locais onde os leprosos eram confinados, os “jogos de exclusão” serão retomados, agora sobre os pobres, vagabundos, presidiários e alienados. Especialmente a loucura, que tinha conquistado um lugar na hierarquia dos vícios da Idade Média que fascinava o homem, passa a ser alvo da ciência de forma contundente. Inúmeras eram as explicações e caracterizações dos insanos: avaros, delatores, bêbados, adúlteros, intérpretes equivocados das Escrituras Sagradas, feiticeiros, magos, adivinhos, alquimistas e tantos outros entregues à desordem e à devassidão que apresentavam desvios de conduta (Foucault, 1978).

Respaldados na idéia de que o trabalho dignifica os humanos, não só os vagabundos e mendigos eram alvo de exclusão, mas havia uma proliferação significativa das casas de correção ou de trabalho, principalmente na Inglaterra do século XVI. Com a Renascença, pobreza passa a designar castigo e a existência de pobres era sinal da maldição do Senhor, um mal a ser banido da sociedade (*id. ibid.*). Na França, no mesmo século, aparece a exigência de criação dos hospícios para os miseráveis encontrarem “*a vida, a roupa, uma profissão e castigo*” (*idem*:60).

Como resquícios dessa compreensão de trabalho, obviamente relacionada à disciplina da era industrial, composta por uma série de técnicas orientadas para a dominação (Sibília, 2002), comprometidas com os ideais capitalistas que floresciam, várias instituições utilizam o trabalho assistido como técnica terapêutica.

A concepção de trabalho como recurso terapêutico para doentes mentais é antiga. A adaptação psíquica do homem ao trabalho é o objetivo do campo da psicopatologia

profissional, que possui todo um arcabouço de técnicas de reabilitação ao trabalho, cuja atividade laboral é vista como forma de readaptação social (Delgado, 1987).

Provavelmente como aparato para todas as intervenções ditas terapêuticas, numa instituição psiquiátrica existe uma explicação científica para cada ato, uma confirmação da inferioridade do diferente, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído. Até mesmo o ato terapêutico pode ser uma forma de atenuar as reações do excluído (Basaglia, 1985).

Nesse contexto, uma reflexão sobre a ação sedativa dos medicamentos torna-se fundamental. Para Basaglia (*id.ibid*), o efeito dos medicamentos utilizados pela psiquiatria fixa o doente no seu papel passivo de doente. Segundo o autor, a administração de medicamentos configura-se também como uma forma de violência e de opressão relacionada aos hospitais tradicionais, tendo em vista que coloca o paciente numa posição passiva diante do poder médico que prescreve o que alguém deve tomar, dentro de uma estrutura institucional cuja autoridade médica não admite contestação.

Mas, até mesmo as expectativas quanto ao tratamento estão fortemente influenciadas pela relação que as pessoas estabelecem com a saúde e a doença, marcadas, entre outros fatores, pelas classes sociais em que estão inseridas. Entre as camadas altas e médias, a noção de saúde está relacionada à de bem-estar, enquanto que para as camadas populares, a idéia de saúde está ligada à capacidade de trabalhar (Bezerra Júnior, 1987)

Sob o rótulo de neurose ou outra categoria igualmente imprecisa, escondem-se problemas sociais diversos, uma questão complexa que exigia da assistência psiquiátrica brasileira a renúncia do papel que a história lhe coube, a saber, o de recolher e excluir os dejetos humanos da sociedade (Basaglia, *op.cit.*), de forma semelhante a outros países do mundo.

Do ponto de vista do modelo de atenção, entre vários autores parece consenso a existência de quatro diferentes modelos, distintos entre si e possuidores de pontos positivos e lacunas. Recorrendo a Bucher (*op.cit.*), identificam-se os seguintes: o modelo sanitarista, o jurídico-moral, o sociocultural e o psicossocial.

O modelo sanitarista concebe o ser humano como parte ativa no processo de escolha pelo uso de drogas, entretanto, não leva em consideração as razões pelas quais se procura drogas; o modelo jurídico-moral corresponde à resposta mais comum à questão, ou seja, a repressiva; o sociocultural acentua a complexidade e considera os padrões sociais que definem o uso e os usuários de drogas; o psicossocial foca o

indivíduo, considerando-se as diferenças entre quantidade, frequência e modalidade de utilização, bem como os efeitos diversos nas diferentes pessoas (*id. ibid.*).

Seja qual for o modelo de atenção que oriente as ações em saúde, a literatura mostra que o tratamento deve fundamentar-se em aspectos biológicos, psíquicos e sociais, sendo capaz de responder às particularidades do indivíduo, do grupo, do tipo de droga e do ambiente sócio-familiar (Mossiman, 2000).

A maior parte dos serviços de tratamento para problemas decorrentes do uso de drogas no Brasil pertence à rede pública de saúde, regida pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS e pelo modelo oficial de atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Com diversas origens e pautados em diferentes concepções de atenção à saúde, a rede de atendimento a dependentes químicos no país está distribuída entre unidades básicas de saúde, hospitais gerais, serviços ambulatoriais, unidades especializadas, clínicas especializadas e comunidades terapêuticas (*id. ibid.*).

O Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, no âmbito do SUS, define como principais componentes da assistência: a atenção básica; a atenção nos CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades hospitalares especializadas; a atenção hospitalar de referência e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços colocados à disposição pelo SUS (Brasil, 2003a).

Situada no contexto da Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial tem como proposta compreender a determinação psíquica e sociocultural do processo saúde-doença. Considera os conflitos e contradições constitutivas dos sujeitos e intervêm na organização das relações intra-institucionais, horizontalizando as ações e valorizando a equipe multidisciplinar. Trabalha para a desconstrução da idéia de instituição como clausura, permitindo uma relação exterior. Tem também como princípio a execução de ações éticas e terapêuticas baseadas na recuperação dos direitos de cidadania e do poder de contratualidade social (Costa-Rosa, 2003).

Para tanto, algumas exigências são impostas: desospitalização, desmedicalização, clínica ampliada e transdisciplinar, horizontalização das relações intra-institucionais, interlocução entre loucos e sãos, trânsito livre nas unidades de saúde, atendimento integral e territorializado, desinstitucionalização do paradigma psiquiátrico e substituição pelo psicossocial (*id. ibid.*).

Esse modelo está na base de funcionamento dos Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS e NAPS), serviços de atenção psicossocial implantados maciçamente no Brasil, paralelamente à diminuição significativa de leitos e hospitais psiquiátricos (Amarante, *op.cit.*).

A implantação dos chamados CAPS-AD, específicos para tratamento dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, tem sido a prioridade da atual política de atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas, do ponto de vista do tratamento (Brasil, 2003).

Além da regulamentação dos CAPS-AD, o Ministério da Saúde também instituiu, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, a partir da Portaria GM/816 de 30 de abril de 2002, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas e na criação “*de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária associada à rede de serviços de saúde e sociais*” (*id.ibid:24*), integrada ao meio cultural e adequada aos princípios da Reforma Psiquiátrica (*idem*).

É importante destacar que a referida Portaria baseia-se, entre outros documentos, na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, ao recomendar a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade. A criação de uma Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde surgiu a partir da necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde. Tem como pressupostos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde (usuários, profissionais e gestores) (Brasil, 2004).

OBJETIVOS

O objetivo geral do presente estudo foi analisar as percepções de profissionais, usuários e acompanhantes, acerca do modelo de atenção à saúde que orienta os serviços de tratamento para usuários de drogas em Recife/PE.

Os objetivos específicos são: identificar concordâncias e contradições entre profissionais, usuários e acompanhantes acerca do modelo de atenção à saúde de usuários de drogas; analisar as repercussões das percepções sobre a estruturação/prática dos serviços.

METODOLOGIA

O estudo está embasado nos campos das ciências humanas e da saúde, utilizando a abordagem da produção de sentido e práticas discursivas como referencial teórico-metodológico.

De forma sintética, as práticas discursivas são as formas de construção de sentido acerca da vida e de posicionamento em relações sociais do cotidiano. Dessa forma, uma conversa, um texto ou um filme são exemplos de práticas discursivas (Medrado-Dantas, 2002).

Nesse contexto, os repertórios são conjuntos de termos, figuras de linguagem, descrições e demais construções discursivas que são apreendidos e construídos. É possível identificar repertórios em textos, em conversas e em outras situações cotidianas (*id. ibid.*).

O estudo foi realizado em duas unidades de referência para tratamento dos transtornos à saúde, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a saber, o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH) e o Centro de Prevenção e Tratamento do Alcoolismo (CPTRA), ambas localizadas em Recife.

Foram utilizadas as técnicas de grupos focais, observação participante e pesquisa documental, para presenciar o cotidiano das unidades de saúde, aproximar-se das percepções dos atores sobre o modelo e conhecer os projetos terapêuticos das unidades.

Participaram dos grupos focais 36 pessoas, entre usuários, acompanhantes e profissionais de diferentes áreas e setores, sendo 16 no CPTRA e 20 no CECRH, uma média de 6 participantes por grupo.

Foram considerados como critérios para inclusão na amostra os usuários que estavam em tratamento na unidade há, no mínimo, dois meses e que tinham procurado o serviço por vontade própria ou em acordo com parentes ou familiares; os acompanhantes de usuários que já tinham sido atendidos ou estavam em atendimento; profissionais que trabalhavam nas unidades há, pelo menos, um ano, como psicoterapeuta, clínico, arte-educador, gestor, ou em atividade administrativa.

Para análise foram criadas categorias a partir do documento “A política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral à Saúde de Usuários de Álcool e Outras Drogas” (2003a), que apresenta as linhas gerais do modelo de atenção em questão.

As categorias criadas foram as seguintes:

- 1) **acolhimento**: ações cotidianas na chegada à unidade de saúde, bem como encaminhamentos e estabelecimento de vínculos;
- 2) **intersectorialidade**: ações capilarizadas, articuladas com a sociedade civil e a comunidade;
- 3) **diminuição do**

preconceito: ações que visem à diminuição do preconceito relacionado ao uso de álcool e outras drogas; 4) **mudança de percepção sobre os usuários:** percepções sobre a necessidade de passagem da concepção do usuário de drogas como doente para cidadão, merecedor de direitos; 5) **reintegração social:** ações de reinserção social, utilizando recursos intersetoriais como esporte cultura e lazer; 6) **cuidados aos familiares:** atenção prestada aos familiares e outros acompanhantes de usuários em atendimento ou não; 7) **objetivo do tratamento:** projetos terapêuticos, finalidades do tratamento, expectativas sobre altas.

Para análise foram criados dois quadros de discursos produzidos pelos atores sociais, um para cada unidade de saúde. Nos quadros, estão contidas colunas para os repertórios produzidos pelos atores, além de uma coluna com todas as categorias e subcategorias utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em todas as categorias de análise pareceu haver a percepção sobre a importância dos elementos presentes na política definida pelo Ministério da Saúde, mas, ao mesmo tempo sobre, a dificuldade de atender esses princípios na vivência cotidiana.

Em vários momentos os usuários do CPTRA falavam da gratidão pela possibilidade de estar fazendo o tratamento numa unidade tão boa e gratuita, onde recebiam medicação sem precisar pagar. Esse aspecto remete à falta de percepção da atenção à saúde como um direito, e mais ainda, a não percepção deles próprios como cidadãos.

As regras são percebidas como normais e necessárias pelos atores sociais de ambas as unidades, mas a cobrança pelo seu cumprimento por vezes é narrada por usuários como “exageradas” ou “rigorosas”. Esse tipo de avaliação, entretanto, só foi comum entre usuários que possuíam uma maior crítica à atenção recebida, minoria em ambos os serviços.

No CPTRA, os usuários que estavam no intensivo ou semi-intensivo (período integral ou um turno do dia), diferente dos usuários do CECRH, enfatizaram vários elementos do Termo de Compromisso que assinam ao serem admitidos. O Termo de Compromisso do CPTRA, que traz informações sobre as regras gerais da unidade, como horário de entrada e de saída, faltas, alta administrativa ou por abandono e sobre as tarefas de manutenção da unidade, pareceu ser percebido como rigoroso, porém necessário para que as pessoas “levassem a sério” o tratamento. Referiram perceber as

regras como normais e as atividades de manutenção da unidade como parte do tratamento, reproduzindo, em vários momentos, o discurso dos profissionais.

Entre os profissionais do CPTRA, parecia haver a percepção de que as atividades de manutenção da unidade, realizadas pelos usuários, ajudariam no desenvolvimento de aspectos tidos como importantes para a alta do tratamento, remetendo a uma explicação científica para cada ato, como destaca Basaglia (1985), na qual o usuário aceita a interpretação oficial acerca dos acontecimentos dentro das unidades, como uma forma de enquadrar-se no modelo de internado perfeito, valorizado pelas equipes, reduzindo o conflito entre o excludente e o excluído.

A existência de regras em instituições de atenção à saúde mental está marcada historicamente pela necessidade de enquadramentos dos desviantes, dos que não seguem regras vigentes na sociedade, e em muitos casos, têm a função de controle ou punição. Se por outro lado, em toda e qualquer instituição há a necessidade de regras e acordos que possibilitem a convivência coletiva, em se tratando de instituições que têm a marca da função de controle e ajustamento social, é necessário estar atento às concepções de sujeito que possam estar embutidas em instituições atuais, porém marcadas por essa história.

Ainda que feitas essas considerações, é importante deixar claro que a maioria dos atores sociais participantes do estudo não percebe o controle, a punição ou outros aspectos embutidos na análise feita acima, mas é evidente que, como parte do processo de construção da prática da atenção em saúde mental, esses elementos estão presentes de alguma forma.

Os profissionais demonstram estar atentos à necessidade de humanização da atenção, ainda que poucos pareçam conhecer os princípios que regem esse modelo de atenção, atualmente incentivado dentro do SUS. Para além daquele espaço de trabalho, o relato dos usuários mostra não haver uma postura humanizada por parte de alguns profissionais, indicando que os princípios da humanização podem estar circunscritos apenas à unidade de saúde por serem uma diretriz da atenção profissional.

Foi possível identificar a existência de três grandes conjuntos de repertórios lingüísticos dos atores sociais, a saber, repertórios afetivos, técnicos e políticos, que auxiliam a compreensão dos sentidos acerca da atenção à saúde. Os repertórios afetivos, formados por expressões que apontam para relações mais humanizadas, que incluem afeto, amor, atenção, escuta e aproximação, foram bastante acionados para falar de

atenção que julgavam humanizada, sobretudo quando abordavam-se questões sobre acolhimento.

As percepções de usuários e acompanhantes sobre o componente intersetorialidade foram mais focadas na falta de ações ligadas ao esporte e à profissionalização, que segundo eles, deveriam ser oferecidas dentro da unidade, tendo em vista perceberem como necessário o corpo e a mente estarem ocupados, para afastar as drogas. Houve pouca referência sobre a necessidade do estabelecimento de parcerias com outros setores para contribuir na geração de renda ou inserção no mercado de trabalho, como preconizado pela Política de Atenção aos usuários de álcool e outras drogas.

Já as categorias e subcategorias relacionadas à diminuição do preconceito, à mudança de percepção acerca do uso e do usuário de drogas e à reinserção social desse grupo apareceram fortemente associadas, no decorrer do trabalho de campo. Isso ocorreu por parte dos três atores sociais, seja nos grupos focais, seja durante a observação participante, levando à opção de analisá-las em conjunto.

Entre os usuários, foi dada grande ênfase nas repercussões que a exclusão social tem em suas vidas. Para os usuários do CPTRA, serem percebidos como doentes, aparentemente, representa um avanço no sentido de deixarem de ser vistos como irresponsáveis e vagabundos, concepções aparentemente consideradas predominantes na sociedade. Já para os usuários do CECRH, a questão não parece ser a dificuldade de deixarem de ser vistos como doentes, conforme preconizado pela Reforma Psiquiátrica e na política de atenção aos usuários de drogas, mas de não serem vistos como marginais.

Entre alguns profissionais, tanto do CECRH como do CPTRA, também é possível verificar a compreensão de que a melhor forma de reintegrar-se à sociedade é deixando de usar drogas. Talvez a abstinência seja a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente. Mesmo assim, parece que o caráter de vigilância sobre essas pessoas se manterá permanente.

Corroborar este aspecto a percepção, especialmente presente entre os atores sociais do CPTRA, da doença provocada pelo uso de drogas como algo incurável, que pode estabilizar-se, mas estará sempre presente. Ou seja, uma vez alcoolista, sempre alcoolista, sempre uma pessoa diferente, em quem não se pode confiar por estar sujeita permanentemente a recaídas e crises.

Talvez essas sejam expressões do que discutem alguns autores, como Tundis & Costa (1987), sobre a função de vigilância assumida e delegada a algumas instituições, e por que não à sociedade como um todo, cujos saberes e práticas estão norteados pelos mecanismos de dominação e imposição da lei e da ordem, principalmente sobre as camadas populares urbanas.

Vale ressaltar que entre os atores sociais do CPTRA, há a percepção do trabalho da equipe estar voltado para a conscientização sobre a doença junto aos usuários, aos acompanhantes, e à sociedade, para que possam aceitá-los como doentes. Essa percepção parece repercutir consideravelmente na construção da auto-imagem de doentes entre os usuários.

Essa auto-percepção de doentes, reforçada pelos profissionais e acompanhantes, também parece trazer ganhos para os usuários, como por exemplo, a falta de crítica com quem apresenta recaída.

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

Tanto a noção de doentes, como a de marginais, são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão. Não pareceu ser compreendida pelos vários atores sociais a importância dessa organização social, uma vez que não foram citadas nem percebidas ações nesse sentido.

Além do preconceito associado ao uso de drogas, a percepção da existência de problemas sociais graves no cotidiano da maioria dos usuários parece ter relação com a avaliação dos profissionais quanto às dificuldades na promoção da reinserção social, que reconhecem como um dos pontos-chave da atenção aos usuários de drogas, em consonância com a política oficial. Atribuem esses problemas à falta de perspectivas de ocupação profissional, em parte parecendo ser justificada, por exemplo, pela percepção dos usuários como acomodados, observada no CPTRA.

Avaliam que a instituição deveria ser um local de passagem, mas que não tem sido porque, entre outros fatores, a rede intersetorial é precária e não se tem para onde encaminhá-los. Ainda que haja essa compreensão, não há referência a uma articulação

ou criação de uma rede comunitária, conforme indicado em documentos que discutem as estratégias para reinserção social.

Curiosamente, nas três categorias abordadas na categoria de análise em questão, os repertórios políticos não foram empregados da forma enfática que se poderia esperar a partir da natureza das questões colocadas. Esses repertórios, quando trazidos, não estavam relacionados à percepção dos usuários como cidadãos, à necessidade de organização social dos usuários, pautada na compreensão de aspectos da Reforma Psiquiátrica e a outros avanços rumo a uma concepção do sujeito como biopsicosocial e político. Na maioria das vezes, as referências restringiram-se a aspectos sobre o papel do governo e à gestão da saúde pública.

O aspecto do cuidado aos familiares foi um dos mais difíceis de ser observado durante o estudo, tendo em vista a pouca referência dos atores sociais a esse aspecto da atenção.

Os profissionais percebem como indispensáveis os cuidados aos familiares, mas avaliam como realizados aquém do que esperam e do que pensam ou sabem estar recomendado nas políticas de atenção aos usuários de drogas. Em ambas as unidades, o trabalho realizado parece resultar de uma tradição de uso do modelo sistêmico, amplamente difundido na saúde mental, pautado em uma compreensão de família nuclear, fato talvez relacionado à ausência de outras pessoas, além de familiares, nos chamados grupos de família.

É interessante notar que, ainda que haja a recomendação dos cuidados aos familiares, como o foco do tratamento é mantido no usuário, parece não se ter clareza da natureza dessa atenção às famílias. Algumas vezes, a família é vista pelos profissionais como um suporte, como um apoio para o usuário em tratamento, enquanto que elas próprias demonstram suas expectativas de serem ouvidas, de compartilhar angústias, de serem o foco da atenção.

Sobre os objetivos do tratamento, apesar de aparentemente semelhante para grande parte dos atores sociais, algumas contradições apareceram nos discursos, principalmente em torno da meta da abstinência.

A abstinência parece ser uma meta clara para todos os atores sociais no CPTRA, que aparentemente concordam com esse objetivo, embora as freqüentes recaídas talvez possam indicar o rigor de uma meta que parece inalcançável para a maioria dos usuários. Nesse caso, a recaída pode ser interpretada como fraqueza, fracasso, insistência em um erro, portanto, passível de gerar vergonha e culpa.

Era comum ouvir relatos de que, para o uso crônico do álcool, não há alternativas além da abstinência, principalmente devido aos agravos à saúde de pessoas que fazem uso de álcool há muito tempo e à incompatibilidade entre a medicação utilizada e a droga.

Já no Projeto Terapêutico do CPTRA, a manutenção da abstinência é o item número 1 do acompanhamento da efetividade do tratamento, onde estão descritos como objetivos, sensibilizar e motivar os dependentes para meta de supressão da droga e melhoria da qualidade de vida; trabalhar a questão da droga na lógica da redução de danos, tendo como meta ideal a supressão da substância.

Ainda que no discurso os usuários do CPTRA deixem claro que não recebem reclamações da equipe profissional pelas recaídas, foi possível observar um aparente temor da descoberta ou desconfiança de que se fez uso de álcool.

Da mesma forma, parecia haver uma vigilância por parte dos profissionais quanto à manutenção da abstinência, expressa no questionamento aos usuários sobre se haviam feito uso, seja nos corredores ou nas salas de atendimento, mas principalmente nas triagens e nos atendimentos para receberem prescrição de medicação.

Esse aspecto remete à discussão feita anteriormente, acerca da constante vigilância pela qual passam os usuários, pela violação do tabu, mas também pelos jogos de exclusão e normatização existentes em nossa sociedade atual, cujo uso de drogas transformou-se em um grande vilão.

No Projeto do CPTRA, a abordagem da redução de danos é colocada como uma possibilidade, ainda que reforçando-se que a meta ideal é a abstinência.

É importante deixar claro que a lógica da redução de danos não é oposta à abstinência. A supressão do uso de drogas pode ser a melhor forma de reduzir os danos para algumas pessoas, mas é importante que essa conclusão seja tirada pelo próprio usuário, junto com a equipe que o acompanha, e não algo imposto num projeto terapêutico.

A Política de Atenção Integral aos usuários de álcool e outras drogas preconiza a adoção de programas terapêuticos individualizados, criados para cada caso específico, que podem ter como meta final a abstinência, ou não.

Parece que não só no momento em que esse Projeto Terapêutico do CECRH foi redigido, mas ainda hoje, há uma dificuldade na compreensão dos princípios da redução de danos. Não significa, contudo, que os profissionais não percebam ou não utilizem a redução de danos na prática, mas talvez falem mais informações sobre a abordagem, para que sintam mais segurança na utilização do termo.

Uma outra questão que chama a atenção diz respeito à percepção sobre o uso de medicamentos durante o tratamento, especialmente observada no CPTRA, que remete a aspectos relevantes acerca da atenção recebida, parecendo também ter relação direta com o controle e a vigilância sobre os usuários, discutidos anteriormente.

O uso de medicamentos é percebido, no CPTRA, como importante para o tratamento, principalmente pelos acompanhantes, porque, segundo eles, serve para controlar o usuário, melhorar a auto-estima e fazer o humor estabilizar-se.

Além disso, o uso de medicamentos por usuários de álcool parece ser uma forma de controle também da própria abstinência, uma vez que é reforçado, a cada momento, que com a medicação sendo tomada, não se pode beber.

Os usuários também percebem que os remédios ajudam a melhorar. É interessante notar que quase todos parecem estar utilizando medicamentos e reconhecem esse procedimento como importante, muitas vezes central para a recuperação. Essa percepção, muitas vezes, os coloca aparentemente à disposição para utilizar o que estiver disponível na farmácia da unidade, para não correr o risco de ficar sem remédios, avaliação compartilhada pelos profissionais que, em geral, receitam medicamentos para quase todos os atendidos.

Esse aspecto parece indicar que a abstinência e a desintoxicação pela medicação são capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso, configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida.

O componente prevenção, compreendido como necessário, também está no Projeto Terapêutico do CECRH. Há menção da tríade prevenção-pesquisa-tratamento como orientadora das ações, entretanto, na prática, o componente de prevenção pareceu menos desenvolvido que o componente de tratamento, e o de pesquisa praticamente inexistente, ao menos no período em que foi realizado o estudo. Por se tratar de uma unidade de referência para tratamento, é possível ter a expectativa de que este componente fosse mais desenvolvido e destacado.

As ações de prevenção também estão explícitas na Política de Atenção Integral à Saúde de usuários de álcool e outras drogas, ancoradas na idéia de que não existe separação entre prevenção e assistência na saúde pública, nem hierarquia de importância entre esses componentes. Visam o fortalecimento dos fatores de proteção que auxiliem

na redução da iniciativa de consumo, considerando que tanto os fatores de risco como os de proteção podem ser identificados em todos os domínios da vida (Brasil, 2003a).

Em suma, quanto aos objetivos do tratamento, pode-se dizer que a percepção dos vários atores sociais, em linhas gerais, está próxima do que preconiza a política atual em questão, que é bastante recente e provavelmente está em fase de construção de legitimidade e implantação, em toda a rede de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas. Não se deve desconsiderar, entretanto, os vários elementos destoantes dessa política, bem como as contradições existentes nos discursos e a não coincidência de expectativas dos atores sociais envolvidos, em alguns aspectos.

CONCLUSÕES

Sabe-se que historicamente o uso de drogas tem marcado a relação existente entre os seres humanos, estando presente em diferentes contextos, com objetivos e motivações diversas, como remédio e como veneno, de forma divina ou demonizada.

No entanto, a literatura aponta para a manutenção da lógica de controle que surge com o saber médico do século XVIII, em torno dos portadores de desvios, entre eles os usuários de drogas, tendo em vista que estas se configuram, progressivamente, como tabus na sociedade atual.

A história da doença mental, na qual está inserido o uso de drogas, é marcada por diversos “jogos de exclusão”. A loucura passa a ser alvo da ciência de forma contundente, construindo inúmeras explicações e caracterizações dos insanos, entregues à desordem e à devassidão que apresentavam desvios de conduta (Foucault, 1978).

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

Em resposta ao crescente pânico da população em torno do grande problema da atualidade - o uso de drogas – cresceu também uma corrente de atenção à saúde que diz que essas pessoas merecem atenção à saúde de qualidade, o que é coerente com o movimento de humanização da atenção à saúde, documentado na Política Nacional de Humanização – HumanizaSUS, que recomenda a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersectorialidade (Brasil, 2004).

Apesar de claramente serem avanços, tanto a política de humanização quanto a da atenção integral aos usuários de drogas, ainda encontram-se em processo inicial de implantação, sendo possível observar a convivência de resquícios de práticas anteriores a essas propostas, pertencentes a outros paradigmas de atenção.

Os aspectos que destoam e vão numa direção contrária ao da política humanizada de atenção integral, estão bastante enraizados em modelos hegemônicos que perduraram historicamente, mas aparentemente em processo paulatino de desconstrução, que provavelmente leva um tempo bem maior do que o tempo necessário para a publicação de um documento ou de portarias que regulamentam um determinado modelo de atenção.

No entanto, de modo geral, nas duas unidades de saúde que fizeram parte desse estudo, há a percepção de que o modelo descrito na Política de Atenção Integral ainda não faz parte do cotidiano de grande parte dos atores sociais. Os maiores questionamentos e discordâncias foram feitos pelos profissionais; no CPTRA por reforçarem a concepção dos usuários como doentes, e no CECRH pela dúvida acerca da forma mais adequada de aproximar-se dos usuários.

Não havia também, de modo geral, a percepção da atenção à saúde como um direito, nem dos usuários como cidadãos ou da importância da organização social dos usuários.

A mudança da idéia de doente para a de cidadão, aparentemente é algo ainda distante, entre outras razões, por estar relacionada ao fato da identificação como doente ser uma justificativa social para o “desvio”, retirado do campo da moral e colocado no da saúde mental. É esse lugar do “não responsabilizável” por uma determinada conduta condenável, que muitos usuários de álcool e outras drogas parecem procurar para lidar com a exclusão e com a culpa.

Trata-se de um grande obstáculo ao avanço para uma atenção integral, tendo em vista que tanto a noção de doentes, como a de marginais, são contrárias ao fortalecimento da organização social dos próprios usuários, indicada nos documentos que orientam as ações de promoção da saúde de usuários de drogas, uma vez que contribuem com a passividade e a exclusão.

Foi demonstrada, também, a necessidade de se pensar estratégias mais eficazes de inserção dos acompanhantes no processo de atenção à saúde, de forma que estes percebam que são parte integrante desse processo, o que pareceu ainda não ser possível.

As percepções sobre os objetivos do tratamento, aparentemente semelhantes entre os atores sociais, apresentavam contradições nos discursos em torno da meta da abstinência, talvez a expressão máxima de que alguém se encontra em condições de ajustamento e “purificação”, necessários para serem aceitos socialmente.

Essa meta da abstinência aparentemente coloca a abordagem da redução de danos em segundo plano, talvez pela falta de compreensão de que ela não é oposta à abstinência.

A abstinência e a desintoxicação pela medicação pareciam ser capazes de purificar quem está em tratamento e livrá-lo de um grande mal. A administração, uso ou controle sobre o uso, configuram-se como importantes rituais entre profissionais, usuários e acompanhantes, que expressam um repertório usual de práticas de tratamento, presente nas relações entre os atores sociais em questão, dando sentido à realidade vivida, localizando no corpo a sede de todos os males e qualificando o uso de medicamentos na prática psiquiátrica.

É necessário, entretanto, que se tenha clareza de que a ampliação da rede de serviços não é suficiente para se ter uma atenção integral à saúde dos usuários. Entre outras coisas, talvez seja necessário: 1) envolver/formar profissionais habilitados e sensíveis, sintonizados com os princípios da humanização e da atenção psicossocial, e acima de tudo, dispostos a romper com princípios de controle e exclusão, profundamente enraizados na nossa sociedade; 2) formular políticas públicas mais amplas e intersetoriais, que possam lidar de forma adequada com a complexidade que é o uso de drogas na atualidade; 3) envolver toda a sociedade num esforço de reflexão sobre o papel que o uso de drogas teve e tem na nossa cultura, de uma forma menos moralista e mais ética; 4) compreender e implementar os princípios da redução de danos, abordagem mais humana, respeitosa, que ajuda a desenvolver estratégias de auto-cuidado e estimula ações de *advocacy* de usuários de drogas.

A reflexão sobre as implicações dos processos de socialização masculina, que expõe os homens a situações vulnerabilizantes e os coloca, por exemplo, como a população majoritária dos serviços de saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de drogas, também não estava presente no cotidiano das práticas dos vários atores sociais em questão. Não há dúvida, entretanto, da necessidade de discutir a ação nesse campo, seja inserindo nas agendas das políticas públicas, nas práticas de saúde ou na sociedade de forma ampla.

As discordâncias de percepção entre os vários atores sociais não foram tão evidentes quanto se pode esperar, tendo em vista que os sentidos são construídos nas relações estabelecidas, de forma que em vários momentos se tinha a impressão de que um discurso técnico estava sendo reproduzido, reconstruído e legitimado cotidianamente. Ainda assim, esses atores sociais identificavam-se como autores desses sentidos produzidos e não se tem dúvida de que certamente o eram.

Cabe a preocupação, entretanto, da perpetuação da valorização de um saber técnico, em detrimento de outros valores que possam ser trazidos pelos diferentes atores, o que sem dúvida também perpetuaria um modelo de atenção pautado em um saber médico onisciente, onipotente e onipresente.

Por fim, é preciso que, no campo da atenção à saúde de usuários de drogas, sejam trilhados caminhos para tornar realidade uma atenção integral, justa e humanizada, que rompa com práticas enraizadas na sociedade, pautadas na psiquiatria do século XIX e na percepção de que os desviantes devem estar “controlados” dentro das unidades de tratamentos, seja pelo uso de medicamentos, seja pela busca incessante da abstinência.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTERBERG, JEANNE (1942). *A imaginação na cura: xamanismo e medicina moderna*. São Paulo: Summus, 1996. Tradução Carlos Eugênio Marcondes de Moura.
- ACIOLI, DUARTE MOABI (2002). *O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em Etnoepidemiologia*. Campinas, Tese-Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.
- ARANA, XAVIER *et. al.* (Org.) (2003). *Globalización y drogas. Políticas sobre derechos humanos y reducción de riesgos*. Madrid: Instituto Internacional de Sociología Jurídica de Oñati – Dykinson.
- BASAGLIA, FRANCO (1985). *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- BEZERRA JUNIOR, BENILTON (1987). Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, SILVÉRIO & COSTA, NILSON (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 133-170.
- BRASIL (2003a). Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Série E, *Legislação de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores*. Brasília: Ministério da Saúde.
- BUCHER, R. (1992). *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- CAVALCANTI, BRUNO CÉZAR (1998). *Danças e bandeiras: um estudo do maconhismo popular no Nordeste do Brasil*. Recife, Dissertação-Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Departamento de Antropologia.

- COSTA-ROSA, ABÍLIO *et. al.* (2003). Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANE, PAULO (Org.). *Arquivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora. 13-44.
- COTRIM, B. C. (1999). *A prevenção ao uso indevido de drogas nas escolas*. In: SUDBRACK, Maria Fátima Olivier (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: CEAD/Unb; SENAD, Vol. 1: 58-67.
- DELGADO, P.G.; MACÊDO, P. R.; CORDEIRO, F.; RODRIGUES, S.M. (2004). Álcool e Redução de Danos: construção de uma política intersetorial efetiva. In: BRASIL (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Álcool e Redução de Danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília: Ministério da Saúde.
- DELGADO, PEDRO GABRIEL (1987). Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: TUNDIS, SILVÉRIO & COSTA, NILSON (Org.). *Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes. 171-202.
- FOUCAULT, MICHEL (1978). *História da Loucura*. São Paulo: Perspectivas.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A (1997). *IV Levantamento sobre o uso abusivo de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas – CEBRID – Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina.
- IZECKSOHN, SONIA (2003). O tratamento como ritual de cura. In: BAPTISTA, MARCOS et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. 125-132.
- MACKENNA, TERENCE (1995). *O Alimento dos Deuses*. Rio de Janeiro: Record.
- MEDRADO-DANTAS, BENEDITO (2002). *Tempo ao tempo: a gestão da vida em idade*. São Paulo, Tese-Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Departamento de Psicologia Social.
- MENEZES FILHO, ABEL (2001). *Os alquimistas continuam chegando. Recife: dissertação-mestrado*, Departamento de Antropologia, Universidade Federal de Pernambuco.
- MINAYO, CECÍLIA (2003). Sobre a toxicomania da sociedade. In: BAPTISTA, MARCOS et al. (Org.). *Drogas e pós-modernidade: faces de um tema proscrito*. Rio de Janeiro: Editora UERJ. 13-32.
- MOSSIMAN, A. (2000). O tratamento do uso indevido de drogas. In: SUDBRACK, Maria Fátima Olivier (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga sim à vida*. Brasília: CEAD/Unb; SENAD, Vol. 2, 42-48.
- NOTO, A.R. & CARLINI, E. A (1995). Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987-1993). *Revista ABP-APAL*, 17(3): 107-114.
- NOTO, A.R. (1997). *Uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua de seis capitais brasileiras no ano de 1997*. São Paulo, Tese-Doutorado-Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina.
- PEIRANO, MARIZA (2003). *Rituais ontem e hoje*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.

-SIBILIA, PAULA (2002). O homem pós-orgânico: corpo, subjetividade e tecnologia digitais. Rio de Janeiro: Relume Dumar

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)