

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
Faculdade de Medicina
Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

CARLOS ALBERTO PEREIRA PINTO

**ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD) ACERCA DA ASSISTÊNCIA
AOS USUÁRIOS ATENDIDOS NESTES SERVIÇOS**

Belo Horizonte
2018

CARLOS ALBERTO PEREIRA PINTO

**ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS
TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD) ACERCA DA ASSISTÊNCIA
AOS USUÁRIOS ATENDIDOS NESTES SERVIÇOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência –Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Orientadora: Prof.^a Cristiane de Freitas Cunha

Coorientador: Prof.^o Renato Diniz Silveira

Belo Horizonte
2018

P659a Pinto, Carlos Alberto Pereira.
Análise das representações sociais dos trabalhadores da saúde mental dos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (CAPS AD) acerca da assistência aos usuários atendidos nestes serviços [manuscrito]. / Carlos Alberto Pereira Pinto. - - Belo Horizonte: 2018. 105f.

Orientador (a): Cristiane de Freitas Cunha.

Coorientador (a): Renato Diniz Silveira.

Área de concentração: Promoção de Saúde e Prevenção da Violência.

Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina.

1. Violência. 2. Política Pública. 3. Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias. 4. Usuários de Drogas. 5. Dissertações Acadêmicas. I. Cunha, Cristiane de Freitas. II. Silveira, Renato Diniz. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina. IV. Título.

NLM: WM 270

Bibliotecário responsável: Fabian Rodrigo dos Santos CRB-6/2697

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

FACULDADE DE MEDICINA

Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Linha de pesquisa: As múltiplas faces da violência e seu impacto para a saúde das pessoas e populações

Reitora: **Profa. Sandra Regina Goulart Almeida**

Vice-Reitor: **Prof. Alessandro Fernandes Moreira**

Pró-Reitor de Pós-Graduação: **Prof. Fabio Alves da Silva Junior**

Pró-Reitor de Pesquisa: **Prof. Mário Fernando Montenegro Campos**

Diretor da Faculdade de Medicina: **Prof. Humberto José Alves**

Vice-Diretora da Faculdade de Medicina: **Profa. Alamanda Kfoury Pereira**

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: **Prof. Tarcizo Afonso Nunes**

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: **Profa. Eli lola Gurgel Andrade**

Chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof. Antonio Thomaz Gonzaga da Matta Machado

Subchefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social: Prof^a Palmira de Fátima Bonolo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Elza Machado de Melo

Subcoordenadora Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência:

Prof^a. Cristiane de Freitas Cunha Grillo

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência

Profa. Cristiane de Freitas Cunha - Titular

Profa. Eliane Dias Gontijo - Titular

Profa. Efigênia Ferreira e Ferreira - Titular

Profa. Elza Machado de Melo - Titular

Profa. Soraya Almeida Belisario - Titular

Prof. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro - Titular

Profa. Andréa Maria Silveira - Suplente

Prof. Marcelo Grossi Araujo - Suplente

Profa. Eugenia Ribeiro Valadares - Suplente

Prof. Antônio Leite Alves Radicchi - Suplente

Profa. Stela Maris Aguiar Lemos - Suplente

Profa. Izabel Christina Friche Passos - Suplente

Representantes discente:

Maria Beatriz de Oliveira - Titular

Marcos Vinícius da Silva – Suplente



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA
VIOLÊNCIA/MP

UFMG

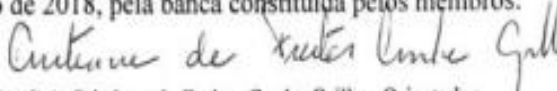
FOLHA DE APROVAÇÃO

**ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DA
SAÚDE MENTAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E
DROGAS (CAPS AD) ACERCA DA ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS ATENDIDOS
NESTES SERVIÇOS**

CARLOS ALBERTO PEREIRA PINTO

Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA/MP, como requisito para obtenção do grau de Mestre em PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA, área de concentração PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA.

Aprovada em 16 de maio de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Cristiane de Freitas Cunha Grillo - Orientador
UFMG


Prof(a). Renato Diniz Silveira
PUC-Minas


Prof(a). Cláudia Maria Generoso
PUC/MG


Prof(a). Karla Gomes Nunes
UFMG

Belo Horizonte, 16 de maio de 2018.

DEDICATÓRIA

Aos meus alunos, na esperança de ajudar a construir um mundo melhor.

AGRADECIMENTOS

O caminho que percorri durante os últimos dois anos de mestrado não foi realizado sem a presença marcante de amigos, companheiros que de maneira singular, contribuíram para minha chegada até aqui. Foram momentos em que recebi a orientação, o acolhimento e as apreciações necessárias para o meu amadurecimento como pesquisador. Assim, agradecer é antes de tudo, um ato de reconhecimento por cada gesto presente nesta caminhada.

Ao professor Renato Diniz, coorientador da pesquisa, que com seu olhar acolhedor tem acompanhando minhas superações desde a graduação e por diversas vezes me deu *a real das coisas*. Sua presença me ensinou o sentido de “Ter fé e coragem no amor”.

À professora Cristiane Cunha, orientadora deste trabalho, que desde o início acolheu esta ideia e contribuiu com sua escuta refinada na condução desta pesquisa. Obrigado por sua sensibilidade levando a universidade até a cidade e devolvendo a cidade para a academia.

À professora Elza Melo pela aposta neste trabalho e por ser uma força viva neste programa de mestrado.

Ao meu pai, minha mãe, meus irmãos e meus sobrinhos muito obrigado por investirem tanto na minha trajetória como pessoa.

Aos gerentes dos serviços de Saúde Mental que essa pesquisa foi realizada pela confiança depositada nesta pesquisa.

À Viviane Ferraz por me acolher com coragem;

Aos trabalhadores da Rede de Saúde Mental da região metropolitana pela generosidade em dividir comigo suas ideias, suas dúvidas e seus esforços.

Ao meu grupo de professores do Internato de Saúde Mental do curso de Medicina da PUC Minas por juntos combatermos os retrocessos e as violências que não queremos transmitir aos nossos alunos.

Às professoras Karla Gomes e Cláudia Generoso por serem referenciais vivos de vozes da Reforma na academia e terem aceitado fazerem parte desta banca.

À Ana Cláudia Leite pela sensibilidade com a qual revisou este trabalho.

As caravanas

*A caravana do Irajá
o comboio da Penha
Não há barreira que retenha
esses estranhos
Suburbanos tipo muçulmanos
do Jacarezinho
A caminho do Jardim de Alá
é o bicho, é o buchicho, é a charanga
[...]*

*Com negros torsos nus deixam
em polvorosa
A gente ordeira e virtuosa que apela
Pra polícia despachar de volta
O populacho pra favela
Ou pra Benguela, ou pra Guiné*

*[...]
Tem que bater, tem que matar
engrossa a gritaria
Filha do medo, a raiva é mãe da covardia
Ou doído sou eu que escuto vozes
Não há gente tão insana
Nem caravana do Arará*

(Chico Buarque)

RESUMO

Este trabalho tem a finalidade de investigar e analisar as representações sociais construídas pelos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) acerca da assistência prestada aos usuários atendidos nestes serviços. Busca, ainda, fazer uma reflexão sobre os possíveis efeitos destas representações sociais no curso da assistência, usando como referência principal as contribuições de Serge Moscovici. Como recursos metodológicos foram utilizados inicialmente a revisão bibliográfica para delimitação dos principais conceitos discutidos neste trabalho, tais como: violência, uso de drogas e a construção da política pública de assistência em álcool e outras drogas no Brasil. A coleta de dados foi realizada através de doze entrevistas semiestruturadas em três CAPS AD da região metropolitana de Belo Horizonte, analisadas com base nos pressupostos da Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados permitiram o levantamento e identificação de três categorias denominadas: (a) Uso de drogas: uma patologia moral; (b) Uso de drogas: a culpa familiar; e (c) Uso de drogas: o resultado é um indivíduo violento. Os achados desse estudo apontam que ocorre a repetição de um discurso estigmatizante ainda oriundo do senso comum acerca do usuário de drogas nestes serviços que se propõem em ofertar o tratamento, e que além disso, a construção da imagem do usuário de drogas como um ser potencialmente perigoso não se expira nestes espaços de tratamento.

Palavras-chave: Violência. Políticas Públicas. Abuso de drogas. Usuários de drogas.

ABSTRACT

This work has the purpose of investigating and analyzing the social representations built by the workers of the Alcohol and Drug Psychosocial Care Centers (CAPS AD) about the assistance provided to the users served in these services. It also seeks to reflect on the possible effects of these social representations in the course of the assistance, using as main reference the contributions of Serge Moscovici. As a methodological resource, the bibliographic review was initially used to delimit the main concepts discussed in this study, such as: violence, drug use and the construction of the public policy of assistance in alcohol and other drugs in Brazil. The data collection was performed through twelve semi-structured interviews in three CAPS AD of the metropolitan area of Belo Horizonte, analyzed based on the assumptions of the Bardin Content Analysis. The results allowed the identification of three categories: (a) Drug use: a moral pathology; (b) Drug use: the family guilt; and (c) Drug use: the result is a violent individual. The findings of this study point to the repetition of a stigmatizing discourse still coming from the common sense about the drug user in these services that propose to offer the treatment, and that in addition, the construction of the image of the drug user as a potential being hazardous waste does not expire in these treatment spaces.

Key-words: Violence. Public policy. Drug abuse. Drugusers.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AIDS	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (acquired immunodeficiency syndrome)</i>
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas psicotrópicas
CECRH	Centro Eulâmio Cordeiro de Recuperação Humana
CERSAM AD	Centro de Referência em Saúde Mental Álcool e drogas
CETAD	Centro de Estudos e Terapia do Abuso de drogas
CMT	Centro Mineiro de Toxicomania
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EUA	Estados Unidos da América
MS	Ministério da Saúde
NEPAD	Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao uso de Drogas
ONU	Organização das Nações Unidas
PROAD	Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes
RD	Redução de Danos
SUS	Sistema Único de Saúde
TNS	Técnico de Nível Superior
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa e objetivo deste trabalho.....	18
1.2 Relevância deste trabalho	20
1.3 Metodologia deste trabalho	22
1.4 Apresentação geral do trabalho.....	25
2 VIOLÊNCIA E DROGAS: PONTOS DE CONFLUÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE	27
2.1 A ascensão da violência no mundo contemporâneo: o mundo está mais violento?	27
2.2 Drogas: Há algo novo no ar? O mundo está mais “drogado”?.....	33
2.2.1 A Guerra às Drogas.....	35
3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS ASSISTENCIAIS NO CAMPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS:DIRETRIZES E EMBATES.....	45
3.1 Os primórdios da relação entre o uso de drogas e o preconceito social	46
3.2 A atualização da relação entre o uso de drogas e o preconceito social	49
3.3 A lógica da redução de danos.....	53
4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS	60
4.1 Uso de drogas: uma patologia moral	61
4.2 Uso de drogas: a culpa familiar	72
4.3 Uso de drogas: o resultado é um indivíduo violento	78
5 considerações finais	88
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	93
ANEXO A – Reportagem publicada no endereço eletrônico do Jornal Nacional	101
ANEXO B- Parecer Faculdade de Medicina.....	103
ANEXO C- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	104

1 INTRODUÇÃO

A assistência prestada ao usuário dos serviços de saúde mental no Brasil é alvo de muitos trabalhos, tanto no âmbito próprio dos cenários de prática quanto nas produções acadêmicas decorrentes destas ações. Durante minha graduação em Psicologia tive a oportunidade de contribuir na construção de muitos projetos terapêuticos individuais, mesmo a partir da singela (e nem por isso desnecessária) participação como acadêmico em estágios curriculares e extracurriculares. Desde aquele primeiro momento, dentre tantos aspectos que poderiam interessar a um estudante de psicologia, minha atenção se voltou especialmente para o contexto do atendimento dos usuários.

O termo *contexto* tem nesta introdução o sentido de ambiente, ou seja, foi fisgado pelo tipo de acontecimento que se produz a partir do momento do início de um tratamento em um local de atendimento em saúde mental, dentro da realidade do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, ainda estudante, eu reparava com atenção na disponibilidade do porteiro, na receptividade da atendente inicial e também, logicamente, na qualidade (ou na falta desta) da escuta do técnico de nível superior (TNS) que conduzia o caso. Muitas destas questões levando a outro termo, este aqui muito mais íntimo do cotidiano dos serviços de saúde mental ou de outros tipos de assistência: o acolhimento¹.

De toda forma, este olhar atento acabou me dirigindo posteriormente ao campo da gestão em saúde mental: anos depois eu estaria na difícil posição de ser coordenador de Saúde Mental no município de Betim. Sem dúvida, essas questões do contexto foram extremamente úteis para que eu entendesse a lógica do atendimento nas diversas unidades que compunham o leque de oferecimento ao portador de transtorno mental naquele município.

Outro fator importante para além das características contextuais dos atendimentos, era o fato constatado de que a queixa inicial ou o motivo do atendimento já dirigia, de alguma maneira, a um modo de receptividade diverso conforme a demanda. Por exemplo, a chegada ao serviço de um paciente psicótico em crise era

¹ Segundo Rodrigues e Brognoli (2014, p. 72), “o acolhimento requer uma disponibilidade para suportar o sofrimento e a dor daquele que nos procura, sem deixar-se imobilizar pelas dificuldades de solução e o acúmulo de problemas que o sujeito relata, mas também sem se ‘contaminar’ pela pressa em resolvê-los, ignorando as soluções que o próprio usuário foi capaz de articular.”

considerada “legítima”. Já uma paciente em uma crise de ansiedade, muitas vezes apresentando alto grau de sofrimento, não costumava ser recebida com o mesmo cuidado por parte daquele serviço. Ainda mais gritante era a diferença percebida quando se tratava de algum cidadão que relatava fazer regularmente (ou ter feito em qualquer momento de sua vida) uso de alguma substância psicoativa. A partir dessa menção, todas as ações de acolhimento feitas por parte dos trabalhadores passavam a procurar localizar as relações entre aquela pessoa e o uso de drogas que ela relatava ter feito, independentemente de conseguir claramente eleger pontos mais agudos e pertinentes para a futura construção de caso clínico ²que aconteceria a partir daquele ponto.

Infelizmente, o prejuízo localizado nessa questão não se limitava a um direcionamento reducionista de coleta de informações. Logo que comecei a acompanhar os acolhimentos, notei de imediato que algo mudava na receptividade e nas ações de alguns trabalhadores. E mais: que durante a permanência desses usuários nos serviços, havia sempre uma dúvida pairando, a saber, se eles eram acometidos por “algum quadro clínico grave” ou “só droga mesmo”. Essa dicotomia saltava aos olhos. Também comuns são as queixas de que alcoolistas ou usuários de substâncias *fazem uso* de serviços para se alimentarem, para se protegerem do frio, ou para se eximirem de dívidas ou problemas causados pelo seu envolvimento com o universo das drogas. Esses posicionamentos, essas ações tão graves e que por vezes acentuavam a vulnerabilidade destas pessoas começaram a migrar de um “posicionamento equivocado” no trato clínico para o que neste trabalho toma forma: estamos inequivocamente falando de violência.

Nesses termos, é muito importante examinarmos atentamente as relações de poder que emanam da tensão entre as representações sociais dos trabalhadores (em vários âmbitos e em posições diversas) da saúde mental acerca da relação que estabelecem entre o uso de drogas com dimensões variadas da violência, como a agressividade e a violência urbana, por exemplo.

² A construção do caso clínico em saúde mental tem como objetivo a reflexão sobre as particularidades vivenciadas no contexto da saúde pública, da instituição e, particularmente, dos casos, uma vez em que esta tem a função de problematizar a generalização necessária à teoria, destacando a singularidade dos casos. Em outras palavras, construir um caso clínico é também escrever sobre a clínica. Assim o caso não é sinônimo do sujeito, mas sim uma construção, com base nos elementos que são reconhecidos em seu discurso, em uma situação terapêutica, e que permitem inferir sua posição subjetiva (PEDROSA; TEIXEIRA, 2015)

1.1 Justificativa e objetivo deste trabalho

Ainda que o termo *violência* não encontre uma uniformidade de uso, o que nos parece relevante é o número de vezes em que ele aparece atualmente nos diversos mecanismos de difusão cultural, em um enfoque central ou atrelado a outros títulos. A palavra se repete, e serve como um acessório que parece dar certo suporte para outros assuntos em diferentes áreas e frentes temáticas. Tal aspecto interessa centralmente para nosso objeto de pesquisa e será desenvolvido posteriormente, quando pretenderemos demonstrar o uso da palavra em questão quando aplicada às relações estabelecidas entre o usuário de drogas e os trabalhadores da saúde mental. Para nós é intrigante perceber e constatar como uma palavra com um uso tão frequente e atual assume tantos e diferentes sentidos. Nas escolas primárias, nas filas dos bancos, nos hospitais, nas passeatas, nos programas e promessas do governo, nas conversas, poderíamos dizer, difusamente, que assistimos ao “boom” discursivo da violência. Porém, percebemos que a falta de um refinamento teórico para o tratamento da palavra não tem sido um obstáculo para o constante alargamento de seu uso.

Talvez possamos encontrar certo anteparo para essa questão ao examinar os primeiros delineamentos formais do conceito e da teoria das *Representações Sociais* elaborados pelo psicólogo social francês Serge Moscovici (1976). Segundo o autor, a representação social designa tanto um conjunto de fenômenos quanto o conceito que os engloba e a teoria construída para explicá-los, identificando um vasto campo de estudos psicossociológicos. Para Moscovici, existem uma série de assuntos que, nas relações interpessoais do dia-a-dia, prendem a atenção, o interesse e a curiosidade das pessoas, demandam sua compreensão e forçam seus pronunciamentos. As explicações então veiculadas vão além do que poderíamos chamar de simples opiniões sobre os assuntos ou atitudes isoladas em relação aos objetos sociais neles envolvidos. Comumente, fazem uma articulação ou combinação de diferentes questões ou objetos, segundo uma lógica própria, em uma estrutura globalizante de implicações, para o qual contribuem informações e julgamentos valorativos colhidos nas mais variadas fontes e experiências pessoais e grupais.

Assim, poderíamos pensar, com Moscovici (1976), que esses “conjuntos de conceitos, afirmações e explicações” que são as representações sociais do conceito de violência, devem ser considerados como verdadeiras “teorias” do senso comum,

“ciências coletivas”, *sui generis*, pelas quais se procede à interpretação e mesmo à construção das realidades sociais. De fato, parece que todos querem dizer “eu tenho uma teoria sobre a violência”. Moscovici dirá que essa “teoria”, por seu poder convencional e prescritivo sobre a realidade, termina por constituir o pensamento em um verdadeiro ambiente onde se desenvolve a vida cotidiana.

Entretanto, como poderá ser demonstrado no próximo capítulo, a teoria que tenta responder acerca do que seja violência não nos parece ser de fácil acesso à maioria das pessoas. Então, qual seria a origem da compreensão “popular” sobre o assunto? Certamente, trata-se de um conhecimento adquirido por pessoas que pensam, mas não sozinhos. O que se vê em funcionamento é, nos termos de Moscovici (1984), uma “sociedade pensante”, algo tão distante de uma concepção estritamente sociológica quanto de uma concepção exclusivamente psicológica.

Além desse aspecto, caberia evocar um outro, contemplado na seguinte questão: “Por que criamos essas representações?”. Moscovici (1984) também aponta: “o propósito de todas as representações é o de transformar algo não familiar, ou a própria não familiaridade, em familiar”. Nas sociedades modernas, o novo é comumente gerado ou trazido à luz por meio dos universos reificados da ciência, da tecnologia ou das profissões especializadas. São novas descobertas ou teorias, invenções e desenvolvimentos técnicos, produções de fatos políticos e econômicos, inovações classificatórias e analíticas, e assim por diante. A exposição a esse novo é que introduz a não familiaridade ou a estranheza na sociedade mais ampla.

Segundo Moscovici (1988), o novo e estranho atrai, intriga e perturba as pessoas e as comunidades, provocando nelas o medo da perda dos referenciais habituais, do senso de continuidade e de compreensão mútua. Mas, ao tornar o estranho familiar, ele é tornado ao mesmo tempo menos extraordinário e mais interessante. A conclusão de que “as Representações Sociais tomam forma e são comunicadas para fazer o mundo cotidiano mais excitante” (MOSCOVICI, 1988, p. 236) mostra bem o quanto elas são características dos tempos modernos.

As ideias de Serge Moscovici têm uma interessante inserção com o desenvolvimento desse tema. Numa época em que os direitos humanos estão em voga, a palavra violência parece vir à tona com um inegável vigor. Entendemos esse processo como sendo aquele de uma familiarização e aproximação com uma ideia de abstração comum, não obstante sua delicada construção teórica. A teoria das

Representações Sociais tenta e consegue, na nossa visão, exemplificar o alardeamento em torno da palavra violência, bem como a extensibilidade do termo.

É nesta fronteira que este trabalho se justifica: falamos muito em violência com o doente mental, quase sempre nos referindo ao conhecido e costumeiro descaso social com o louco, amplamente discutido em abordagens foucaultianas e em outros tantos autores. Mas este trabalho pretende, ainda que de modo modesto, demonstrar que o lugar do tratamento é mesmo marcado por profundas rupturas no cuidado, e que elas literalmente podem matar o doente e se há dúvidas neste sentido, o excelente e recente livro de Daniela Arbex (2011) nos demonstra isso. Porém, pouco se fala se um outro tipo de violência, este muito mais afeito às intimidades das relações no cotidiano dos serviços, onde se deveria deitar a clínica, mas muitas vezes é o preconceito o ordenador do trabalho. *Este trabalho pretende demonstrar, em seu objetivo, que as concepções dos trabalhadores em saúde mental (principalmente as concepções prévias) sobre o uso de substâncias psicoativas por parte de cidadãos em geral e entre usuários da saúde mental impactam de forma significativa o tratamento destes sujeitos, por vezes com muita violência.*

1.2 Relevância deste trabalho

Buscando, de modo não sistemático, a produção acadêmica brasileira dos últimos 20 anos sobre os termos “Violência” e “Saúde Mental”, vamos constatar a predominância de trabalhos sobre violência privada, no âmbito familiar, implicando especialmente gênero e violência, e acerca do impacto da violência intrafamiliar sobre as crianças.

Os trabalhos sobre a violência de Estado, especialmente sobre a tortura, violência policial, violência política, frequentam pouco o campo de produção no âmbito da Saúde Mental, embora sejam numerosos no âmbito dos Direitos Humanos, Política e História. Trabalhos sobre as consequências psicossociais da violência de Estado, ainda que numerosos na forma de publicação em livros são raros na produção regular de periódicos científicos do campo da saúde mental/psiquiatria. No âmbito dos ambientes e processos de trabalho, há uma produção importante, especialmente nos últimos 10 anos, sobre relações de trabalho produtoras de sofrimento psíquico, principalmente abrigadas sob o termo, recente no campo de saúde mental e trabalho, de “assédio moral”. Porém, deve-se destacar a relevância para a saúde mental dos

velhos e persistentes aspectos de insalubridade, periculosidade e penosidade de formas do trabalho nos setores industrial, primário (como as condições de trabalho no campo e minerações) e de serviços.

Há uma ampla produção neste campo do sofrimento psíquico no trabalho, que assume frequentemente características de efeitos de violência (sobre a constituição deste campo em nosso país, rever o importante texto de referência de Selighman-Silva, 1994). Finalmente, um novo âmbito de estudos que associa violência e saúde pública vem se constituindo, com diversos trabalhos que abordam a saúde mental, cabendo destaque, no cenário brasileiro, para o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência, da FIOCRUZ (ver Minayo (1998), para uma exposição introdutória desta vertente).

Se buscarmos o termo “Violência Urbana”, sob o âmbito da saúde mental, vamos constatar que os estudos específicos são muito raros, embora o tema seja exaustivamente abordado no campo das Ciências Sociais. Podemos afirmar que não existe ainda uma tradição de estudos sobre violência urbana e saúde mental na produção bibliográfica brasileira.

Essa rápida descrição tem o objetivo de simplesmente apresentar um panorama geral do debate acadêmico sobre violência e saúde mental em nosso país, para constatar alguns desenvolvimentos importantes, como em violência doméstica e saúde mental, e também lacunas significativas, a exemplo do impacto psicossocial da violência urbana e perspectivas de intervenção da saúde mental.

Neste sentido, acreditamos estar contribuindo na elucidação de aspectos específicos nestas relações, como a presença da violência no campo da saúde mental a partir dos cenários de tratamento dos usuários de drogas, localizando o trabalhador como possível emissor de violência ou o contrário, um ativo combatente à irrupção da violência no mesmo cenário. Neste sentido, os poucos trabalhos publicados foram encontrados no campo da enfermagem. Pedro Delgado (2012) assim define a produção bibliográfica sobre as relações entre violência e saúde mental:

A violência é um fenômeno social de grande impacto sobre a subjetividade contemporânea. Na formação social brasileira, ela está presente através de formas de mortificação institucionais, e também como violência urbana, especialmente nas grandes cidades. A violência doméstica está presente no cotidiano das pessoas e dos serviços de saúde. Assim, trata-se de um tema urgente para a agenda da Reforma Psiquiátrica, através de intervenções psicossociais capazes de abordar com efetividade o sofrimento psíquico causado pela violência. A despeito de sua magnitude e relevância, como

tema de debate e de estudos, o fenômeno aparece de forma notavelmente rarefeita na literatura do campo da atenção psicossocial em nosso país. É preciso enfrentar esta escassez, produzindo estudos sobre os efeitos de violência das instituições de tratamento e/ou proteção social (como hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, hospitais psiquiátricos, asilos, abrigos, instituições de tratamento compulsório para usuários de drogas, sistema penitenciário), refinando os estudos de análise e intervenção relacionados à violência doméstica, dando publicidade e descrição sistemática às experiências de intervenção psicossocial em territórios acossados pela insegurança. A violência, fenômeno social e historicamente determinado, não pode ser reduzida às suas dimensões psicopatológicas, mas sobre ela o campo da saúde mental tem muito a contribuir. (DELGADO, 2012, p. 196)

É neste convite que acreditamos na relevância deste trabalho.

1.3 Metodologia deste trabalho

Neste trabalho, utilizou-se a abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais, na vertente proposta por Serge Moscovici (1978).

Em suas pesquisas acerca das abordagens qualitativas de pesquisa, Cavalcante (2001) aponta que, na área da saúde, fica cada vez mais patente a necessidade de estudos que se aprofundem em outras dimensões dos problemas, na medida em que os achados estatísticos não são capazes de explicar o motivo pelo qual as pessoas adotam certos comportamentos e não outros, apesar de terem conhecimento dos riscos. Matheus e Fustinoni (2006) confirmam tal ideia ao nos dizer que a pesquisa quantitativa se fundamenta em pressupostos positivistas, mas não tem respondido a cruciais questões da sociedade como um todo. Por outro lado, os estudos qualitativos nos apontam a necessidade de que novas e velhas questões precisam ser respondidas mediante outros parâmetros, que levem em consideração a realidade dos significados, dos valores, da história e da cultura; enfim, do próprio homem.

Como metodologia, a pesquisa realizou inicialmente a revisão bibliográfica dos pressupostos teóricos que sustentam a prática dos serviços substitutivos e principalmente a delimitação do conceito de violência.

A coleta de dados foi feita através de entrevistas semiestruturadas ou semidiretivas, as quais permitem que o entrevistado tenha alguma liberdade para desenvolver as respostas segundo a direção que considere adequada, explorando,

de forma flexível e profunda, os pontos que ele mesmo considera como sendo mais importantes naquele contexto (QUIVY, 1992).

Foram investigadas as concepções que trabalhadores de três CAPS AD da região metropolitana de Belo Horizonte possuem acerca dos usuários de drogas e sua possível identificação, pela equipe, como sujeitos violentos e marginais. Possíveis determinantes de violência discursiva foram examinados pelo questionário. A pesquisa contemplou quatro trabalhadores de cada um dos serviços dentro das seguintes categorias: (a) porteiros; (b) profissionais ligados ao corpo da enfermagem (enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem); (c) psicólogos e (d) médicos clínicos ou psiquiatras. O critério de escolha teve como referência os trabalhadores lotados naquele serviço há mais tempo. Para análise das informações coletadas foi utilizado o método da Análise de Conteúdo (AC), buscando principalmente o referencial teórico de Laurence Bardin (1977).

A autora Minayo (2010), ao abordar o conceito de análise de conteúdo, destaca que se trata de uma técnica de pesquisa que se fundamenta em inferência de dados, podendo alcançar a “fecundidade da subjetividade”. O trabalho teórico do pesquisador que elege esse instrumento metodológico se concentra em alcançar uma crítica diante do material a ser analisado, transpassando o senso comum.

Um dos maiores desafios encontrados pelo pesquisador que escolhe a Análise de Conteúdo é precisar, nos textos ou transcrições, quais traços podem ser encontrados nas estruturas semânticas e entre as estruturas psicossociológicas que determinam as características existentes nos textos ou transcrições. Bardin (1977), coloca a importância de tal cuidado quando definiu a análise do conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1977, p. 42).

A partir disso, podemos perceber que a análise de conteúdo se dedica em um aprofundamento nos conteúdos de mensagens, com o objetivo de tratar a informação recolhida tendo em vista elucidações não presentes num primeiro momento se analisado de forma superficial. De acordo com Bardin (1977), é possível realizar deduções lógicas baseadas no material analisado mediante várias operações para legitimar a sua fundamentação.

Desse modo, nos aspectos metodológicos, essa pesquisa seguiu a realização da análise de dados com a análise categorial temática, construindo as categorias conforme os temas que emergem do texto. Para classificar os elementos em categorias é preciso identificar o que eles têm em comum, permitindo seu agrupamento. Este tipo de classificação é chamado de análise categorial. A técnica de AC se compõe de três grandes etapas: (a) a pré-análise; (b) a exploração do material; e (c) o tratamento dos resultados e interpretação. Bardin (1977) descreve a primeira etapa como a fase de organização, que pode utilizar vários procedimentos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Na segunda etapa, os dados são codificados a partir das unidades de registro. Na última etapa se faz a categorização, que consiste na classificação dos elementos segundo suas semelhanças e por diferenciação. Os resultados encontrados neste estudo serão comparados a outras pesquisas realizadas e, então, descobrir quais as repercussões da violência, suas continuidades ou rupturas na assistência ao usuário de álcool e outras drogas.

A pesquisa partiu de estudos que se ocupam em descrever e detalhar as representações sociais da população geral em relação ao usuário de drogas e o seu universo. A teoria das Representações Sociais tem como principal autor Serge Moscovici, psicólogo social francês, que se opunha ao dominante modelo norte-americano voltado, basicamente, aos processos psicológicos individuais. Moscovici acreditava que esse modelo era incapaz de responder às relações informais e cotidianas da vida humana, social ou coletivamente. Esta teoria busca compreender como ocorre a construção das representações estabelecidas nas relações sociais cotidianas. Para Moscovici, “a representação social é uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre indivíduos” (MOSCOVICI, 1978, p. 26).

A representação social é, portanto, uma forma de saber prático que liga um sujeito a um objeto, que pode ser de natureza social, material ou ideal, pois a representação encontra-se em uma relação de simbolização e de interpretação de seus significados (MATHEUS; FUSTINONI, 2006).

Para Moscovici (2003) as representações sociais são formadas por influências recíprocas implícitas no curso das comunicações interpessoais, em que as pessoas se orientam para modelos simbólicos, imagens e valores. Os indivíduos adquirem um

repertório comum de interpretações e explicações, regras e procedimentos que podem ser aplicados no cotidiano.

Assim, o estudo das representações possibilita a investigação de fenômenos que, muitas vezes, constituem-se em grandes problemas sociais, seja para identificá-los e interpretá-los, seja para que se compreendam sujeitos, grupos, culturas ou sociedades que deles se apropriam, estabelecem modos de convivência e ensejam intervenções e avaliações (MARQUES; OLIVEIRA; GOMES, 2004; MOREIRA; OLIVEIRA, 2000).

Neste sentido, a escolha por essa ferramenta metodológica foi fundamental na medida em que foram levantadas nas entrevistas as percepções e impressões dos trabalhadores acerca dos usuários de drogas e seus respectivos universos nos respectivos serviços. Além disso, foi realizada uma revisão e análise, caso sejam encontradas, de outras pesquisas que tenham como referenciais essa temática. Buscou-se desta maneira comparar os resultados da pesquisa proposta neste projeto com aquelas que se dedicam a pesquisar as representações sociais da população geral. Nossa hipótese é que as representações sociais dos trabalhadores se aproximam muito das representações do senso comum, o que acaba por gerar práticas discursivas que repetem a violência e a exclusão de usuários de drogas, ainda que o campo estudado seja nomeado como “clínico”.

1.4 Apresentação geral do trabalho

É importante delimitar as escolhas que fizemos para construir este trabalho. Cabe dividir com o leitor que optamos por montar a ordem dos capítulos a seguir a partir de entrevistas-piloto (foram feitas quatro) com trabalhadores da saúde mental. A pergunta inicial, apesar da minha experiência pessoal, era se *havia mesmo situações de violência* neste campo. Em seguida, a pergunta foi *como ela se manifesta?* e depois *quais serão as possíveis consequências desta violência no tratamento?*. Evidentemente, para recorte de objeto, ficou claro que o universo de dados que poderia emanar daí era muito extenso, e tivemos que abandonar o aprofundamento das consequências, principalmente por não ser o usuário, ele próprio, sujeito da pesquisa.

Desta maneira, o segundo capítulo deste trabalho procura esclarecer e elucidar o conceito de violência em suas variadas acepções, e especificamente como este

conceito é tratado no campo de interseção com o uso abusivo de drogas. Era preciso entender como se deu uma herança de violência urbana caindo diretamente na conta do usuário de substâncias psicoativas e tendo o próprio trabalhador como aquele que cobra tal conta.

No terceiro capítulo, tentamos reconstituir a construção de uma política de assistência ao usuário de drogas no campo da saúde mental, e foi preciso entender por que podemos tomá-la como atrasada em relação a outros aspectos assistenciais. Este trabalho procura insistentemente traçar um paralelo entre as representações sociais dos indivíduos sobre este tema e a construção de uma política de assistência. O que gerou a construção deste capítulo foi a seguinte questão: *as representações sociais e possíveis preconceitos atrelados a este tema inspiraram de alguma forma a construção assistencial?*

A partir destes capítulos, fomos ao campo entrevistar os trabalhadores tendo já na bagagem que a representação social do *drogado* não só influenciou a política assistencial neste cenário, como também se confirma a partir das ações dos trabalhadores, que por vezes as nomeiam de “intervenções clínicas”, mas que de modo algum expressam cuidado pautado pela singularidade e nem mesmo pela solidariedade.

Os temas principais presentes nas entrevistas começaram de fato a se repetir a partir do quinto entrevistado, pelo nosso ponto de vista. Uma vez terminado o trabalho de coleta e transcrição das entrevistas, conseguimos agrupar os temas principais em três grandes categorias, batizadas aqui por fazerem menção repetida ao tema: (a) uso de drogas: uma patologia moral; (b) uso de drogas: a culpa familiar; e por último (c) uso de drogas: o resultado é um indivíduo violento. Por fim, apresentamos nossas considerações finais.

2 VIOLÊNCIA E DROGAS: PONTOS DE CONFLUÊNCIAS E DIVERGÊNCIAS NA CONTEMPORANEIDADE

O presente capítulo tratará das bases conceituais e dos atuais referenciais teóricos que se debruçam no estudo dos pressupostos e aspectos que cercam a concepção de violência e drogas no mundo atual. Esse percurso se faz necessário nesta pesquisa para que possamos nos lançar em uma análise mais aprofundada e embasada desses dois conceitos marcados historicamente por visões distorcidas e que conseqüentemente são discutidos de forma geralmente superficial, sem o enquadramento necessário. Ademais, pressupomos que os discursos que cercam as temáticas que envolvem violência e drogas produzem efeitos tão nefastos quanto aqueles expostos pela mídia e que repercutem em práticas ditas assistenciais, seguindo, proporcionalmente, a mesma lógica.

A princípio será realizada uma investigação da temática da violência no contexto contemporâneo a partir das contribuições e articulações que a autora Maria Cecília de Souza Minayo (2009) faz entre violência, drogas e saúde. Logo em seguida, percorreremos uma trajetória introdutória acerca do conceito atribuídos às drogas e os significativos elementos simbólicos que o envolvem.

2.1 A ascensão da violência no mundo contemporâneo: o mundo está mais violento?

A cada dia somos bombardeados pelas manchetes dos jornais e de outros meios da grande mídia do avanço devastador da violência. A mensagem declarada do aumento expressivo da violência no Brasil apresenta dados cujo alcance não se restringe somente aos espaços urbanos das grandes metrópoles, nem são exclusivos a certos estratos da sociedade. O aviso transmitido pelos veículos de comunicação em si mesmo é capaz de gerar uma sensação de aprisionamento e desesperança na grande parte da população que a seu modo tenta se proteger de *um dos grandes males da sociedade*.

Podemos, outrossim, apontar as ramificações conceituais da violência que ao se compor a partir de diversas facetas, se reproduzem nos campos da atualidade, podendo tomar contornos variados, indo desde os assim considerados alarmantes atos de violência, traduzidos em homicídios, furtos, acidentes de trânsito, até uma

gama de atos que se constituem de forma sutil. Em seu texto *Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva*, Minayo(2009) elucida a definição das principais manifestações da violência que provocam sérias consequências para a vida pessoal e social do brasileiro. Dentre as tipologias que a autora apresenta destacamos a assim chamada violência estrutural que ela localiza da seguinte maneira:

Diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras (MINAYO, 2009, p. 12).

Desta maneira, podemos afirmar o quanto esse tipo de violência não tem sua presença marcada pelos números estatísticos lançados nos tabloides semanais de mortes ou acidentes graves, mas que dissemina efeitos sutis na estrutura das classes sociais. Os impactos nocivos podem ser constatados nas representações construídas acerca de certos grupos das sociedades contemporâneas, tais como os usuários de drogas. Esta concepção de violência interessa extremamente aos objetivos deste trabalho, uma vez que nosso objeto de pesquisa tem este aspecto de entrecruzamento.

Segundo informações do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (BRASIL, 2016), o número de mortes violentas intencionais (os dados de vítimas incluem as ocorrências de homicídio doloso, latrocínio, lesão corporal seguida de morte e morte decorrente de intervenção) registradas no Brasil ultrapassa os encontrados na Guerra da Síria: entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015 foram apontadas no Brasil 279.567 mortes contra 256.124 na Síria. Tais dados salientam a dimensão que a questão da violência toma no contexto brasileiro e convocam os diversos setores, governamentais e não governamentais, a buscar estratégias de enfrentamento a tal fenômeno. Não é raro que o indivíduo comum, de frente para a televisão, ao ouvir alguma notícia sobre atos violentos “complete-a”: *aposto que essa pessoa estava drogada ou é traficante*.

Entretanto, é necessário aprofundarmo-nos em aspectos sutis nessa questão. A violência não pode ser encarada unicamente como as ações que certo indivíduo ou grupo desfere sobre outros. Tratar o fenômeno da violência como somente os atos hediondos que marcam os crimes contra a vida, como as guerras e outras manifestações de ódio identificadas na atual sociedade é, no mínimo, mascarar a

realidade, desconsiderando as legítimas fontes que engendram as reais bases da violência e produzem como efeitos a consolidação de tantas outras expressões da natureza da violência. Isto ficará claro mais adiante, quando das falas dos entrevistados veremos brotar inequívocas expressões de violência.

Nesse sentido, Minayo e Souza(1997) nos apontam quatro grupos de teorias que explicam a violência e suas bases de funcionamento. No primeiro grupo a autora aponta as teorias que compreendem a violência como um fenômeno de caráter universal, a-histórico e extraclassista da natureza humana. Já no segundo, os teóricos apontam como fatores determinantes no desencadeamento da violência a industrialização e urbanização e a conseqüente migração da população para regiões periféricas dos centros urbanos. O terceiro acredita que a violência é fruto da constante luta das classes menos favorecidas que foram expropriadas em seus direitos pelo sistema capitalista. Já o quarto grupo de pensadores atribui as ações violentas que marcam a atualidade à ausência de uma atuação mais incisiva e repressiva por parte do Estado.

Utilizando do arquétipo do senhor e servo que Hegel apresenta, nos lembram ainda de um componente que revela uma violência marcada pelo “modo organizativo cultural de determinado povo”:

Hegel [...] na análise da relação dialética entre senhor e servo, define a violência, primeiro, como processo de negação do “outro” pelo “eu”. Mas essa negação não é suficiente do ponto de vista da realização pessoal. O “eu” precisa que o “outro” exista e que o reconheça, e então a luta pela vida se transforma em luta pelo reconhecimento. (MINAYO; SOUZA, 1997, p. 519)

A analogia que Hegel apresenta torna-se pertinentemente categórica em nossos dias, sobretudo a respeito dos modos que têm sido impostos na sociedade atual. Essas ideias assemelham ainda a um fato cada vez mais presente: a manifestação de uma intolerância àquilo que se apresenta destoante da lógica que se impõe de maneira coercitiva. Este aspecto toca especialmente este trabalho, na medida em que foi possível perceber em algumas entrevistas a intolerância com um possível modo de existência alheio e o desejo fecundo de exterminar esse modo não compatível com o olhar daquele que o observa no outro.

Além disso, dentre as várias classificações atribuídas têm-se ainda a violência institucional, que se refere àquela que ocorre dentro das instituições, sobretudo por

meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas (SANTOS et al., 2011).

Foucault (1979) em *Microfísica do poder* nos lembra que as instâncias institucionais comportam em si a violência, uma vez que todo dispositivo contém mecanismos que visam adaptar o sujeito a suas normas e regras. Tais dispositivos delimitam um conjunto heterogêneo contendo discursos, normas, medidas administrativas, proposições filosóficas, morais, que é imposto e ao qual é exigido que o indivíduo se adeque (FOUCAULT, 1979). Assim, os dispositivos de controle, por si só, já contêm uma carga excessiva de violência. Posto que as instituições, com suas regras e controle, têm a violência como constitutiva, esta, por sua vez, é uma violência necessária, institucionalizada, já que possui um fim.

As instâncias institucionais em suas relações com a violência muito nos interessam. A Reforma Psiquiátrica, objeto de estudo incansável no campo da saúde mental, propõe o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) como um serviço substitutivo ao hospital psiquiátrico, sede incontestada da violência institucional e do totalitarismo, marcado pela ausência da possibilidade da exceção e pela submissão corporal a um sistema punitivo que se intitula equivocadamente como clínica. No entanto, o presente trabalho, que pôde verificar a presença deste tipo de violência, não foi realizado em hospitais, mas em CAPS.

Em outro trabalho, Minayo (2010) aponta a violência como um dos maiores problemas para a saúde pública existente atualmente no Brasil. É o campo da saúde, com seus serviços e ações, que é acionado para socorrer as vítimas da violência.

Nesse sentido, podemos considerar a violência como um dos fenômenos que mais onera o Sistema Único de Saúde gerando altos custos individuais e coletivos. Dentre as explicações apontadas nos estudos da autora para o aumento significativo do número de homicídios no Brasil se destacam a predominância da impunidade, o crescimento desordenado dos espaços urbanos e a associação com o tráfico de drogas e posse ilegal de armas, ou seja, pontos que têm como pano de fundo aspectos marcados pela desigualdade de classes/social.

Michel Foucault é outro importante teórico que em algumas de suas obras contribuirá nas reflexões sobre a violência. No livro *Vigiar e Punir: História da violência nas prisões* (FOUCAULT, 1987), escrito há mais de 30 anos, o autor instaura um período conhecido comumente como a sua “fase genealógica”. Tal denominação aponta para um tipo de metodologia histórica – a genealogia –, que se interessa em

descrever, analisar e problematizar as condições que possibilitaram a emergência de determinadas práticas sociais e culturais e seus correlatos saberes. Desse modo, nessa obra, Michel Foucault ocupa-se centralmente com o estudo das mudanças que ocorreram, nos séculos XVIII e XIX, nas práticas punitivas até então vigentes na Europa e em suas colônias (nas Américas, na Ásia e na África).

A obra se divide em quatro partes: suplício, punição, disciplina e prisão. Na primeira parte, Foucault realiza uma análise de como o corpo dos condenados, no século XVIII, foi utilizado na economia do castigo quando era imputado ao corpo supliciado o caráter corretivo da pena numa representação espetáculo. O corpo “supliciado, esquartejado, amputado,” marcado simbolicamente no rosto ou no ombro, exposto vivo ou morto foi abolida finalmente em 1848 na França. Esta violenta “representação-espetáculo” foi se tornando deveras negativa. O carrasco, essencialmente, vinha a se tornar parecido com o criminoso e acima disso, os juízes assumiam uma faceta de assassinos. Tal rito de suplício e selvageria passava a ser interpretado às avessas pelos espectadores que viam no supliciado um objeto de piedade e admiração (FOUCAULT, 1986, p. 12-13).

Um outro autor que nos interessa aqui é Levisky (2010), que se debruça no estudo da violência e suas manifestações no contexto atual, nos apresentando uma definição significativa do conceito:

A violência, sob todas as formas de suas inúmeras manifestações, pode ser considerada como uma *vis*, vale dizer, como uma força que transgride os limites dos seres humanos, tanto na sua realidade física e psíquica, quanto no campo de suas realizações sociais, éticas, estéticas, políticas e religiosas. Em outras palavras, a violência, sob todas as suas formas, desrespeita os direitos fundamentais do ser humano, sem os quais o homem deixa de ser considerado como sujeito de direitos e de deveres, e passa a ser olhado como um puro e simples objeto. (LEVISKY, 2010, p. 6-7)

Assim, é salutar recuarmos de certa constatação midiática que determina que a violência seja embasada por dados que denotam seu aumento vertiginoso sem uma conexão com as verdadeiras especificidades que o termo adquire na contemporaneidade. Consideramos esta posição equivocada, sendo simplista em seu conteúdo e alarmista em sua enunciação. Esse entendimento serve mais como um uso aprisionador que a violência pode assumir diante dos diversos desafios encontrados atualmente. Como nos alerta Minayo: “encerrar a noção de violência

numa definição fixa e simples é expor-se a reduzi-la, a compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica” (MINAYO, 2006, p. 15).

Podemos perceber que há um discurso deflagrado da ascensão da violência e que conclama saídas urgentes para conter tal flagelo. E é justamente a partir dessa dimensão que tal discurso evidencia a violência, ou seja, algo que fora da dimensão humana atravessa as relações e precisa ser combatido, sendo necessário para essa empreitada muito mais ações coercitivas do que reflexivas. Este fato produz como resultado intervenções reducionistas ao contrário de ampliar as discussões.

A violência sempre esteve presente nas diversas sociedades e, de acordo com alguns autores, foi e é necessária para os percursos civilizatórios da humanidade. Na base da constituição da vida em sociedade é necessária a renúncia de certos imperativos individuais em favor de um bem maior relacionado àquele grupo ou à comunidade.

Uma vez que a violência é um fenômeno que atravessa a história do homem e a sociedade, constituindo um ponto significativo na construção da relação civilizatória humana, cabe aqui indagarmos quais são as modalidades e peculiaridades da violência encontradas nesse momento histórico. A chamada sociedade pós-moderna tem seu início na segunda metade do século XX e é marcada por uma ruptura com os ideais modernos, cujos pilares se sustentavam na ciência, razão e progresso. E é justamente um dos principais aspectos da pós-modernidade a perda desses e outros pilares.

Diferentemente da época anterior, o homem não elege a religião, a família e a razão como modelos referenciais na atual lógica. O que se evidencia desse modo, é um esvaziamento de pontos de ancoragem para o homem e uma busca incessante de objetos que possam o amparar e proporcionar uma saída imediata. Portanto, constata-se que, o consumismo e individualismo tornam-se características desse momento, na medida em que o consumo se coloca como um modo imperativo nas relações e os projetos particulares sobrepõem aos ideais coletivos.

Em virtude disso, não é raro encontrarmos nos meios de comunicação a referência praticamente direta entre as drogas e a violência. Consideramos ser crucial em nossas reflexões buscar o recorte histórico dessa confluência e os efeitos que acarretaram para o usuário, passando pelas práticas de cuidados e chegando à lógica da construção de modelos político-assistenciais.

É importante exemplificar como a mídia associa, sem nenhum tipo de aprofundamento, a violência e o uso de drogas, colocando o traficante e o usuário em um mesmo lugar. Na reportagem publicada no endereço eletrônico do Jornal Nacional disponibilizada no anexo A, podemos perceber que a simplificação domina no terreno da interseção entre drogas e violência.

2.2 Drogas: Há algo novo no ar? O mundo está mais “drogado”?

O uso de substâncias psicoativas é um comportamento milenar que marca a história do ser humano nas mais diversas culturas e sociedades. Sua ocorrência se dá nos mais variados contextos, indo desde os ritos religiosos, como a busca de encontros transcendentais (onde o seu consumo costuma ser relacionado a um possível caminho para a obtenção de conhecimento ou da imortalidade espiritual), até modos de uso nomeados muitas vezes como recreativos, em que se busca uma forma imediata de prazer.

Porém, com a modernização e a mudança da organização social em algumas culturas e com as transformações econômicas e sociais, ocorreu uma mudança na forma como os indivíduos e grupos passaram a utilizar tais substâncias. Observa-se a configuração de uma relação que o homem tem estabelecido com as drogas coerente com a lógica de mercado da sociedade contemporânea. O fenômeno *droga* é tomado como um problema social que afeta todas as camadas da sociedade. Lenoir citado por Medeiros(2014) destaca: “um problema social é uma construção que implica a visão de mundo e de valores sociais e, portanto, deve ser analisado com base nas representações sociais e no contexto histórico-cultural”.

Podemos dizer que há um grande perigo ao desconsiderar os diversos aspectos, contextos e relações que são estabelecidas entre o homem, a sociedade e as representações que envolvem a temática das drogas na atualidade. Lançar nosso olhar sobre determinado ponto e fazer dele o eixo central para tomar medidas é colocar em prática ações tendenciosas sem realizar o devido aprofundamento que a questão merece.

O termo droga é polissêmico, circunscrito por uma rede de significações e representações que foram se constituindo no decorrer dos tempos. A criminóloga venezuelana, Rosa del Olmo (1990), ao se dedicar à análise das legislações internacionais compreendidas entre 1950 a 1980, coloca que o termo “droga” assume

um lugar muito mais de estereótipo do que propriamente um conceito, não possuindo uma definição precisa, uma vez que abarca inúmeras substâncias muito distintas entre si. Rosa del Olmo, inclui nesse ponto, a particularidade de algumas substâncias na sua capacidade de alterar as condições psíquicas e/ou físicas.

Entretanto, de acordo com a autora, é possível identificar algumas ambiguidades nessa questão, como por exemplo, quando se impõe uma equivocada distinção entre substâncias lícitas e ilícitas. Qual seria a razão de substâncias que possuem as mesmas características de provocar mudanças no sistema nervoso serem classificadas como ilegais enquanto outras não são incluídas nessa lista, como o álcool e tabaco?(OLMO, 1990, p. 22).

Sem sombra de dúvida, certos interesses de mercado estão em jogo, contudo, como uma “*cortina de fumaça*”³, sendo erigidos discursos intencionalmente distorcidos com o intuito de encobrir as verdadeiras manobras relacionadas ao mercado da droga.

O entendimento de que a questão das drogas deveria ser encaixada no rol de discussões no campo jurídico, sanitário e moral é relativamente recente na história humana, se constituindo principalmente a partir do final do século XIX. A discriminação de certas substâncias ditas lícitas ou ilícitas seguirá uma série de aspectos predominantemente de ordem econômica que intentaram para essa mudança. Desde as duas Guerras do Ópio (1839 e 1852)⁴ é possível constatarmos de que maneira os interesses do capital buscam controlar o mercado das drogas e no caso das duas guerras citadas, encontramos as estratégias que os governos chinês e inglês adotaram especificamente para o comércio do ópio.

De acordo com os apontamentos de Nilo Batista (1998), a Primeira Guerra do Ópio, ocorrida em 1839, foi uma guerra em favor do ópio, em favor dos comerciantes ingleses que levavam o ópio da Índia para a China, como etapa de um circuito comercial tríplice. O conflito opunha de um lado a decisão do imperador chinês de

³ Documentário brasileiro dirigido por Rodrigo Mac Niven no ano de 2009. Nessa produção, é colocada em discussão a política de drogas vigente no mundo, dando atenção às suas consequências político-sociais em países como o Brasil, em particular na cidade do Rio de Janeiro. Através de entrevistas nacionais e internacionais com médicos, pesquisadores, advogados, líderes, policiais e representantes de movimentos civis, o jornalista Rodrigo Mac Niven traz uma nova visão neste início do século XXI, que rompe o silêncio e questiona o discurso proibicionista.

⁴ As Guerras do Ópio, ou Guerra Anglo-Chinesa, foram conflitos armados ocorridos entre o Reino Unido da Grã-Bretanha e Irlanda (atual Reino Unido) e o Império Qing (atual China) nos anos de 1839-1842 e 1856-1860. A China tinha no ópio seu único interesse de comércio, popularizado pelos ingleses que o levaram para lá. O governo chinês proibiu em 1839 o tráfico, dando origem a uma guerra entre a China e a Inglaterra.

interromper e proibir o comércio e o uso do ópio, e de outro, segundo Olmo (1990), os enormes investimentos ingleses na produção e distribuição da droga e o papel crucial representado pelos rendimentos do ópio na estratégia da balança de pagamentos internacional da Inglaterra.

Assim, a partir da primeira metade do século XX, encontramos mudanças no que se refere ao fenômeno das drogas, principalmente a partir do interesse dos blocos econômicos motivados pelos lucros que o mercado da droga gerava. Observa-se um esforço maciço em diversas conferências no decorrer do mundo, no sentido de classificar as drogas como lícitas ou ilícitas. Tal movimento, regido pelo paradigma proibicionista dos Estados Unidos da América (EUA), impactou diretamente a implantação das políticas públicas em diversos países e em especial o Brasil.

2.2.1 A Guerra às Drogas

O posicionamento repressivo às drogas assumido pelo Brasil foi resultado de uma forte influência exercida por movimentos e decisões internacionais. Os Estados Unidos dispararam uma série de ações baseadas em um crescente posicionamento proibicionista de “guerra às drogas”, decorrente de um encadeamento de fatores tais como o exponencial crescimento da industrialização de bebidas alcoólicas no país, a extensão do mercado de consumo, o avanço cada vez mais marcante da indústria farmacêutica e o fortalecimento dos valores morais puritanos americanos (BUCHER, 1994).

Dessa forma, solidificaram os pressupostos que serviram de base para o alicerce ideológico para as políticas públicas sobre drogas ao redor do mundo e que está presente até o momento. Os autores abaixo elucidam este aspecto em particular:

Após o final da Segunda Guerra Mundial e ascensão dos ideais neoliberais, difundidos por meio da globalização da economia, surgiu outra globalização do ‘mercado das drogas’, de caráter mais político, baseada na exportação de leis que buscavam legitimar o discurso jurídico-político e o estereótipo político-criminoso das substâncias psicoativas, além das fronteiras nacionais. Assim, especialistas internacionais, valorizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Organização das Nações Unidas (ONU), criaram várias comissões técnico-científicas que emitiram as primeiras observações e medidas de controle dessas substâncias, pautadas em teses farmacológicas, médicas e jurídicas. (SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p. 86)

Em 1911, o Brasil aderiu à Convenção de Haia, que estabeleceu o primeiro tratado internacional a propor o controle sobre a venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. O país compareceu também às reuniões da Organização das Nações Unidas (ONU), realizadas em 1961, 1971 e 1988, as quais deram origem a convenções internacionais que reafirmaram a necessidade de adoção de medidas de repressão à oferta e ao consumo de drogas. (SANTOS et al., 2012). Em todas as convenções a pauta girava em torno da concepção internacional repressiva de combate ao uso e tráfico de drogas, bem expresso pelo termo “*warofdrug*” ou “guerra às drogas”.

O Brasil, enquanto membro dessas convenções, aprovou, no ano de 1971, a Lei 5.726, que dispõe sobre medidas preventivas e repressivas ao tráfico e ao uso de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Destacamos que tal lei não fazia nenhuma referência às ações de tratamento no campo da saúde da população usuária de drogas, excluindo somente aqueles considerados como infratores viciados. Para estes, o que era imposto era a internação compulsória nos hospitais psiquiátricos pelo tempo necessário à recuperação ou à reabilitação criminal do viciado. Isto aparece claramente em muitas entrevistas que serão analisadas posteriormente: a desconexão entre política assistencial ao usuário e ações de prevenção à violência.

De forma um pouco diferente do que aconteceu nos EUA, onde a criminalização do uso e do comércio de drogas decorreu de uma “ação preventiva” promovida por grupos específicos, em especial juristas, políticos e religiosos que ficaram à frente da política proibicionista, no Brasil o grupo que mais pressionou pelo controle penal das drogas foi marcadamente o dos médicos legistas e psiquiatras. Dando continuidade ao movimento de internacionalização do controle de drogas, apesar da criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953, em nenhum momento o consumo abusivo de drogas foi alvo de intervenções setoriais desse Órgão, o qual manteve seu foco na vigilância sanitária e no controle das epidemias que assolavam o território brasileiro até meados da década de 1970.

Entretanto, há uma dimensão a ser destacada no contemporâneo que é a associação que tem sido feita entre uso de substâncias psicoativas e atos violentos.

Nota-se que na atual sociedade, o uso de “drogas” assumiu índices alarmantes, com uma preocupação que fica centralizada no debate público e político, principalmente na representação unilateral da droga como perigo para a saúde pessoal e coletiva e por sua associação imediata com a criminalidade e a violência

urbana. Essa óptica da ameaça à saúde, à juventude, à família e à ordem pública, que ainda organiza em grande parte as discussões do tema, conduz a uma deformação decisiva, já que tende a atribuir à existência de “drogas” o sentido universal de *encarnação do mal* e a tratá-la como um problema conjuntural que poderia ser definitivamente eliminado por meio da proibição e da repressão. São inúmeros os exemplos disso, entre os quais o cartaz religioso da figura 1, que trata as drogas como “obras do diabo”.

Figura 1 – Cartaz contra as drogas, álcool e cigarros



Fonte: REACHERS, 2014.

Há, pois, pelo menos dois sérios inconvenientes com a acepção adotada predominantemente, que identifica o uso de drogas com o abuso de substâncias ilícitas. Primeiramente, ela conduz a discussão ao âmbito da patologia da dependência química: “drogas” seriam substâncias usadas por “viciados” ou “dependentes” e, por conta disso, acarretam graves problemas à saúde pessoal e à ordem pública. Concomitantemente, a própria existência de “drogas” é tida logo em seguida, como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. É composto assim, o cenário familiar da “guerra às drogas” com sua rede de estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, numa espécie de cadeia viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão.

Encontramos então, alguns engodos discursivos construídos acerca do fenômeno da droga no contexto da sociedade pós-moderna. Apesar dos holofotes midiáticos focarem o lado nefasto das drogas e canalizarem todos os esforços para embasar o quanto certas substâncias podem destruir um sujeito, ou uma família, reduzindo a questão à uma explicação classificatória de drogas pesadas, drogas leves, lícitas e ilícitas, o que constatamos são práticas embasadas que estigmatizam o sujeito, criminalizando o usuário e embaçando as verdadeiras razões que sustentam tal modelo.

Medeiros (2014) analisa a construção dos diversos discursos sociais das drogas e de que maneira tem sido propostas as respostas institucionais e terapêuticas para os usuários de drogas, como podemos perceber na citação abaixo:

Melhor dito, os discursos articulados sobre determinadas substâncias psicoativas refletem, de alguma forma, as experiências, as formas de classificação, os diferentes interesses, a eficácia simbólica e as interpretações dos variados cenários sociais (MEDEIROS, 2014, p. 107).

Esses discursos interligados respondem diretamente ao discurso hegemônico moral oriundo dos Estados Unidos que encara o uso de drogas como um problema a ser resolvido e declara dessa forma um embate bélico denominado “Guerra às Drogas”.

A questão se torna ainda mais complexa se levarmos em conta que a definição de uma substância como “droga” ou medicamento, como nota o sociólogo Howard Becker (1977), depende em última análise não de suas propriedades farmacológicas, mas do modo como o Estado decide tratá-la (BECKER, 1977). A história da proibição de substâncias como a maconha, o ópio e a cocaína mostra uma confluência

complexa de processos de estigmatização de populações e de conflitos geopolíticos entre potências capitalistas e coloniais na expansão de formas de controle internacional compulsório e cooperativo destinado a erradicar todos os usos de psicoativos que não fossem considerados médicos ou científicos (SCHEERER, 1993).

A medicalização e a criminalização do uso “leigo” de determinadas substâncias foram os principais meios pelos quais as sociedades modernas construíram o “problema das drogas”. Podemos observar, por outro lado, que não faltam argumentos de base farmacológica que possam sustentar propostas de proibição ou proscrição de substâncias legais e lucrativas como o tabaco e o álcool. Além disso, não é pequena a lista de produtos abolidos que há pouco tempo eram anunciados e consumidos de forma massiva como medicamentos eficazes.

Decisões governamentais sobre controle, legalização ou proibição obedecem diferencialmente a considerações de ordem política e administrativa de âmbito local e internacional, assim como envolvem também disputas que opõem organizações profissionais concorrentes (ou segmentos destas) no âmbito do próprio aparelho estatal. A comparação internacional, enfim, é especialmente importante para mostrar que as políticas oficiais de drogas jamais se limitam à dimensão das propriedades farmacológicas.

Corroborando esse aspecto, Fiore (2012) nos diz que:

O proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/ positivas e ilegais/ negativas. Entre outras consequências, a própria produção científica terminou entrincheirada, na maior parte das vezes do lado “certo” da batalha, ou seja, na luta contra as drogas (FIORE, 2012, p. 9).

Nesta perspectiva, um dos efeitos observados nessa classificação é de que as substâncias ilícitas são encaradas pelo senso comum como inimigas da sociedade e estão ligadas intimamente ao crime organizado e a violência, enquanto as lícitas não produzem o mesmo impacto e são mais toleradas pelo meio social. Isto está bem presente nas entrevistas que fizemos.

O que constatamos na realidade é que a “guerra às drogas” norte-americana constrói uma cruzada contra grupos específicos: minorias raciais e sociais e populações excluídas dos mercados econômicos formais. Ainda aqui se trata, de certo modo, de uma questão de julgamento moral e a consolidação de manobras para a manutenção de poder a ser exercido sobre certas classes sociais. O impacto dessa

política americana, produzirá em solo brasileiro os mesmos efeitos nefastos de exclusão e marginalidade. De acordo com Luciana Boiteux et al. (2013) após a promulgação da Lei nº 11.343/06, considerada a “Nova Lei das Drogas”, é constatado um crescimento igualmente vertiginoso da população carcerária no Brasil e, de maneira correlata, nos Estados Unidos, o tráfico de drogas é o delito que mais conduz ao cárcere.

O Brasil possui a maior população carcerária da América Latina, tanto em números absolutos quanto relativos. Os dados apontados pela autora são impressionantes e mostram o seu aumento no decorrer dos anos.

O país está posicionado em quarto lugar no *ranking* do encarceramento: passamos, no curso de onze anos – entre 2001 e 2012 –, de um total de 233.859 pessoas presas para 548.003 (BOITEUX et al, 2013, p. 23). O ano de 2013 foi o que mais se destacou ao alcançar o total de 574.027 presos. As taxas de encarceramento, que em 2007 eram de 229,56 pessoas presas por 100 mil habitantes, evoluíram para 287,31/100 mil em 2012 e para 300,96/100 mil em junho de 2013. Do total mensurado em 2013, 36.237 indivíduos (32.759 homens e 3.478 mulheres) se encontram sob tutela das polícias judiciárias estaduais e cumprem penas em delegacias e presídios (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2014).

Os dados, como afirmam Boiteux et al. (2013), nos permitem concluir que o encarceramento por tráfico de drogas no Brasil, revela-se vertiginoso. Entre os anos de 2007 e 2012, o número de pessoas presas por esse delito cresceu, conforme análise feita pelos autores, 111%, ou seja, passou de um total de 65.494 em 2007 para 138.198 em 2012. O número de presos pelo delito de tráfico de drogas não somente continuou a crescer, mas também manteve sua posição no *ranking* dos crimes encontrados nos cárceres: o primeiro lugar, passando, em seis meses, de 138.198 presos por tráfico em 2012 para 145.797 em junho de 2013.

O tráfico de drogas assume a posição número um, “ao comparar esses anos [2005 a 2012], se verifica que o número de presos por tráfico mais do que triplicou no Brasil, onde se verificou um aumento registrado de 320,31% do número de presos por tráfico entre 2005 e 2012”. (BOITEUX et al., 2013, p. 24). Em 2005, os presos por crime de tráfico representavam 9,10% (32.880 em número absoluto) do total da população carcerária. Já em 2012 passaram a representar 25,21% do total da população carcerária, totalizando 138.198 num universo de 548.003. O crescimento do número de presos por tráfico nesse período, afirmam Boiteux et al (2013), foi de mais de 111%.

Silva (2015), após uma revisão de outros trabalhos que corroboram sobre a questão, nos apresenta dados relevantes para nossa análise. De acordo com ela, vários autores confirmam a correlação existente entre a política proibicionista americana e a expansão do encarceramento ocorrida nas últimas décadas.

De modo similar aos Estados Unidos, a droga proibida funciona, na atualidade do sistema penal brasileiro, como argumento que conduz aos cárceres. O perfil sociodemográfico dessa população, assim como a análise feita por estudiosos como Boiteux (2009), Zaccone (2011) e outros permitem conhecer quem são os traficantes presos (SILVA, 2015, p. 81).

De acordo com Silva (2015), o perfil de sujeitos encarcerados pelo delito de tráfico de drogas apresenta marcas essencialmente socioeconômicas. Recorrendo ao Relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito Penitenciário, documento redigido pelo Congresso Nacional, a autora nos diz que o retrato da população carcerária brasileira é composto em sua maioria por presos com baixa escolaridade – 79% cursou até o ensino fundamental – e que não possuíam nenhuma ligação com as grandes milícias criminosas nem portavam armas no momento da prisão.

Incluimos nessa análise as considerações de Boiteux (2009), que diz que a maioria dos presos pelo delito de tráfico de drogas podem ser considerados como micro e pequenos traficantes⁵.

Os dados apresentados expõem uma verdade cruel para a sociedade brasileira. Não são os grandes traficantes ou as grandes organizações criminais que recebem as devidas penalidades que constam na legislação. Ao contrário, a política proibicionista conduz uma parcela da população, já marcada pela exclusão de políticas públicas assistenciais, ao encarceramento. Tal fato revela a marginalidade imposta às camadas sociais mais pobres e a total ausência de ações que promovam o cuidado e autonomia para essa população. É inevitável fazer a conexão deste

⁵ A autora apresenta a seguinte classificação:

- a) Grande traficante: trata-se do atacadista da droga; aquele que na estrutura é capaz de adquirir grandes quantidades e que mantém relação com o tráfico internacional de drogas. “Nesse nível, o modelo organizacional do tráfico não passa pelo sistema de controle territorial, ou pelo monopólio da mercadoria ilícita por meio da violência.” (BOITEUX et al., 2009, p. 82).
- b) Médio traficante: equivale ao distribuidor local e trabalha tanto no atacado quanto no varejo; atua com “pequeno grau de violência, utilizando a corrupção, e não a força, para anular o trabalho policial”. (BOITEUX et al., 2009, p. 82).
- c) Pequeno traficante: varejista que revende pequenas quantidades aos microtraficantes.
- d) Microtraficante: último elo da rede de comércio; é o vendedor.

impacto com as relações de poder entre usuário e trabalhadores da saúde mental, especialmente nos CAPS, objeto deste trabalho.

Para continuar nossa discussão acerca da criminalização que a imagem do usuário de drogas recebe, recorreremos a análise realizada por Rosa Del Olmo (1990), que ao fazer um percurso pelas principais políticas criminais no mundo entre as décadas de cinquenta e oitenta nos apresenta elementos essenciais para analisarmos essa construção.

Em sua obra *A face oculta da droga*, Olmo (1990) nos adverte ao dizer que o discurso sobre a droga é o que de fato importa. Não é a potencialidade química de certa substância em alterar o funcionamento do organismo ou a delimitação do conceito encontrada nos manuais científicos. O que realmente interessa são os discursos construídos sobre as substâncias agrupadas sob esse conceito, em sua forma singular. O posicionamento por dizer “droga” e não em “drogas” desdobrará em consequências significativas para os usuários, uma vez que, de modo oportuno, serão distinguidas aquelas substâncias proibidas de outras que são permitidas. O que a autora nos aponta é que tudo dependerá do ator e da situação em jogo. As representações lançadas sobre o protagonista da cena estão também imbuídas pelo discurso que cerca a droga. O contorno que vai se constituindo nesse cenário é o que ela nos diz se tratar do estereótipo.

Carlos Gonzáles Zorrilla, citado por Olmo (1990, p. 23), descreve três estereótipos que comumente se impõe sobre as drogas: o médico, o cultural e o moral. Ao definir os estereótipos, diz: “são a melhor expressão do controle social informal, [...] necessários para legitimar o controle formal, cuja expressão máxima no caso das drogas é a normativa jurídica”.

O estereótipo médico, efeito da transmissão de discursos fundados no modelo médico-sanitário, atua sobre a equivalência entre adjetivos, isto é, traduz, adotando os seguintes vocábulos médicos: experiência e objeto. A experiência é entendida segundo esse discurso como congelada e reificada, passando a ser definida uma identidade – *o drogado* – que, transcrita por aquele, é nomeada doente. E o objeto – *a droga* – assume a condição de agente etiológico – vírus – ou ainda epidemia ou praga. Esse discurso funciona como importante elemento para outro estereótipo que nos dias atuais se mantém atendendo aos interesses hegemônicos e totalitários da abstinência, o estereótipo da dependência química. Segundo esse estereótipo, os outros modos de uso e relação com as substâncias não são considerados e é imposta

a ideia de que todo encontro com as substâncias psicoativas ilícitas é sempre prejudicial.

Os meios de comunicação e o campo jurídico são a base na qual dois outros estereótipos se sustentam: o cultural e o moral. Para a autora, na constituição da imagem do consumidor, nota-se a marca de dois pontos. Quando busca-se retratar o consumidor como o jovem, o drogado, estamos nos referindo ao aspecto cultural. Já quando o consumidor é qualificado como ocioso, o adjetivo adotado passa a ser viciado, e o retrato é moral. Tanto para o estereótipo moral ou cultural o que importa é a ruptura com o consenso, a oposição a este. Conforme pudemos constatar nas entrevistas, todos estes aspectos vão provocando um distanciamento cada vez maior entre drogas proibidas e drogas permitidas, mas sobretudo, entre os que consomem umas e outras.

Os três estereótipos referem-se ao consumidor e são reforçados pelo discurso jurídico, que legitima a diferença entre bem e mal, condenando as condutas relativas ao consumo das substâncias nomeadas, por esse mesmo discurso, como ilegais “não por suas qualidades farmacológicas, mas porque se percebe como ameaça socioética, apesar de no fundo a razão de sua ilegalidade ser econômica”(OLMO,1990,p.24).

A autora ainda apresenta um outro estereótipo que se apresenta no cenário contemporâneo: o político-criminoso. Esta imagem decorre das legislações sobre drogas, e utiliza do discurso político para legitimar-se como jurídico. O retrato, traçado por esse discurso, define o perfil de outro protagonista, o traficante, e eleva a droga à categoria de inimiga (OLMO,1990).

Portador de tão grave ameaça, o traficante recebe novas qualificações: *invasor*, *narcoterrorista*, *narcoguerrilheiro*, dando consistência e legitimação à “guerra às drogas”, *slogan* da política de controle sobre a droga, difundida a partir da década de 1980, cujas diretrizes incorporam os postulados da doutrina da segurança nacional.

Conforme discutimos anteriormente, no contexto brasileiro, as repercussões que esse estereótipo receberá possui atributos essencialmente sociais e será responsável pela criminalização da população pobre, excluída pela maioria das políticas públicas.

Nesse sentido, as representações construídas acerca dos usuários de drogas, têm como base a lógica da política proibicionista que criminaliza o uso de drogas. O efeito disso recai totalmente na figura do usuário de drogas na medida em que

fortalece a vinculação do usuário com o criminoso e bandido, havendo a judicialização do consumo de tais substâncias. Nesse enfoque, a imagem do usuário de drogas é objetivada por meio de termos que o relacionam ao exemplo do fora da lei, do criminoso, do marginal, do delinquente, do doente, do enfermo.

A partir da análise dos textos da obra *História da loucura na Idade Clássica* de Foucault (1978), em que o autor desvenda a prática de enclausuramento do louco e suas relações com a psiquiatria, foi possível compreender como ocorreu a transformação da loucura em doença mental e também como se revelou o conceito que temos deste tema na atualidade. O uso de álcool e drogas no atual contexto é tratado da mesma forma na qual a loucura fora denominada pelo autor, ou seja, com a marca de forte conteúdo moral. Une-se a isso as ligações feitas da droga com o crime e a periculosidade, ou seja, o resultado é a consolidação de uma figura de ameaça social. Isso justificaria, a partir dessa lógica, a necessidade de exclusão dos usuários em instituições, trazendo repulsa da sociedade, tal qual como a loucura causou e desencadeou mecanismos biopolíticos. Desta forma, poderíamos pensar: a nova *Nau Dos Loucos* não estaria lotada de usuários de drogas sem direito à nenhuma pátria?

Na sequência do trabalho, no próximo capítulo será abordado como foi se constituindo a gênese das atuais políticas públicas acerca do uso de álcool e drogas no Brasil e as possíveis razões da morosidade de alguns setores governamentais, como a Saúde e especificamente a Saúde Mental, em se posicionarem nas discussões que abarcam a temática. A hipótese que esse trabalho se norteará é de que ocorre uma **repetição** desse discurso proibicionista e estigmatizante acerca do usuário de drogas nos serviços que se propõe a ofertar o tratamento, ou seja, **a construção dessa imagem do usuário** como um ser potencialmente perigoso não se expira e é **reproduzido** em um repertório de práticas **ditas** assistenciais.

3 CONSTRUÇÃO HISTÓRICA DAS POLÍTICAS ASSISTENCIAIS NO CAMPO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS: DIRETRIZES E EMBATES

Nesse capítulo serão apresentados alguns fragmentos históricos da constituição da política sobre álcool e drogas no contexto brasileiro. Além disso, serão apontados os impasses e avanços gerados no decorrer dos anos na implantação das legislações relacionadas. Em seguida, este capítulo tratará de discutir como ocorreu a aproximação do setor da saúde na pauta de discussões sobre álcool e outras drogas no contexto brasileiro e mais especificamente como aconteceu a apropriação deste temapelo campo da saúde mental.

A Política Nacional do Ministério da Saúde para a Atenção Integral dos Usuários de Álcool e outras drogas, decretada por meio da Portaria nº2.197/GM em 14 de outubro de 2004 (BRASIL, 2004b), representa um avanço nas ações que o movimento da Reforma Psiquiátrica construiu no Brasil, no sentido de consolidar um novo modelo de atenção à saúde mental. Em seu bojo estão os ideais defendidos pela Reforma Psiquiátrica, que possuem como marca a mudança da lógica hospitalocêntrica e manicomial imposta durante séculos a partir de um modelo dito assistencial, mas com características excludentes, opressoras e desumanas ao portador de sofrimento mental.

No início do próprio texto da Política para a Atenção Integral dos Usuários de Álcoole outras drogas (BRASIL, 2003) observamos que o Ministério da Saúde reconhece tanto a gravidade da questão das drogas, quanto o hiato histórico relacionado a uma política na saúde pública voltada a população usuária. A constituição dessa política está de acordo com as diretrizes e princípios do SUS e da própria Reforma Psiquiátrica, almejando assumir integralmente os cuidados a esses pacientes dentro de uma perspectiva de rede de serviços que se conectam, amparados na lógica de redução de danos, conforme podemos confirmar abaixo:

Reafirmando que o uso de álcool e outras drogas é um grave problema de saúde pública, reconhecendo a **necessidade de superar o atraso histórico de assunção desta responsabilidade pelo SUS**, e buscando subsidiar a construção coletiva de seu enfrentamento, o Ministério da Saúde apresenta a sua Política de Atenção Integral ao Uso de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003, p.6, grifo nosso).

Conforme discutido no capítulo anterior, o impacto deste atraso trouxe uma série de consequências no contexto brasileiro no que se refere à compreensão do fenômeno das drogas, marcado basicamente por um entendimento onde predomina um cunho moralista e repressor. Consequentemente, no decorrer dos anos, as respostas encontradas para lidar com a questão do uso de álcool e outras drogas no Brasil tiveram como referenciais o campo jurídico, médico e religioso, cuja imagem predominante do uso de álcool e outras drogas é representada por delito, doença e pecado, respectivamente.

É salutar destacarmos que os primeiros posicionamentos adotados pelas políticas públicas no Brasil relacionados às drogas foram fomentados e exercidos pela área da segurança pública, especificamente a partir do campo do direito criminal. Tal fato já denuncia que a representação das drogas terá como marca, no imaginário da sociedade brasileira, a ilegalidade e, desse modo, é imputado sobre a figura do usuário o aspecto da criminalidade, necessitando, a partir desse suposto cenário, a tomada de ações mais coercitivas.

3.1 Os primórdios da relação entre o uso de drogas e o preconceito social

De acordo com Forte (2010), podemos encontrar registros históricos que relatam que a primeira lei proibicionista no Brasil data do ano de 1830 e é originária da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, que aplicava penalidades aos “negros vadios que fossem pegos fumando maconha”. Mas foi o Código Penal Republicano, de 1890, o primeiro diploma penal brasileiro, que apresentará, no artigo 159, a relação de algumas substâncias tidas como “venenosas” e sua proibição pelo governo brasileiro (FORTE, 2010).

No texto *Política criminal com derramamento de sangue*, Nilo Batista (1998), importante figura na área do Direito Criminal, se dedica à análise histórica da política criminal para drogas e seus desdobramentos no direito e no processo penal. O ilustre jurista afirma em suas elaborações o quanto a política criminal brasileira acerca das drogas perpassou por dois modelos e faz um percurso na história assinalando as características de cada um deles para tentar identificar as marcas do que ele assinala como uma guerra.

O primeiro modelo, denominado pelo autor de “modelo sanitário”, compreende o período de 1914 a 1964, o qual é marcado por sucessivas adesões do governo

brasileiro a convenções internacionais que possuíam como caráter principal uma expressiva rigidez moral acerca das drogas e do tráfico e que impunham uma série de compromissos que os países deveriam assumir para se adequarem nas deliberações estabelecidas:

Nossa legislação interna correspondente não passa de uma ressonância, certamente decorada com as volutas do bacharelismo tropical, porém uma assumida ressonância dessas convenções [...] O que depreende com clareza de tais normas é uma concepção sanitária de controle do tráfico, de um tráfico que se alimenta do desvio da droga de seu fluxo autorizado (BATISTA, 1998. p. 80-81).

Machado (2006) contribui para essa discussão apontando que o governo brasileiro, ao optar pelo proibicionismo, ou seja, pela proibição da produção, do comércio e do consumo de drogas e pela criação de um sistema de controle e repressão da oferta e do consumo, fomentou a criação de uma cultura antidrogas e que dentre as repercussões na sociedade brasileira identificamos o moralismo, o preconceito, a intolerância e o horror às drogas. A partir da análise do material coletado nas entrevistas, o presente trabalho tentou localizar nas falas dos trabalhadores se, conseqüentemente, todos esses elementos (ou parte deles) são reproduzidos e compõem o universo assistencial ao usuário de drogas.

Batista (1998) destaca ainda que nesse período, a promulgação da Lei de Fiscalização de Entorpecentes (decreto-lei nº 891, de novembro de 1938), que estabelecia que diante de casos urgentes a polícia podia tomar a iniciativa de efetuar “a prévia e imediata internação fundada no laudo de exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos” (BATISTA, 1998, p. 82). O local das internações também possuía a arbitrariedade moral imputada aos usuários, pois de acordo com as normas daquela época caberia o encaminhamento imediato a um “hospital oficial para psicopatas” ou particular fiscalizado (artigo 29, §4). Observamos em diversos serviços e até mesmo para grande parcela da população brasileira o mesmo impulso para *resolver o problema das drogas*, ou seja, adota-se a internação como única solução para *tratar o uso de drogas*. Mais adiante, este trabalho refletirá sobre algumas instituições intituladas Comunidades Terapêuticas, que, se guiando pela lógica da abstinência, apresentam respostas que se encaixam no modelo proibicionista.

Continuando suas considerações sobre o “modelo sanitário”, Batista (1998) afirma que, para que se concretizassem tais determinações legais impostas com o intuito de controlar o tráfico e o uso das drogas, ocorre nesse momento a obrigatoriedade de notificação dos casos de drogadição às autoridades sanitárias. Notamos aqui a junção do saber médico e do poder jurídico como manobra para respaldar as diversas internações.

A ideia do uso de drogas, especificamente o uso de álcool, adquire o estatuto de doença e, dessa forma, justificaria a obrigatoriedade de internação do enfermo. Tal feito só ocorreu pela contribuição contundente da Psiquiatria, a qual, firmada em preceitos morais, apontava o alcoolismo como a razão da degradação da população brasileira.

A partir de todo esse contexto foram criadas certas associações – Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e União Brasileira Pró-Temperança –, que se encarregaram de promover a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas (MACHADO, 2006). De acordo com Santos e Oliveira (2012):

Essas sociedades não governamentais dirigidas por psiquiatras e membros da elite da classe médica brasileira, estavam alicerçadas de ideário difundido nas primeiras décadas do século XX, que se propunha a regularizar e fortalecer as funções afetivas, intelectuais e morais do indivíduo, bem como combater as causas determinantes das perturbações psíquicas. (SANTOS; OLIVEIRA, 2012, p. 85)

A Psiquiatria, influenciada pela moral e pela eugenia, colocava como necessário o estabelecimento de medidas de caráter repressivo para diminuir o índice de alcoolismo, favorecendo a entrada da ordem jurídica na repressão ao uso de álcool (SÁAD, 2002). O governo brasileiro, por sua vez, permanecia tolerante em relação ao uso de álcool.

O segundo modelo batizado pelo autor de “modelo bélico” tem como marco de início o ano de 1964, que intencionalmente tem como referência o golpe militar que deu as bases para o enrijecimento das condutas sobre as drogas, intensificando as ações coercitivas sobre os usuários.

3.2 A atualização da relação entre o uso de drogas e o preconceito social

Rosimeire Silva (2015), em seu trabalho de dissertação, buscou analisar a política de drogas atual, seus efeitos e suas consequências para os sistemas de justiça e saúde e para os sujeitos envolvidos com as drogas: usuários e traficantes. Para a autora, a promulgação desta política nada mais foi do que uma resposta do governo brasileiro às pressões externas, especificamente das decisões da ONU de se posicionar a favor de um modelo médico-jurídico sobre a questão das drogas.

Carvalho (2010) nos faz refletir o quanto a legislação brasileira fomenta uma regra de imposição moral ao estabelecer a abstinência como norma de tratamento para os usuários⁶ e penas extremamente duras para traficantes, que por uma indefinição de porte pessoal para consumo, acaba sentenciando a um determinado grupo, os jovens pobres e negros, a privação da liberdade.

O sujeito deverá realizar uma série de tentativas para abdicar de todos os objetos que estavam marcados pela sua trajetória toxicomaniaca, isto é, sua história, suas referências, suas memórias. Assim, adquirindo a condição de “limpo”, responderia ao ideal de recuperação [...] Da promessa de contramotivação, o modelo repressivo às drogas estabeleceu regime de criminalização secundária; ao reprimir o consumo, estigmatizou o usuário; no intuito de eliminar o tráfico ilícito, direcionou seu poder letal contra segmentos sociais e indivíduos vulneráveis (CARVALHO, 2010, p. 293, 299).

Posteriormente, a Lei nº 5.726/71 foi substituída pela Lei 6.368/76, que dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Percebe-se na nova legislação, certo avanço nas discussões sobre a temática das drogas, principalmente por ampliar o leque de ações preventivas, destinando ações para os usuários de substâncias psicoativas, e não apenas para os *infratores viciados*. Porém, ainda permanece no conteúdo dessa lei, a forte atuação da concepção médico-psiquiátrica, na qual o usuário de drogas permanece sendo considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornam-se os dispositivos assistenciais privilegiados de atenção aos usuários de drogas, mas que teriam acesso somente após o aval da justiça. Machado e Miranda (2007) nos apresentam outras mudanças significativas nessa nova lei:

⁶ A abstinência como único tratamento *realmente eficaz* apareceu em muitas entrevistas, conforme veremos no capítulo quatro.

A substituição do termo 'viciado' por 'dependente de drogas'; a proposição de criação de estabelecimentos especializados para tratamento de dependentes de drogas na rede pública de saúde; a proposição de tratamento em regime hospitalar e extra-hospitalar e a proposição do tratamento – e não mais da internação – como medida compulsória. O artigo 9º do capítulo II da lei 6.368 definiu atribuições para o Sistema de Saúde e o para o Ministério da Previdência e Assistência Social, então responsável pela rede pública sanitária:

“Art. 9. As redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contarão, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei. 1. Enquanto não se criarem os estabelecimentos referidos neste artigo, serão adaptadas, na rede já existente, unidades para aquela finalidade. 2. O Ministério da Previdência e Assistência Social providenciará no sentido de que as normas previstas neste artigo e em seu 1º parágrafo sejam também observadas pela sua rede de serviços de saúde.”(MACHADO; MIRANDA, 2007, p. 805)

A promulgação dessa lei contribuiu, também, a partir da década de oitenta, para o surgimento no Brasil dos primeiros centros de tratamento (públicos ou privados). Alguns deles eram ligados às universidades públicas, tais como o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes (PROAD) do Departamento de Psiquiatria da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP); o Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ); o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Universidade Federal da Bahia (UFBA); e o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Apenas dois centros foram criados no âmbito do setor público estadual de saúde: o Centro Mineiro de Toxicomania (CMT), em Minas Gerais, e o Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana (CECRH), em Pernambuco (MACHADO; MIRANDA, 2007).

Machado (2006) aponta quais foram as bases políticas necessárias que propiciaram o posicionamento por parte do Ministério da Saúde e especificamente do campo da Saúde Mental em acolher as ações assistenciais em álcool e outras drogas. A autora, baseada em dados epidemiológicos, e conforme retratado anteriormente neste trabalho, demonstra que os impactos do álcool e outras drogas já eram observados na população brasileira muito antes da década de 90. De acordo com a autora, os principais fatores para a aproximação entre a temática álcool e drogas e a Saúde Pública foram, respectivamente, o reconhecimento pelas autoridades

sanitárias de que uma parcela significativa dos leitos psiquiátricos era ocupada por alcoolistas (em torno de 35,6% no ano de 1992), a criação do Sistema Único de Saúde e a descoberta da AIDS (MACHADO, 2006).

É notória a morosidade que marcou a implementação de políticas públicas voltadas para a assistência e cuidado dos usuários sobretudo dentro do setor da saúde. Até a década de 1990, não tinham sido estabelecidas as diretrizes que partissem do Ministério da Saúde para nortear os serviços que desenvolviam algumas ações assistenciais aos usuários de álcool e outras drogas.

Apesar da criação de leis que buscavam o fortalecimento dos serviços substitutivos voltados para o cuidado e assistência em saúde mental, a mudança de paradigmas com características marcadamente morais, que cercam tanto a droga quanto os usuários, ocorreu de maneira paulatina no decorrer dos anos na sociedade brasileira. A própria entrada e apropriação das discussões da temática álcool e drogas pelo campo da saúde mental só ocorreram após constantes embates políticos e ideológicos dentro do Ministério da Saúde.

Mesmo dentro dos movimentos sociais que fomentaram a Reforma Psiquiátrica e entre boa parte dos trabalhadores da saúde mental, não foi notada uma mobilização no sentido de incluir a pauta do álcool e outras drogas nas discussões que eram feitas naquele momento.

Se por um lado, os técnicos de saúde mental constataram a presença significativa de alcoolistas nos hospitais psiquiátricos e a inadequação destes dispositivos assistenciais para o tratamento desses pacientes; por outro, não participaram da construção de respostas a essa situação no setor público de saúde (MACHADO, 2006, p. 81).

Uma das razões apontadas por Machado (2006) para que até a década de 1990 não fossem criadas as condições de se estabelecer a construção de uma política pública voltada para os usuários de álcool e drogas no cenário brasileiro é que havia uma cisão dentro da própria gestão no contexto federal entre dois blocos que apresentavam lógicas totalmente distintas:

De um lado, havia uma pressão das comunidades terapêuticas para obter financiamento do SUS, posição que contava com apoio de alguns setores do Ministério da Saúde e da SENAD; de outro, havia uma pressão de outros setores do Ministério da Saúde, entre eles a Coordenação de Saúde Mental, para que a questão de álcool e outras drogas fosse abordada no âmbito do SUS (MACHADO, 2006, p. 84).

A tensão existente entre os dois blocos revela, na verdade, segundo a autora, uma questão bem mais delicada, a saber: as diferentes concepções existentes no país em relação à abordagem dos problemas associados ao uso de álcool e outras drogas. Enquanto no âmbito do SUS o embasamento das ações voltadas para a assistência em álcool e drogas passava pela lógica da redução de danos e o cuidado em rede de maneira descentralizada (ou seja, os pilares da Reforma Psiquiátrica e Sanitária), a proposta de grande parte das comunidades terapêuticas no Brasil era centrada na busca da abstinência como meta, além da influência de bases morais e religiosas que embasam toda essa proposta.

Essa lacuna de uma política pública sobre a questão das drogas só começou a ser transposta a partir do ano 2000, quando começaram a ser criadas as condições técnicas e políticas para o encontro efetivo entre a área de álcool e outras drogas, a saúde mental eo SUS por meio do estabelecimento da política pública de saúde para o usuário de álcool e outras drogas. No setor da saúde, a realização de um seminário sobre a atenção aos usuários de álcool e outras drogas no MS em 2001, a proposição da III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM), no mesmo ano, de inclusão da atenção a usuários de álcool e outras drogas no SUS e a publicação de portarias ministeriais nessa área em 2002 favoreceram a consolidação no Ministério da Saúde da posição daqueles que defendiam que a atenção a usuários de álcool e outras drogas deveria ser feita no âmbito do SUS:

Na III CNSM, realizada em dezembro de 2001, praticamente dez anos após o início da reestruturação da atenção em saúde mental no SUS, foi feita a recomendação de inclusão da atenção aos usuários de álcool e outras drogas nesse processo no Brasil, superando, ao menos no campo discursivo, a cisão entre a área de saúde mental e a área de álcool e outras drogas (MACHADO, 2006, p. 88).

Percebe-se a partir dessa consideração, o quanto a III CNSM representou um avanço na aproximação das duas áreas e buscou romper, pelo menos no discurso, com a visão segregativa que até esse momento imperava nas ações assistenciais ofertadas aos usuários de álcool e outras drogas. Assim sendo, podemos considerar que após um fosso declarado pelo Ministério da Saúde de legislações pertinentes para a pauta de álcool e drogas, em 2011 é elaborado um relatório final, fruto do seminário nacional de saúde mental recomendando a inclusão da atenção ao usuário de álcool e outras drogas no SUS. As condições efetivas para essa inclusão foram criadas

especialmente em dois momentos: no ano de 2002, por meio da publicação de portarias ministeriais que normatizaram os dispositivos e criaram mecanismos de financiamento para essa atenção no SUS, e no ano de 2003, por meio da elaboração da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas. Não faltavam razões:

As justificativas para essas decisões foram construídas a partir da necessidade de enfrentamento, pelos gestores do setor saúde, de problemas de saúde associados ao uso indevido e à dependência de álcool e outras drogas e dos elevados custos sociais e econômicos a eles associados. Foram também consideradas no estabelecimento dessas decisões: a necessidade de sistematizar o conhecimento oriundo das diferentes experiências assistenciais e pesquisas realizadas no País de maneira a subsidiar a atuação do Ministério da Saúde nessa área e a necessidade de adoção de mecanismos de parametrização técnica e de avaliação da possibilidade de financiamento das instituições de assistência às pessoas portadoras de transtornos decorrentes do uso e dependência de álcool e outras drogas (MACHADO, 2006, p. 86).

3.3 A lógica da redução de danos

o seu engajamento. E neste sentido, a escolha pelo caminho da lógica da Redução de Danos (RD) pode ser uma alternativa promissora. Esse trabalho iniciará a discussão sobre a RD buscando apresentar as bases históricas e conceituais sobre essa lógica.

Partimos do ano de 1926, na Inglaterra, que possui como marca a publicação do Relatório Rolleston, considerado como uma referência na história da redução de danos. Neste documento consta o relato de experiência de “um grupo de médicos [que] recomendava a prescrição de heroína e cocaína para os dependentes com a finalidade de controlar os sintomas de abstinência” (SILVA, 2015, p. 112).

Já no contexto brasileiro, localizamos em Santos, município do litoral paulista, a primeira cidade a tentar implantar a redução de danos. No ano de 1989, em Santos, já se constatava que mais de 50% dos casos de AIDS tinham como forma de contaminação o uso compartilhado de drogas injetáveis. Para termos uma ideia do aumento dessa população no contexto nacional, encontramos dados de que no período entre 1980 e 1986 o percentual dos usuários de drogas injetáveis era de 3,0%, passando para 24,9% no ano de 1992 (BRASIL, 1992 apud BASTOS et al., 1993). Assim, na cidade de Santos, o Programa Municipal de DST/AIDS tentou implantar o projeto de redução de danos, com a distribuição de seringas e outros insumos, de maneira a criar condições para o uso seguro de drogas injetáveis.

Entretanto, o Ministério Público entrevistou e proibiu a implementação desse projeto, abrindo várias ações cíveis e criminais contra seus coordenadores e contra a Prefeitura de Santos (MESQUITA, 1998).

Machado (2006) diz que:

Os projetos de redução de danos, sobretudo no que diz respeito à distribuição de insumos para uso de drogas injetáveis, foram interpretados como práticas ilícitas uma vez que a Lei nº 6368 de 1976 criminalizava quem contribuísse de qualquer forma para o uso de drogas. Essa interpretação da Lei, que desconsiderava o surgimento da epidemia da AIDS, criou entraves para a aplicação de uma importante medida de saúde pública para conter a disseminação da doença, já implementada com eficácia em outros países. (MACHADO, 2006, p. 63)

Estas considerações sobre esse momento histórico no Brasil nos mostram o aspecto legal e as resistências, ainda que com todos os dados evidenciando um problema real, que a sociedade brasileira, marcada por preconceitos e por abordagens repressivas, apresentou na aceitação de medidas de saúde pública

tolerantes com o uso de drogas e focadas mais na redução dos danos associados ao consumo do que propriamente no consumo.

Ainda sobre o início das práticas da redução de danos no Brasil, Silva (2015) afirma que entre 1995 a 2003 ocorreu uma expansão dos programas que desenvolviam ações cunhadas na lógica de redução de danos. De acordo com ela, foram implantados 200 programas no país:

A expansão da redução de danos no Brasil deu-se tanto no campo legislativo, com a aprovação de leis estaduais de redução de danos em alguns estados, quanto no executivo, com a adoção, pelo Ministério da Saúde, em 1994, do Projeto Drogas, política conduzida pelo Programa Nacional de DST/AIDS e apoiada pelo Banco Mundial e United DrugControlProgram (UNDCP)(SILVA, 2015, p. 120).

Wodak traz-nos um quadro, abaixo transcrito, que de maneira sucinta apresenta a diferença entre as duas práticas discutidas até o momento.

Quadro 1 – Quadro comparativo entre a lógica da redução de danos e a abordagem tradicional

Lógica da Redução de Danos	Abordagem Tradicional
Aceita a inevitabilidade de um dado nível de consumo de drogas na sociedade, define seu objetivo primário como reduzir consequências adversas desse consumo.	Parte do pressuposto de que é possível chegar a uma sociedade sem drogas, define como seu objetivo central a eliminação de qualquer consumo.
Enfatiza a obtenção de metas “subótimas”, a curto e médio prazo	Enfatiza a obtenção de metas “ótimas”, a longo prazo.
Orientação – visão tradicional da saúde pública.	Orientação – política populista.

(continua)

(conclusão)

Enfatiza a mensuração de resultados no âmbito da saúde, da vida em sociedade e na economia, frequentemente, com metas definidas e determinados objetivos.	Enfatiza a mensuração da quantidade de drogas consumida.
Enfatiza a efetividade e a relação custobenefício das intervenções	Enfatiza a obtenção de uma situação de ausência absoluta de consumo de drogas, independentemente do preço a ser pago.
Implementa suas intervenções com envolvimento do público-alvo	As intervenções são planejadas por autoridades governamentais, possivelmente com contribuições da sociedade de um modo geral.

Enfatiza a importância da cooperação intersectorial entre instituições do âmbito jurídico-policial e da saúde.	A predominância das ações jurídicopolíticas é absoluta, o envolvimento das instituições de saúde é restrito e aceito de modo relutante.
Proposta adotada amplamente na Europa, Canadá, Austrália, Nova Zelândia e alguns países em desenvolvimento.	Apoiada fortemente pelos Estados Unidos, Suécia, Japão, Cingapura, Malásia e alguns países asiáticos.
Enfatiza a prevenção e o tratamento dos usuários de drogas, fazendo com que as atividades de repressão se dirijam basicamente ao tráfico de grande escala	Enfatiza a eliminação da oferta de drogas, com tolerância zero em relação a todos os seus usuários, inclusive aqueles que fazem uso moderado das mesmas.
Julga que as atividades educativas referentes às drogas devem ser de natureza factual, ter credibilidade junto ao público-alvo, basear-se em pesquisas e traçar objetivos realistas.	As atividades educativas referentes às drogas veiculam uma mensagem única de abstinência de drogas. “Diga não às drogas.”
Inclui drogas lícitas, como o álcool e o tabaco	Restringe-se às drogas ilícitas.
Dá preferência à utilização de terminologia neutra, não pejorativa e científica.	Dá preferência à utilização de terminologia veemente e valorativa.

Fonte: WODAK, 1998 apud SILVA, 2015, p. 115-116

Silva (2015) nos apresenta algumas premissas para a aproximação entre saúde mental e redução de danos:

O decréscimo da epidemia de AIDS entre usuários de drogas injetáveis e a baixa presença destes no campo de atuação dos redutores, aliados ao aumento do consumo de crack, impuseram, na dimensão do cuidado, mudanças na atuação dos redutores e adoção de novas estratégias, e do lado da política, ensejaram o deslocamento das ações de redução de danos da DST/AIDS para as ações e política de saúde mental (SILVA, 2015, p. 121)

Além disso, a própria promulgação da Portaria GMnº 336/2002 que institui os Centros de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2004a) marca a inclusão da temática das drogas no escopo das ações da saúde mental ao instaurar um dispositivo de atenção especializada para usuários de álcool e outras drogas dentro da Reforma Psiquiátrica, a saber: os Centros de Atenção Psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (CAPSAD).

Ao primar pela lógica da redução de danos no contexto da saúde mental, o Ministério da Saúde destaca a singularidade necessária a ser adotada na construção e acompanhamento dos casos relacionados ao consumo de álcool e outras drogas:

[A redução de danos] reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. [...] a redução de danos oferece-se como um método [...] que está vinculado à direção do tratamento e, aqui, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de co-responsabilidade daquele que está se tratando (BRASIL, 2003, p. 10).

A complexidade envolvendo o problema do uso de drogas na atualidade apresenta o desafio da articulação entre variados saberes, entre eles, o psicológico, sociológico, jurídico, etnológico, religioso e outros tantos. O que ainda se observa é uma dissociação entre os saberes e os diversos setores assistenciais, o que acaba gerando uma polarização da questão e onde cada um dos saberes reivindica para si a compreensão desse fenômeno e tenta oferecer explicações e soluções, muitas vezes reducionistas, como veremos em muitas das entrevistas apresentadas a seguir. Torna-se impossível pensar essa multiplicidade que é o uso de drogas como competência de um saber único. É necessário tentarmos uma composição dentro de uma perspectiva que amplie o leque de possibilidades para um problema complexo, o qual requer ações articuladas (JAPIASSU, 1976). A partir das ações de redução de danos, as discussões tomaram uma nova perspectiva, na medida em que contribuíram para clarear a visão sobre esse complexo problema social, flexibilizando métodos para facilitar o acesso de população marcada pela marginalidade e universalizando o atendimento e produzindo lugares de cidadania.

Como já apontado anteriormente nesse trabalho, encontramos no cenário das políticas públicas sobre álcool e drogas do país, um hiato desfavorável à construção de uma política assistencial adequada para o usuário de drogas. O Ministério da Saúde reconhece no próprio documento que tece sobre essa temática que este vinha sendo o pilar para a constituição de instituições que se colocaram como *modelo de tratamento*. A diretriz que a política do Ministério da Saúde nos aponta é de ruptura com tais modelos:

Comprometer-se com a formulação, execução e avaliação de uma política de atenção a usuários de álcool e outras drogas exige exatamente a ruptura de uma lógica binarizante que separa e detém o problema em fronteiras rigidamente delineadas, e cujo eixo principal de entendimento (e, portanto, de

“tratamento”) baseia-se na associação drogas-comportamento anti-social (álcool) ou criminoso (drogas ilícitas). Em ambos os casos, há um único objetivo a ser alcançado: a abstinência (BRASIL, 2003, p. 9).

Não podemos deixar de destacar ainda que a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (2010) – fórum de deliberação da política de saúde mental, da qual participam usuários, trabalhadores, gestores, academia e prestadores de serviços – também se posicionou em relação às comunidades terapêuticas contrariamente à destinação de recursos públicos para essas instituições por reconhecer nelas e em sua prática a reprodução da lógica manicomial.

A história da construção da política pública para atenção aos usuários de álcool e outras drogas foi, e continua sendo realizada em meio a muitos conflitos, técnicos e políticos, atendendo a interesses que na maioria das vezes não contempla os impasses assistenciais do cotidiano do usuário de substâncias psicoativas. Desde a expansão dos projetos de redução de danos e até conseqüentemente, a implantação de uma rede de serviços para a atenção aos usuários de álcool e drogas ocorreram no Brasil em um cenário de posições extremistas.

A hipótese que permeia este trabalho é de que uma série de impasses são gerados e podem ser notados atualmente nos serviços de Atenção Psicossocial para atendimento de usuários de drogas, na medida em que no dia a dia da prática clínica, coexistem posturas tolerantes, pautadas pelo reconhecimento dos direitos sociais e humanos dos usuários de drogas, e posturas repressivas, moralistas e criminalizantes. Procuramos até aqui articular duas ideias que basicamente compõem a construção que articula a assistência ao usuário de drogas: a associação do uso de drogas com variadas formas de violência (capítulo 2), e os reflexos destas articulações na construção de políticas públicas com variadas tendências e interesses, neste capítulo.

A seguir, procuraremos explorar as entrevistas realizadas, no sentido de podermos reconhecer (ou não) em que medida essas duas vertentes, exploradas nestes dois capítulos, aparecem no complexo universo assistencial do usuário de drogas. Veremos a seguir, o que dizem os trabalhadores da saúde mental que se propõem a este atendimento.

4 ANÁLISE DAS CATEGORIAS

O trabalho com o universo assistencial do usuário de drogas é algo que causa muita curiosidade no contexto da cidade. Diversas vezes, seja como trabalhador, como gerente de um CAPS AD ou como referência técnica em saúde mental de um município, ouvi frases do tipo: “você acredita mesmo em tratamento para esse povo que mexe com droga?”. A pergunta é comum e no meu entendimento acaba por servir como eixo que norteia cotidianamente o trabalho de quem se dedica a tratar os sintomas que desorganizam (ou em certa medida, organizam) a mente e o comportamento de um sujeito.

Tenho pelos profissionais da saúde mental respeito e admiração, sobretudo por aqueles que especificamente tratam o usuário de drogas tendo como eixo organizador a construção de um caso clínicobaseado na singularidade. Neste âmbito, aspectos morais não têm lugar privilegiado, servindo muito mais para balizar os seus efeitos sobre a repetição que recai sobre aquele mesmo sujeito.

Tendo experiência prévia com equipes e usuários, optei por me preparar aproveitando do hiato de tempo que se passou desde a minha última experiência atuando diretamente no âmbito do SUS neste campo: os últimos dois anos. Este tempo foi essencial para que eu pudesse tomar uma salutar distância deste universo, que de certa forma é *viciante*, tanto pela repetição padronizada da rotina dos serviços, quanto pela pesquisa interessantíssima da particularidade do universo de cada sujeito atendido.

Com esta disposição, resolvi iniciar o trabalho das entrevistas. Inicialmente, devo destacar o quanto este trabalho retornou para mim o conceito genérico e muito central neste campo: a identidade nomeada como *trabalhador da saúde mental*, herança importante do campo da Reforma Psiquiátrica e que considera menos a formação inicial do trabalhador. Está reforçada em mim a necessidade real de se contar com saberes de diferentes origens e complexidades, que equiparam a informação médica psiquiátrica com informações aparentemente vagas que quando colocadas em conjunto delimitam uma construção de caso clínico.

O trabalho de coleta, embora árduo e delicado, se revelou riquíssimo, muito além do que eu pude imaginar. Encontrei respostas inesperadas nos lugares mais inesperados das entrevistas e não foi fácil decidir por três categorias de análise. No

entanto, a repetição destes três eixos de aprofundamento nas doze entrevistas foi o fator preponderante para esta escolha.

Desta forma, foram escolhidas e nomeadas as três grandes categorias de análise que apareceram nas falas dos entrevistados. A primeira, pela ordem de frequência, é a ligação feita pelos profissionais entre o uso de drogas, a assistência prestada a eles e os julgamentos morais que cercam este universo.

A segunda gira em torno da relação entre culpa e família, se dando basicamente de dois modos: ou o sujeito seria uma espécie de fruto de uma família falida ou ele levaria uma família à falência em diferentes níveis. Dito de outra forma, a culpa é da família dele ou os problemas desta família são culpa dele.

A última categoria se desenvolve a partir de uma relação nomeada com insistência pelo senso comum e que esta pesquisa confirma: a suposta certeza de que o usuário de drogas é perigoso, na medida em que, sendo usuário, é ou se tornará violento em algum momento.

Os entrevistados foram nomeados como E1 até E12, independentemente de sua vinculação funcional, pois o objetivo é justamente alcançarmos ao máximo a composição de um *contexto assistencial* no qual possam ser evidenciados pontos de ancoragem ou de descontinuidade nos atendimentos prestados.

4.1 Uso de drogas: uma patologia moral

Apesar do uso de drogas estar presente no decorrer da história da humanidade, fazer parte de certos ritos, celebrações e até da engrenagem econômica nas mais diversas culturas, podemos identificar a mudança no entendimento com o qual o objeto droga foi sendo encarado no decurso dos anos. Atualmente, é possível identificarmos distintos sentidos para o uso das drogas, construídos a partir do olhar de diversas áreas do conhecimento, mas nota-se, sobretudo, no discurso social o alcance dos seus efeitos, que reverbera especificamente na figura do usuário. *Doente, vagabundo, violento, pecador, sem vergonha* são algumas das representações carregadas de um grande teor moral e atribuídas aos usuários de álcool e drogas:

Outro dia eu vi uns pais que trouxe um paciente. Aí depois a hora que estavam indo embora, conversando com pai dele..., igual eu te falei, eles vão falando tudo pra mim, né..., pai dele virou e falou assim: "Ah, porque eu vou voltar mais tarde, porque eu vou trazer um dinheiro, porque o traficante... ele tá devendo e o traficante vai vir receber o dinheiro dele aqui". O pai dele ia

trazer o dinheiro pra passar pra... eu falei assim “mas isso... por que o senhor não vai lá pagar o traficante?” Ele falou “não, porque ele que quer pagar e eu vou trazer o dinheiro, eu vou pôr na mão dele aqui, na hora que o traficante aparecer”. Aí eu não falei nada com pai dele. O pai dele foi embora e eu fui lá ele era paciente da técnica aqui, falei “ó, isso não pode... aconteceu isso e isso e isso, o pai dele vai voltar com esse dinheiro e isso não pode acontecer, porque um traficante vir aqui receber dinheiro? E se vier, chegar aqui, pegar o dinheiro e ele quiser matar ele também? Vai matar aqui! Se achar um outro paciente aqui? ‘ah fulano também me deve vai morrer também’, né? isso não pode ser resolvido aqui.” Aí a técnica chamou ele lá dentro, conversou, falou com ele “não, você vai resolver esse problema lá e depois você vem ficar na pernoite ou seu pai resolve e tal”. Aí resolveram o caso e não veio o traficante aqui, mas podia ter vindo. Então eu acho, assim, que aqui todo mundo é igual uma família, todo mundo comunica né e o serviço anda até bem, os pacientes é que não querem muita coisa com a dureza, eles já viram que eles podem fazer e acontecer aqui que não dá nada para eles mesmos, né? (E5).

Foi impressionante a persistência do lugar de “vagabundo”, de “se fazer de vítima sem o ser de fato”, e tantas outras. Mas será este um lugar que os trabalhadores colocam o paciente? Não me pareceu. Pareceu um lugar onde, de certa forma, eles sempre estiveram:

[...] você já ouviu falar daquela laranja podre no meio das boas? (Carlos: Como que é, uma história?) A laranja podre contamina as outras laranjas boas. Eu acho que está acontecendo isso, porque uns vão muito pela cabeça dos outros, sabe. “Tratar nada sô, eu quero é beber, eu quero é usar droga”. A gente ouve eles até comentar isso perto da gente. “Eu tô aqui mesmo porque senão eu ia morrer”. Quer dizer, por um tempo aí depois volta. Tanto é que, desde que eu entrei aqui, nossa, é muita gente que volta e então acho que fica assim aquele... aquele... como é que fala? Vai e vêm sabe, demais, aí eles já sabem como é que funciona, aqui não tem uma... toda... não sei, eu posso até estar errada, mas as regras. Tipo assim, o gerente me pede: “não deixa entrar visita, porque a visita é só sábado e domingo”. A semana inteira entra visita, eu passo lá para o paciente que não tem visita no plantão, aí o plantão fala “não, pode deixar entrar”. Então quebra todas as regras daqui. Então aqui não está tendo regra, então eles estão fazendo o que eles bem entendem. (E8)

Na história da civilização humana podemos encontrar registros importantes dessa questão. Por exemplo, na Grécia Antiga, os criminosos tinham seus corpos marcados com faca ou ferro para apontar sua incapacidade em se relacionar em sociedade: esse sinal era denominado estigma. O indivíduo que possuía um estigma era desacreditado, desmoralizado e evitado socialmente. Esta prática pode ser considerada como uma manifestação comportamental dos processos mais gerais da estigmatização – o ato de marcar um indivíduo como portador de uma característica negativa tão desmoralizada que impede outras visões a respeito dele, reduzindo-o apenas ao que sua marca significa (NEUBERG; SMITH; ASHER, 2003):

Igual eu tô te falando, sempre converso com um ou outro e eu falo com eles o que eu vejo, o que acontece, que o caminho deles é só ou cadeia ou cemitério, né, que eles... Explico pra eles e tudo, mas é o que eles falam pra mim... Falo com eles de tudo que pode acontecer com eles né, que eles ficam escravizados pelas drogas, que isso não é vida né, que é tão bom a gente ter uma casa pra ir, uma cama pra deitar, uma comida pra comer, uma família... Pra pessoa que tá ali escravizada pela droga não preocupa se tem família, não preocupa se tem casa, não preocupa em comer, não preocupa com nada, né? Eles perdem a vergonha na cara. Eu falo com eles assim “como que pode gostar de uma vida dessa?”. Eles falam “mas eu não consigo, eu preciso”. Eles falam assim: “eu preciso da droga, né? Eu, a gente falar, a gente fala aqui, mas eles, igual eu te falo, pra mim isso é escravidão, eles estão escravizados pela droga e não conseguem sair, tá num buraco que eles não conseguem sair, porque às vezes você vê que eles têm vontade, mas não têm força, é muito difícil, é muito complicado. (E5)

Ao ser imputado ao usuário o cunho do diagnóstico moral, constatamos o cerceamento de sua história e principalmente dos diversos atravessamentos sociais em sua vida, privando-o de seus direitos, como se sua identidade se resumisse em tais designações. Entende-se como diagnóstico moral essa categoria em que são utilizados instrumentos cunhados por discursos que marginalizam indivíduos ou grupos por certas características julgadas inapropriadas, fora do normal, como a entrevista abaixo demonstra:

Carlos: O que você acha que pode ser feito?
Pra falar a verdade, nada! Eu acho que não... Nada! Quando a pessoa não quer, nada que você fizer dá certo, porque você vai tentando, tentando e tentando e tudo e ela vai jogando fora até... Você morre e ela fica aí fazendo as mesmas coisas né?Então, infelizmente, essas que não querem, eu acho que nada, porque elas vêm pra cá, fingem que tomam o remédio, às vezes vêm alcoolizadas, dormem, dão uma reestabelecida e voltam pra rua pra fazer as mesmas coisas.Então, é,tá dando “murro em ponta de faca”, porque ela não quer, você vai amarrar ela? Se você amarrar ela, na hora que ela soltar ela vai sair e fazer a mesma coisa. Igual essa paciente que tá aí agora, tá aí, pega ela, dopa ela, tenta ela. Na hora que ela consegue ir embora, ela vai e volta do mesmo jeito que entrou. (Carlos: Uhum). Então, eu acho, na minha opinião nada! (E5)

Irving Goffman (1978) em seu *livro Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*, nos apresenta o conceito de estigma social como uma marca ou um sinal que impõe ao seu portador uma condição “deteriorada” e, por conseguinte, menos valorizado que as pessoas “normais”, chegando a ser considerado incapacitado para a aceitação social plena. Tal processo de estigmatização pode ser considerado uma forma de categorização social através da qual se identifica de maneira seletiva um atributo negativo considerado como “desviante da norma” e que,

por si só, compromete a identidade social do portador por completo em uma situação de interação social (GOFFMAN, 1978).

A partir desta perspectiva, a dimensão das discussões que cercam a questão das drogas no atual cenário está assentada em discursos constituídos pela norma jurídica e pelo saber médico. Em tais discursos não há espaço para a singularidade de cada sujeito no uso da droga. É uma clínica normatizada pela homogeneização dos sujeitos e encontrada nos tratados científicos, como o Código Internacional de Doenças. É uma clínica engessada pelas normas jurídicas que classifica, moraliza e penaliza os sujeitos. Muitos trabalhadores percebem isso:

Então, essas alternativas ao que era acadêmico me ajudaram a forjar uma ideianão só do usuário desse serviço, mas de pessoas que têm uma vulnerabilidade, de pessoas que têm outras dificuldades sociais também, né? Tive em estágio de vivência e pude observar como que há uma relação de marginalização não só do usuário de drogas, mas das pessoas, é, de como há uma articulação de quem está à margem com o uso de droga, né? E aí quando eu venho para este serviço, na verdade, eu encontro nele algo que eu achei que não fosse encontrar, pelo que eu tinha visto na minha formação, pelo que eu tinha visto na academia (Carlos: hum). Porque na minha formação médica, por incrível que pareça, apesar da gente estar num campo de ciência, claro que é uma ciência também humana, mas é uma ciência biológica, química, e aí eu tive aulas, que davam uma ideia das drogas serem bem como no senso comum, assim tudo no mesmo bojo, né, como se o usuário de maconha, usuário do crack, usuário do álcool fossem todos usuários e é tudo uma mesma coisa, que deve ser marginalizada ou que deve ser tratada a fim de uma abstinência total, porque isso faz mal e ponto e ponto e ponto.

[...] eu percebi um espaço de trabalho, de acolhimento, com ideias mais pautadas na realidade, do cotidiano das pessoas que estão em sofrimento, né? O que eu vi na academia não tinha a ver, sabe, com algo que pudesse responder ao problemada toxicomania e aqui no serviço... E aí, durante a formação, eu achei que eu não... como eu tinha tido só aquela ideia, como aquilo sendo ciência, talvez uma imaturidade minha também na época, porque o que eu encontrava ali não era ciência exatamente, mas um arquivo científico que me dava noção de algumas coisas, mas que não poderia se colocar na condição de responder por algo, uma totalidade, uma compreensão tão inteira assim. E aí quando eu saio da Universidade, então, eu encontro um campo mais aberto para poder discutir a partir do caso a caso, do cada um, qual é o seu problema na relação com a droga, né? (Carlos: Uhum) Não sei se eu estou fugindo da sua pergunta, inclusive (Carlos: Não, é isso mesmo!), mas eu acho que isso é uma certa mudança assim, né, talvez uma mudança interessante seja que, enquanto eu tinha essa ideia da vivência acadêmica que eu tive, eu achava que, nem tanto por mim, mas que os serviços me obrigariam a tratar por um viésde abstinência total, de marginalização do próprio uso, de criminalização do uso dentro do próprio consultório e aí o que eu encontro aqui é um espaço para eu discutir caso a caso, que eu acho que é o que trata de fato assim (Carlos: Uhum), então eu me sinto mais realizado aqui nesse sentido.

Um usuário de álcool não é igual a outro usuário de álcool, né? Um usuário de crack não é igual a qualquer outro usuário de crack. Cada um tem uma história muito particular relacionado a isso, né? E eu percebo na minha prática que o que eu trato mesmo não é a droga em si. A droga é algo inerte, morto,

não tem vida qualquer, né? É o sujeito toxicômano que coloca ela em movimento num horizonte patológico assim, né, num horizonte de ruína e tudo. Há um empobrecimento do repertório de vida, né? O adoecimento desse sujeito se dá por pensar a droga como um fim, não necessariamente por viver uma relação com a droga, como muitos vivem, né?

Eu penso que o tratamento não é exatamente tomar remédio ou não é exatamente ficar abstinente. Não é absolutamente nada disso. Assim, tratar é cuidar bem da gente, né? Trazer um olhar para si e dentro desse processo que é esse tratamento, desse cuidado, né, há uma série de descobertas e para isso é importante que a gente não recrimine, não discrimine o outro dentro do seu processo e para isso eu acho que conceber a redução de danos é a melhor resposta assim, sabe? (Carlos: Uhum)

“Por que o ser humano filosoficamente se interessa por substâncias que têm potencial psicoativo?” né e “por que isso se torna um problema social?”. Eu acho que são duas questões, assim, “porque a pessoa usa droga a ponto de se tornar um problema social?” e “porque as pessoas usam drogas sem que seja um problema social?”, né? Eu acho que, então, existe uma curiosidade, existe um intelecto ativo, intrigado, faltante, desejante, que vai às vezes procurar a substância. Outra coisa também comum é que o ser humano, por ser um ser social, não exatamente por ser um ser social, os animais também são seres sociais, mas o ser humano tem um tipo de interação que ele produz. Ele deseja o desejo do outro, né, então ao ver o outro num estado de entorpecimento, de êxtase com a vida, né, e tudo, ele às vezes deseja ter aquilo também, ascender aquilo e acha que pela via da substância que o outro faz uso ele também vai ter aquele mesmo efeito, aquela mesma sensação. Então, assim, acho que o ser humano é muito complexo. Assim, são uma série de aspectos que levam ele a essa relação com a droga. Agora, eu entendo que para que se torne algo patológico existe uma pulsão de morte que canta alto, assim, que fala bastante alto para esse sujeito e no geral eu entendo que a droga é como um suposto remédio que o sujeito encontrou no caminho da vida para tentar aliviar algum desconforto, mas é medicação com muito efeito colateral, com muito dano, com muito equívoco, aí para o cuidado né é um uso de substância química que leva nesse comportamento toxicômano à destruição. (E6)

Nascimento (2006) analisa em seu texto os fundamentos nos quais as atuais políticas brasileiras voltadas para os usuários de álcool e drogas se constituíram. O autor classifica dois parâmetros existentes atualmente no Brasil que possuem em comum o caráter punitivo. O discurso jurídico tem como ações a criminalização da conduta de consumir drogas e sua suposta intenção é proteger a sociedade dos problemas oriundos do uso das drogas. Já o discurso médico encara o usuário como um doente e tem a patologização como medida de segurança aos usuários e a sociedade.

A proposição de filosofias diferentes deriva de uma concepção analítica, privilegiando, inicialmente, uma separação entre as ontologias criminosa e patológica; todavia, uma concepção sintética dessas filosofias levará o leitor à compreensão de que as duas abordagens fundamentam-se num único princípio filosófico: o da punição. (NASCIMENTO, 2006, p.186)

Neste trabalho, um importante dado observado refere-se ao fato de que os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) que foram entrevistados desenvolvem uma série de ideias sobre o fenômeno das drogas, cercadas de critérios morais que permitem a construção de representações, ao longo de suas vidas e que, em grande parte, se originam do senso comum. Esse discurso não se mantém inerte nas falas dos trabalhadores, mas reverbera em condutas pautadas pelo crivo da ordem moral e em última análise, acaba limitando os possíveis manejos clínicos, principalmente daqueles casos que são acompanhados nos serviços e que apresentam uma maior complexidade:

Carlos: quais os fatores que você acha que podem contribuir para uma pessoa aderir ou não aderir aqui nesse serviço?

Nesse serviço? (Carlos: É!) Oh eu acho, muita coisa aqui tinha que ter norma, tinha que ter norma e tinha que ser cumprida e todo mundo falar a mesma língua, né? Assim, igual esse negócio, liberou... aqui, por exemplo, liberou o fumo né (Carlos: Fumo sabiá?) Sabiá. Liberou. Eles tão fazendo festa! Quem garante que eles estão usando só o sabiá? Eles tão usando o que pode e tão usando o que não pode, né? O celular, aqui dentro eles fazem uns contatos com tudo que eles querem né. Eu acho que tinha que ter norma e a norma tinha que ser cumprida. A pessoa entrar aqui "oh, aqui o tratamento é assim, você não é obrigada a ficar, mas é assim, assim, assado, o serviço tem a norma assim e assado, você vai querer?" E quando a pessoa fizesse alguma coisa "não... é... aqui eu conversei com você". Tipo igual a gente mesmo que trabalha. Não tem uma advertência, duas advertências, três advertências, suspende a pessoa, suspende por um mês, se voltar fala: "não, não você está suspenso, você vai assumir as consequências". Quebrou o vidro vai ter que pagar. Ao menos pra ele saber que aqui não é igual lá na rua, porque eles vêm pra cá, eles vão gritar com a gente. Muitos deles, né, querem gritar, querem dar ordem, querem fazer, querem acontecer aqui dentro, porque eles sabem que não dá nada pra eles. Pode quebrar vidro ali que depois eles põem outro no lugar. Igual tem paciente aqui que já sabe, quando chega aqui doído quer quebrar os vidros, vai lá quebra os vidros e dá alguma coisa pra ele? Não dá! Chega ali, joga o computador pro chão, joga o telefone... não dá nada pra eles mesmo, né? Então eu acho que tinha que ser assim, pra... não sei né, pra aderir eu acho que teria que ser assim. Agora quanto ao tipo de tratamento aí já não é da minha alçada né Carlos (risos). (E5)

Dentre as entrevistas realizadas, observou-se que, além de doente, o usuário é considerado prisioneiro de um vício praticamente impossível de se livrar:

[...] que é uma doença, que eles são escravizados pela doença, que é realmente uma doença e que eles não têm força pra sair da escravidão, né? Porque pra eles são como uma fuga, eles não veem outro caminho.

Eu sou a favor da libação total, porque eu acho que esses pacientes que têm o transtorno de impulso por traz e que são os usuários dependentes químicos mesmo, eles não podem dar literalmente o primeiro gole e/ ou o primeiro teco, porque já voltam a usar incessantemente. Então eu sou a favor mesmo da libação total. Pra ter um sucesso mais duradouro, tem que ser a libação total. (E5)

A partir do discurso acima, observa-se de que maneira o fenômeno polissêmico das drogas, que atravessa distintos campos e apresenta complexidades das mais variadas ordens, é simplificado em uma loquacidade biologicista e neuroquímica, como se o usuário estivesse entregue aos impulsos irresistíveis da busca da droga.

A representação do usuário de drogas passa essencialmente por aspectos relacionados ao seu caráter e modo de vida de maneira que podem degradar a sociedade, ou seja, percebidas como *vontade fraca*. Ainda nos referindo a Goffman (1978), ele nos diz que o conceito de estigma pode ser classificado em três tipos:

Podem-se mencionar três tipos de estigma nitidamente diferente. Em primeiro lugar, há as abominações do corpo – as várias deformidades físicas. Em segundo, as culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, sendo essas inferidas a partir de relatos conhecidos de, por exemplo, distúrbio mental, prisão, vício, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, tentativas de suicídio e comportamento político radical. Finalmente, há os estigmas tribais de raça, nação e religião, que podem ser transmitidos através de linhagem e contaminar por igual todos os membros de uma família (GOFFMAN, 1978, p. 7).

As falas confirmam:

Vamos dizer assim, é, a pessoa realmente ela tende, assim, a ser mais, assim, irresponsável, sabe? Acho que aquilo ali a pessoa já não tem aquele caráter, assim, é como se diz, né, um bom caráter, né? A pessoa que não tem, ela é mais dada mesmo a usar, intensificar o uso, a favorecer. Eu acho a pessoa que tem menos responsabilidade, menos comprometimento, menos compromisso, ela tende mais a intensificar o uso e até assim favorecer pra outras pessoas. Eu acho que é isso, uma pessoa que tem um caráter mais sólido, mais né, é coisa... ela tem mais responsabilidade, até mesmo com a questão com ela própria, né? Aquela coisa, eu vejo isso lá nos usuários, eu vejo que a maioria deles tem o caráter deficiente. (E10)

Oliveira (2009) observou em seu estudo que, no discurso hegemônico sobre o usuário de drogas, prevalece a representação de que o indivíduo é vítima da droga, algoz da família, perigoso para si mesmo e para a sociedade. O usuário de drogas é descrito como uma pessoa a quem deve ser dirigida uma série de intervenções, frequentemente de natureza coercitivas, uma vez que é considerado uma combinação de delinquente, pois furta, ameaça e agride, e doente mental, já que não tem controle sobre suas ações.

Tem uns que você olha também, não tem jeito, eles não querem cura não.[...]Um que não quer cura já vem lá de fora com a bebida dentro da bolsa, entendeu?Eles não querem, você percebe assim, eles querem usar droga, eles querem beber. Um aí pulou três vezes o muro aqui para ir comprar. Então, você olha para eles assim e você vê: “não, esse ali é caso perdido”. É o meu modo de pensar né, não sei se todo mundo pensa assim (Carlos: hum). Olha do jeito que eu vejo o sofrimento da mãe, dos parentes que vem aqui, eu acho que eles não tem mais conserto não, eu acho que uma hora, de tanto eles misturarem a bebida com a medicação... teve uns casos aqui que eles não estavam nem tomando a medicação, eles fingiam que tomavam, que engoliam para poder beber.Então, sério mesmo, eu acho que a família deve “ah não”, porque uma hora ele pode morrer envenenado com o remédio e com a bebida. Eu penso nisso né, porque pelo que eu vejo do que é tão forte a medicação, que tem uns que a medicação reage tanto que... Eu acho, não sei, eu não entendo nada disso, igual eu tô te falando, é a primeira vez que eu trabalho com usuário de droga...Eles babam tanto, tanto.Assim, eu acho que a reação do remédio é muito forte e se der um contraste aí junto com a bebida mais misturado com a droga eles morrem. Então eu acho, assim, que devia de lavar a mão. Eu não sei, tem uns aqui, Carlos, que eu acho que eles já tinham que ser tipo assim punidos, porque eles não... além deles não querem aceitar o tratamento, eles ainda prejudicam outros que querem.(E8)

Medeiros (2014) em sua pesquisa apresenta também tais aspectos e aponta a intencionalidade que está presente nos dois modelos que sustentam a estigmatização dos usuários de drogas, ou seja, que o encara como aquele que é doente e/ou criminoso:

De toda forma, tanto o modelo penal como o modelo médico têm uma tendência a focar o usuário como o indivíduo desviante dos padrões de normalidade, e não o sistema social, rotulando-o como delinquente ou como enfermo. A estratégia de “criar” o desviante é intencional e implica necessariamente aspectos políticos (MEDEIROS, 2014, p. 107).

Isto aparece em algumas falas:

Eu tenho que tentar adequar com o paciente, né? [...] Igualaquela Carlinha, a que gosta de intimidar as pessoas e tudo... Então o que eu faço? Eu já tento ser amiga dela, né,pra poder assim, né, manipular ela. Do jeito que ela me manipula eu tenho que manipular ela. Ela fala comigo e eu falo, “oh, você sabe que eu não posso né, se eu fizer isso ou aquilo pra você, aí vai trazer problema pra mim” e tal. Aí como ela já acha que eu sou gente boa com ela, aí ela já vai, eu falando assim, ela já vai é me entender mais, então vai evitar o atrito, então é assim que eu ajo com eles.

Igual eu tô te falando, sempre converso com um ou outro e eu falo com eles o que eu vejo, o que acontece, que o caminho deles é só ou cadeia ou cemitério, né, que eles... Explico pra eles e tudo, mas é o que eles falam pra mim... Falo com eles de tudo que pode acontecer com eles né, que eles ficam escravizados pelas drogas, que isso não é vida né, que é tão bom a gente ter uma casa pra ir, uma cama pra deitar, uma comida pra comer, uma família... Pra pessoa que tá ali escravizada pela droga não preocupa se tem família, não preocupa se tem casa, não preocupa em comer, não preocupa com nada, né? Eles perdem a vergonha na cara. Eu falo com eles assim “como que pode gostar de uma vida dessa?”. Eles falam “mas eu não consigo, eu preciso”.

Eles falam assim: “eu preciso da droga, né? Eu, a gente falar, a gente fala aqui, mas eles, igual eu te falo, pra mim isso é escravidão, eles estão escravizados pela droga e não conseguem sair, tá num buraco que eles não conseguem sair, porque às vezes você vê que eles têm vontade, mas não têm força, é muito difícil, é muito complicado. (E5)

No entanto, há um contraponto interessante que aparece muitas vezes:

“Mas você pode cuidar um pouco melhor de você, mesmo que você use”. Então essa é a reflexão que eu proponho pra ele quando ele me diz que ele não quer parar, porque eu acho que é ele mesmo que tem que me responder o que ele quer fazer (Carlos: uhum). Então se ele tem essa clareza de que ele não quer parar, ok né? Mas, então vamos pensar, né, diante de tudo que você, que ele também me diz que ele acha que o uso da droga provocou de prejuízo pra ele, aonde que ele consegue melhorar de reduzir ali esse dano ou que ele consegue também minimamente trabalhar melhor a sua forma de consumo, se é... se o cara tá ali se tá dizendo que ele usa toda hora, né... “ah todo tempo livre aí ele acaba prejudicando até o trabalho dele, então será que você não pode usar só depois que você sai do trabalho, pra você ter condição né, de no outro dia levantar e ir trabalhar ou estudar, né?”

Eu acho que a gente não soube mostrar efetivamente o que a gente sabe fazer e o que a gente faz e que isso dá um retorno, sim, para as pessoas. Eu acho que a gente parou nessa coisa de conseguir mostrar para o externo, para a sociedade, porque assim, você convive, por exemplo, né, com um usuário às vezes, aí há muito tempo e você nem sabe e uma pessoa às vezes que tratou né? Assim, eu acho que faltou a gente avançar num discurso onde a gente inserisse mais a sociedade nesse discurso, a gente ficou muito preso nas trocas com a gente mesma (Carlos: uhum) e aí a gente não conseguiu mostrar que de fato muita coisa funciona, né, que às vezes a gente tem mesmo, sim, que respeitar essa pessoa que quer usar alguma coisa e aí é direito dela, ela usa. Mas a gente pode ajudar ela a ter um trabalho, né, que ela não precisa roubar.” “Você quer fumar uma pedra de crack pode fumar”, mas né, “vai trabalhar pra você ter ali um lugar pra você ficar, uma casa pra você ficar, uma coisa pra você comer. (E3)

Eu nunca tinha ouvido falar no que era CAPS né, aí eu vim e fiquei sabendo o que era o CAPS né. Talvez eu... e eu gostei, eu gosto de trabalhar aqui. Talvez eu me identifiquei, porque, igual eu te falei, minha família tem muito usuário de droga, de álcool, né, e tudo é uma experiência, então eu me identifiquei, (Carlos: Uhum) me identifiquei. Aqui é bom até pra mim aprender lidar, né? Igual meu irmão, ele é alcoólatra, ele é usuário, ele fez tratamento aqui também, então, eu, até com meu irmão eu aprendi a lidar. Assim, não participei de nenhuma palestra da família né, reunião de família, mas eu aprendi a lidar com ele. Aprendi, porque antes tudo que ele fazia eu ia lá tentava, ajudava né? Depois que eu vim pra cá eu ajudo, mas assim “você vai assumir a responsabilidade, não vou ficar tomando frente de tudo, você apronta aí eu vou lá tentar ajudar, não”. Aprendi a lidar com ele, aprendi a lidar com meu tio né? Fui aprendendo a lidar, então, eu me identifiquei. Porque eu, assim, não sou usuária graças a Deus, mas eu vim do meio que tem muito né e aqui eu aprendi a lidar melhor com eles, né? (E5)

Ou seja, notamos que no campo das discussões sobre as drogas há diversos interesses que disseminam o medo, dando os devidos contornos equivocados, e que se beneficiam de profícuos ganhos monetários na manutenção do discurso da Guerra as Drogas. Para tanto é só lançarmos nosso olhar nos rentáveis lucros que a indústria

farmacêutica tem arrecado nos últimos anos, principalmente a partir da década de 50, com a descoberta de antidepressivos mais potentes. Joel Birman, autor conceituado em debates de questões da contemporaneidade, contribui nesse ponto ao denunciar como a mídia de forma tendenciosa, apresenta o aumento pernicioso do tráfico de drogas mundial, mas ao mesmo tempo não faz menção nos bilhões que a indústria farmacêutica angaria anualmente com a venda de psicotrópicos (BIRMAN, 2014). Enquanto o narcotráfico é o primeiro elemento a ser debatido pelos principais países em suas políticas sobre as drogas, a expansão do mercado farmacêutico permanece em total silêncio:

Assim, este silêncio eloquente sobre esta segunda expansão maciça de drogas se justificaria então pelas finalidades terapêuticas que regulariam o seu uso, tendo, pois, uma legitimidade efetiva, pois estas se voltariam para a promoção do bem e não do mal nas populações, contrariamente às drogas ilícitas. (BIRMAN, 2014. p. 27)

O entendimento predominante no discurso social é de que, uma vez que, o sujeito torna-se um usuário de drogas, este receberá como marca a periculosidade, a truculência e impulsividade. A conotação que se apresenta é de que a droga é a matriz desencadeadora e o usuário é um simples objeto assujeitado pela droga:

Mas... o que eu acho errado, vem um paciente pra cá aí fica na pernoite. Na hora que o paciente tá bom, joga ele na rua de novo e ele vai voltar para o mesmo caminho né? Muitos vão para o albergue e do albergue vão pra rua, porque o albergue não fica com ele lá o tempo inteiro e às vezes põem pra fora mesmo, "vai pra rua", eu já vi. Então, assim, é enxugar gelo você pegar um paciente, botar aqui dentro, fica na pernoite e na hora que o paciente toma um corpo jogam ele lá na rua. Aí vão fazer o quê? (Carlos: Hum) Voltar para o mesmo caminho que ele veio né.

Essa falta de chamar eles na responsabilidade, eu acho que, sim, porque tem paciente aqui que tem filho abrigado, né? Aí finge que tá vindo aqui fazer o tratamento pra ganhar um relatório, pra levar para o juiz, pra recuperar os filhos de volta (Carlos: Hum). Isso tem aqui, então, assim, algum tipo de tratamento deixa eles à vontade. Tem uns que vêm e voltam, vêm e voltam, porque sabem que a porta está sempre aberta, que sempre podem voltar. Tem outros que ficam aí, pendurado aí, por causa de INSS. Vai chegando à época de ir lá na... como eles falam o negócio do INSS? Perícia! (Carlos: Ah sim, perícia!) Vai chegando a época da perícia, aí vêm aqui e fingem um surto, vêm aqui, fingem que tá, ou às vezes ficam mesmo, alcoolizados pra poder ficar mais tempo "encostado" no INSS, em perícia pra ficar recebendo, entendeu? Algum erro deve ter aí (Carlos: Uhum) né? "Ah, só eu ir lá e fazer isso que eu vou voltar para o INSS, vou passar por isso", então, eu penso assim (Carlos: Sim!) (E5)

Antes de trabalhar no CAPS AD eu tinha medo. (Carlos: Uhum) Ainda quando eu estou na rua, eu tenho medo. Aqui dentro não, aqui dentro eu vejo que eu tô aqui pra cuidar deles. Então antes eu tinha medo, apesar de já conviver,

meu pai era, então... era medo... (Carlos: uhum), medo e desconhecimento mesmo. (E7)

Ah não, eu acho que a pessoa quando ele é usuária desse crack... Pra mim sempre o crack vai ser o pior. Pelo que eu vejo o crack é o pior. (Carlos: Uhum) Eu acho que eles perdem o amor próprio, eles perdem a vergonha na cara, eles perdem tudo. Eles perdem tudo, porque eles passam a viver de restos e do que eles conseguem tomar dos outros né no caso de roubar. (E5)

A relação com a moralidade apareceu nas doze entrevistas, de maneira inequívoca. Se a assistência está mergulhada aí, o usuário não tem vez:

[...] aqui quando falta médico, quando acontece alguma coisa, as pessoas não reclamam de nada. Aí ninguém reclama de nada, nada, nada, nada. Às vezes você tem que ensinar. Falam assim: “ah, porque o doutor me atendeu tal jeito”. “Porque que você não falou pra ele? Fala!” Teve um dia que a mulher me chamou pra reclamar até foi do Frederico, aí eu falei assim: “Olha não é comigo que você tem que falar não, vou chamar ele e a senhora fala com ele”, porque elas não reclamam das pessoas, não falam nada então eu não vejo saída não.

Eu acho que no Brasil o dano é muito social e não nos fornecem nenhum subsídio pra tratar de dano social (Carlos: hum). A gente não oferece emprego, a gente não oferece moradia e a gente não oferece condição social pra ninguém, educação. Que eu acho que o dano maior aqui é muito mais social do que clínico, na maioria das vezes. Dano clínico a gente vê muito no usuário de álcool e o dano social nessas pessoas usuárias de crack é enorme e aqui a gente não tem como tratar. (E7)

O que eu mudaria? Ixi!. Uai o que eu mudaria, eu acho que seria essas normas que eu te falei, pôr mais normas, mais rígidas pra esse pessoal. Mas ao mesmo tempo eu não sei, porque às vezes eu acho que eu tô lidando bem com o assunto e eu tô por fora do assunto (Carlos: Uhum) né? Eu acho que teria que... essas normas que eu te falei, eles tinham que ter as normas, saberem respeitar que tem as normas. Pode, pode, não pode, não pode e pronto. (E5)

E por fim, a lógica da redução de danos aparecendo como inimiga do tratamento, jogando definitivamente a singularidade de cada um na mesma perspectiva onde o senso comum despeja suas concepções morais sobre o universo do usuário de drogas e sua assistência:

Terminei ano passado uma pós-graduação pra me aprofundar mesmo, pra ver como que tratava, pra ver como era o mecanismo de dependência, de abstinência, mecanismo de recompensa, como que o mecanismo de recompensa agia no cérebro dessas pessoas usuárias de drogas porque que elas ficavam dependentes da droga. Eu procurei me informar pra saber o porquê, né, porque um uso tão intenso, porque usam muito, tem alguns pacientes aqui que o perfil de uso. Acho que quanto mais severo for o perfil de uso, mais preconizada a libação total ela deve ser feita, pra não parabenizar uma redução de danos, pelo contrário sempre pontuar a libação total. É o que eu faço aqui, eu sempre pontuo, eu nunca parabenizo a redução, sempre falo “não tá bom, tem que parar, tem que parar. Diabético

para de comer chocolate pra não ter diabetes, porque você não pode parar”?
(E11)

No entanto, o mesmo trabalhador, mesmo sem apostar na redução de danos, entende que seu trabalho não se limita a recolher as consequências apenas da *droga* sobre o paciente, mas de algo muito mais complexo:

Eu tinha uma concepção como um doente mesmo né, eu ainda continuo mantendo essa concepção como um doente, mas hoje eu pude ver o lado social, o trato psicossocial mesmo por trás né (Carlos: uhum). Não como uma justificativa para o uso não, mas eu vejo que existe uma história por trás de cada usuário e hoje eu vi que esses usuários eles precisam de um cuidado maior mesmo. Então, na verdade, eu não tinha a ciência da proporção desse serviço de álcool e drogas, porque aqui no CAPS AD na época que eu estava começando a fazer psiquiatria foi a minha primeira experiência no meu serviço de psiquiatria, mas, eu vejo que aqui faz um trabalho muito bacana. Mas eu vejo que por traz do uso de drogas tem um problema psicossocial muito maior [...] Hoje eu vejo que a droga em si não é o tão grandioso problema como o problema social por trás, hoje eu já vejo o problema da droga como um problema secundário e antes eu não via... eu via eles como doentes sem tratamento, hoje eu vejo que já não é por aí né?
(E11)

Deixarei a pergunta deste entrevistado para uma reflexão nas considerações finais. Passo agora às menções feitas sobre a família e sua relação com o universo assistencial do usuário de drogas.

4.2 Uso de drogas: a culpa familiar

A relação entre usuários de drogas e seus familiares é, na maioria das vezes, cercada por uma série de contradições, radicalismos e enfrentamentos. Lins e Scarparo (2010) utilizando-se de uma rigorosa revisão sistemática lançam uma análise aprofundada de diversos trabalhos relacionados ao uso de drogas, as configurações familiares e o estabelecimento de redes a partir das políticas públicas. As autoras salientam a maneira como alguns estudos que se debruçam na articulação entre estas questões – o uso de drogas e família –, concentram as análises em aspectos isolados, desagregados dos diversos contextos. A família, seu atendimento, sua participação no tratamento e a formação de trabalhadores neste âmbito segue anunciada como lacuna no campo da saúde mental como um todo, e especificamente no caso do usuário de drogas:

Eu acho que eu sinto muita carência [...] nós temos o grupo de acompanhamento familiar, mas eu acho que ele ainda não é tão eficaz. Eu sinto falta do suporte mesmo à família, porque a família ou ela abandonou ou ela quer dominar, tipo assim “interna ele aí”, igual eu atendi a mãe daquele paciente agora, eu custei para conversar com ele sozinho. Então ela falou “eu vou entrar junto com ele”, ele tem trinta e dois anos, “eu preciso te falar muita coisa”. E é ele que tem que se implicar com o quadro de dependência dele. Então a família fica no extremo ou de abandono e vínculos bem frágeis ou então assim, é, “não tô aguentando mais, então, interna”. Quer direcionar o tratamento, mesmo, “coloca ele em permanência dia”, “coloca ele para dormir aqui também”, “você marcou consulta só para esta data? Não, adianta tá longe”, “é pra semana que vem? você não pode atender antes de semana que vem”? Então, “e que remédio você passou, é um remédio para sedar ele, porque ele tem que ficar sedado em casa pra ele não sair, porque ele não está obedecendo”. Ela me falou isso hoje. Trinta e dois anos! “Ele não me obedece”. E ele “mãe, para você está me envergonhando”. Aí eu falei: “a senhora não está ouvindo o filho da senhora” e eu falei eu convidei a senhora a vir ao grupo de família, vamos trabalhar como outros familiares o quanto é difícil ter um dependente em casa, porque é, eu sei que é (Carlos: Uhum). E eu sinto falta disso, eu acho que a família, apesar do grupo de famílias, eles vêm pouco ao grupo de família e eles são sofridos. (E9)

Considerando isso, pude notar a presença de dois pontos de vista pertinentes que atravessam a questão do uso de drogas no contexto familiar. O primeiro ponto aponta o quanto o uso de drogas por algum membro é responsável por toda a desestabilização daquele núcleo familiar:

É lógico que a culpa é desse paciente. Vai me dizer o quê? Que mãe, pai, irmão, não sofre? Eles acabam com tudo, eles arregaçam com a família. Vai todo mundo embora. Conheço uma dona aqui que fugiu pro Nordeste e de um pai que suicidou tentando ajudar o filho. Ele cansou. Droga é uma desgraça que arregaça. Deus me livre! Agradeço não ter familiar drogado. Ninguém aguenta, eles tacam os parentes aqui no AD e somem. Também, quem guenta? Eles acabam com a coisa sagrada que é a família, não têm respeito, roubam os pais, assaltam a casa e tudo mais. (E4)

Os conflitos entre pais e filhos, as dificuldades na relação que eclodem principalmente na adolescência, a tensão presente na construção dos limites necessários, ou seja, as particularidades que se constituem em cada trama familiar, características de toda relação humana, tomam outra dimensão caso a droga se faça presente:

A droga perverte a pessoa. Ela até tinha coração bom, mas entra a droga, o crack, e eles não ligam pra amor de mãe, pra união, pra ser todo mundo do mesmo barco. A família se desfaz. Menino que a mãe cria com amor vira bandido por causa da droga, vende tudo que a família construiu. A família faz, a droga desfaz. (E4)

Sobre esse usuário, tachado muitas vezes como “a ovelha negra da família”, é imputada a culpa pelos sofrimentos encontrados nos familiares. O grupo familiar adota como verdade o discurso de que a única fonte de infortúnios é gerada pelo uso de drogas. Na literatura encontram-se trabalhos que confirmam esse dado, mostrando que, na medida em que as concepções a respeito das drogas aludem a algo que faz mal à saúde, provocam a morte e causam a exclusão social, a posição empregada pela maioria dos familiares é se valer de práticas extremistas, ora repressoras, e em outros momentos permissivas. Essa tensão entre proibir e permitir, entre insistir e abandonar, entre ajudar ou excluir aparece muito:

Hoje eu vejo muito como uma questão social mesmo, a desestrutura familiar. Aquela coisa toda, assim, às vezes de quer se ver livre do problema, sabe? “Quero viver livre, quero sair da minha casa um pouco, quero sair um pouco da minha rotina, desestrutura familiar. Não tenho comida, não tenho... entendeu? dinheiro, às vezes ali vai me ajudar, me dar um apoio assim...” (E10)

[...] “Ah fulano de tal, o endereço da família tal, o irmão mora em tal lugar”, é, “não me liga mais, eu quero te pedir isso, dá para apagar o meu telefone aí dessa ficha que você está falando, não me liga mais”, né. Alguns são rudes, chegam a ser grossos, desligam, né, desligam na nossa cara, então, assim, ou laços familiares muito fragilizados ou rompidos. Então, esse é o nosso público. (Carlos: Uhum) Maioria homens, adultos jovens, desempregados, uma grande maioria, e laços familiares rompidos. (E9)

Deus me perdoe, mas se eu tivesse um filho com isso, preferia que ele morresse! Dou conta, porque não é meu parente, é paciente. Preferia que ele morresse, muitos morrem mesmo e ninguém liga, eu entendo, eu aceito, eu até falo umas palavras neste sentido, tipo “a senhora não chora, porque a senhora não tem culpa”, “a senhora agora vai ter alívio, porque seu filho tá com Deus agora que morreu”. (E4)

Tanto uma posição como a outra são faces da mesma moeda, ou seja, utilizam-se de práticas de violência (BRUSAMARELLO et al., 2008). Nessa lógica imposta ao usuário de drogas, não são consideradas as ambiguidades da condição humana, nem a multidimensionalidade intrínseca dos processos humanos. Desse modo, até mesmo o adoecimento pode ser entendido como resultado de um comportamento individual inadequado, um descuido com a saúde; e neste contexto, a série de problemas associados pelo senso comum, como decorrentes ao uso de drogas é visto como culpa do indivíduo.

Essa visão fragmenta a compreensão do fenômeno das drogas, reforça a culpa sobre o usuário, além de apresentar saídas reducionistas para o “problema”, tais como as ações higienistas de retirar a população das cenas urbanas de consumo de drogas.

Podemos entender essas e tantas outras ações coercitivas como produtos do discurso hegemônico que respalda a guerra às drogas.

Outro desdobramento que ocorre entre o fenômeno das drogas e o contexto familiar é a culpabilização que recai sobre a família. A particularidade que se encontra nesse aspecto é de que o desencadeamento ou até a manutenção do uso de drogas por certos sujeitos tem origem exclusivamente no contexto familiar. Vejamos uma menção a isto:

Outro dia eu vi uns pais que trouxe um paciente. O paciente estava resistente em ficar, fazendo “pirraça”. Igual eu te falei *os filhos de mamãe né?* “Ah eu vou ficar, então, compra uma coca-cola”. Coisa mais boba né? Aí a mãe ia lá e comprava a coca-cola. “Ah não, pra mim ficar tem que tomar um sorvete também”. Aí a mãe ia lá e tomava o sorvete. Até acabar as chantagens dele. Aí resolveu ficar. (E5)

São apontadas determinadas razões, impregnadas de teor moralista, sobre alguns modelos familiares como se estes fossem a causa do uso de drogas. A relação familiar, com todas as suas complexidades é resumida como um aspecto causador dos problemas que algum dos membros pode desenvolver com o uso de drogas. E, na maioria das vezes, encontraremos na figura dos pais esse ponto de maneira mais cruel:

Eu já percebi que eles são muito mimados também pelos pais, porque, você pode ver, tem [...] um menino que chega aí, me esqueço do nome dele, mas ele chega tão ruim de droga. E ele já veio tantas vezes... A família deita ele, pega no colo, põe comida na boca e ele xingando eles e ele... Outro dia o médico até comentou comigo: “olha pra você ver, não vai parar de usar droga nunca, olha pra você ver como a família tá passando a mão na cabeça”, ele comentou comigo lá na portaria. Eu falei “é, tá difícil, porque esse menino ele é difícil”. Ele é até filho de um colega meu, mas complicado, é um menino novo, bonito, sabe, então a gente fica vendo isso... (E8)

Escutamos muitas vezes nos serviços a fala de alguns trabalhadores, carregada de culpa direcionada aos progenitores. “Mas com essa mãe também, o cara tinha que usar drogas mesmo.” No trecho de uma das entrevistas, transcrito abaixo, por exemplo, podemos perceber esse ponto, coberto de entendimento moral e estigmatizante, especificamente quando é citada a “família desestruturada” como causa pelo uso de drogas. Ao ser questionada sobre a definição dessa família, a trabalhadora nos diz que:

O perfil deles são esses. Família desestruturada. É a criação deles né [...] não teve pai e mãe presente, né, teve alguns... Esses problemas de família que vai desencadeando, vai desenvolvendo na mente deles, sei lá que eles vão para nas drogas e aí acabam. Uns viram morador de rua, outros aquela família com aquela bagunça, outros... Tem muitos aqui que são filhos assim, de uma mãe, né, que tudo a mãe passa a mão na cabeça e eu não sei o que desenvolve na mente deles lá e eles viram usuários de droga ou álcool. Depois a mãe passa o resto da vida sofrendo e, isso tudo aí, eu fui vendo aqui, né, às vezes você vê a mãe pelejando com o filho, aí quando você vê ela sempre trata o filho como o “coitadinho” né. Então, enquanto ela for viva ele vai ser um “coitadinho”, porque ela não muda a atitude dela. Então, eu acho que esse é o público do CAPS AD.

Ah, filhos de mãe solteira, de pai que bate em mãe ou que teve é abuso sexual, aqui tem isso tudo, que teve abuso sexual na infância ou na adolescência, família conflituosa, cheia de confusão, desse tipo, isso pra mim é uma família desestruturada. (E5)

Autores como Kaufman (1989) e Rezende (1997) destacam em seus estudos que o usuário é o portador do sintoma da disfunção familiar e colabora para manter a homeostase desta, reforçando o padrão controlador dos pais, mesmo não sendo tal prática adequada às suas necessidades. Também é comum outros membros da família apresentarem comportamentos semelhantes, tais como compulsão ao jogo, à comida, ao trabalho, às drogas e outros. Em muitos casos, este comportamento cria situações para desfocalizar o problema de relacionamento dos pais ou estabelece uma aliança com um dos pais em separado, ou então as fronteiras geracionais (conjugal, parental e fraternal) não estão bem definidas e, frequentemente, existe competição entre os pais e irmãos.

O perfil? A maioria aqui, pra mim, é morador de rua. É gente de família desestruturada, né [...], ou tem muitos alcoólatras lá ou todo mundo é ou tem muito drogado ou tem tudo misturado [...]. (E5)

Eu acho que são questões familiares que trazem o vício. Eu vejo que é muito um padrão de mães que vem aqui, são mães superprotetoras, são umas famílias diferentes. Apesar de que meu pai era usuário e eu não sei o porquê (risos), porque a família num... mas, era uma família de pessoas que bebiam muito, aí eu acho que são questões familiares também, não sei se é amigos... não... acho que é mais uma questão familiar. (E7)

Kaufmann (1989) ressalta que, para os usuários, a família é um fator crítico no tratamento e sua abordagem é um procedimento fundamental nos programas terapêuticos. A culpa centrada na impotência da família foi frequente:

Eu acho que tinha que ter assim, mais pulso com eles, para eles entenderem que existe regras, porque eles não têm limites nenhum, Carlos. Para eles tanto faz, eles... Tanto é quando eles ameaçam a gente eles falam assim “eu posso fazer com você o que eu quiser, porque não vai dar nada pra mim”.

Então, você sabe que isso aí... eles sabem o que estão falando não sabe? (Carlos: não!) Eu penso que eles sabem o que eles tão falando quando eles fazem ameaças. Aí tem dia que dá pra gente sair daqui bem cansada, assim, estressada, porque é cansativo. Não é todo dia também não, tem dia que é muito bom. (E8)

Além disso, a culpabilização por deficiências na educação familiar e a comparação com modelos de educação anteriores em relação aos considerados “modernos” ou “contemporâneos”:

[...] No tempo em que eu fui criada, a gente nem ouvia falar de droga, esse negócio, assim, que tinha esses, assim, instituições para poder receber esse tipo de paciente, né. E eu penso, Carlos, que os pais tinham mais tempo para os filhos, conversavam mais, a educação... porque eu lembro que o meu pai só de olhar pra gente eu já saía, sabia que tinha que sair de perto, porque estava conversando com outra pessoa. E as pessoas de hoje não são assim não, não têm educação, eles intrometem na conversa. Você tá conversando com uma pessoa, às vezes você tá ali conversando um assunto sério e já entra com outro assunto, te atrapalhando. E eu acho, assim, por isso, pelo pai mesmo, às vezes passa muito a mão na cabeça hoje em dia né? (Carlos: uhum). Antigamente os pais conseguiam puxar o cabresto mais dos filhos e tudo. Hoje em dia não, a menina chega perto da mãe e fala “vou sair” e pronto e acabou. Antigamente, os pais falavam “você não vai”, não ia, era uma vez só. Hoje em dia tá muito solto, muito liberado as coisas. Eu penso que é por isso que eles usam, porque eles saem, encontram com alguém e é liberado. Oferecem eles aceitam, porque não tem orientação do pai né. (E8)

Nesse aspecto, percebe-se que em tais falas é adotado um discurso atrelado à categoria anterior, do julgamento moral se estendendo para a família. Isto é, tais posições extremistas impedem o fomento de um diálogo que possibilitaria considerar os diversos pontos que atravessam a pauta sobre as drogas, por exemplo, individual e coletivo, público e privado, família e indivíduo, na produção de entrelaçamentos de tal fenômeno tão complexo.

A droga também é uma herança, não necessariamente genética, mas muito mais no sentido de uma desqualificação da constituição familiar daquele usuário, como demonstram estes depoimentos:

E essas questões sociais. Você vê a pessoa..., às vezes você chega na tábua da beirada, mas ela tem família que não consegue dar apoio, porque é uma coisa de séculos, lá do tataravô da pessoa já era tudo estragado, como é que você vai consertar uma coisa que já vem de longe e é ruim. (E7)

Esta dissertação também demonstra o quanto os próprios trabalhadores reconhecem a influência positiva da família na assistência, e o quanto precisamos melhorar este aspecto no campo da saúde mental:

Eu falo que serviço de saúde mental que você investe só no usuário deixa um pouquinho a desejar. Porque, afinal de contas, tem a família né? A família já está muito sofrida, já está muito desgastada. Então, eu acho que tinha que ter um bom suporte familiar, um bom atendimento mesmo sobre ela, um bom grupo familiar mesmo, sabe, para elas trocarem as melhores, as piores, sabe? Nisso eu acredito, nisso eu sempre acreditei. (E12)

Em seguida apresentarei a terceira categoria de análise e que, de certa forma, procura conectar o trabalho feito até aqui, no sentido de recolhermos as marcas da violência na representação social da cidade e seus efeitos no cotidiano das práticas assistenciais dos trabalhadores.

4.3 Uso de drogas: o resultado é um indivíduo violento

O intenso percurso teórico, analítico e libidinal realizado por este trabalho foi fruto de uma questão refinada pelo amadurecimento dos desafios, enfrentamentos e embates que o período da gestão impunha e o prazer proporcionado pelas ricas vivências e encontros com uma população marcada pela exclusão nas diversas camadas da vida. Minha inquietação foi sendo bordada pelas tramas que a prática no campo da saúde mental, com suas complexidades e transversalidades, por diversas vezes nos coloca. A pergunta que me instigou a debruçar nessa pesquisa esteve, como apresentei na introdução, atrelada à minha prática e é uma produção advinda das sutilezas e durezas cotidianas dos serviços de saúde mental. Sempre me intriguei com a sutilidade com a qual a violência se apresentava nesses espaços. Não havia notificações de agressões ou denúncias de ataques físicos, não ocorreram mortes nem ferimentos no decorrer deste tempo. Entretanto, a violência se evidenciava em sua dimensão subnotificada, mas nem por isso imperceptível ou pequena. Por diversas vezes, fui levado a acreditar que não havia nada de equivocado nas duras condutas adotadas pelos trabalhadores por estarem travestidas com o rótulo de *assistência*. Então havia violência nesses espaços? Sim, muita. Uma violência que se mascarava no discurso e se descortinava nas práticas.

Os questionamentos surgidos a partir dessas constatações, acompanhados quase sempre por doses de angústia e até indignação, me conduziram na busca de alguma sistematização que desse os contornos teóricos necessários. A entrada no *Programa de Mestrado Profissional Promoção de Saúde e Prevenção da Violência* foi

o espaço fecundo que contribuiu para o esquadramento desse objeto. O aprofundamento da pesquisa proporcionado pela ida tão enriquecedora ao campo para colher as entrevistas e logo depois a análise de todo material produziram novas perguntas e conseqüentemente outras angústias. Mas a ida aos serviços me revelou os indicativos de que as hipóteses apresentadas inicialmente poderiam ser confirmadas. Mais uma vez a violência estatística não apresentou nenhum dado, a violência com marcas hediondas no corpo não foi mostrada. O que realmente despontou nas entrevistas foi a violência do discurso que aprisiona na marginalidade, a violência que marca os corpos com a exclusão da palavra, a violência disseminada pelo medo midiático que nos coloca uns contra os outros e por fim, a violência sutil imposta ao grupo social dos usuários de drogas, de uma associação direta entre estes e a violência.

Este trabalho corrobora as contribuições de Minayo (2009), citadas no início deste trabalho, quando ela afirma o caráter de manutenção de desigualdades sociais produzindo formas de “violência estrutural”, nas palavras dela. Este trabalho não faz menção direta aos 279.567 mortos de violência intencional, mas infere que o tipo de violência estudada não se separa tanto assim de *lesões*, ainda que eu não esteja estudando injúria tecidual no sentido médico do termo. No capítulo dois eu afirmei que foi possível perceber em algumas entrevistas a intolerância com um possível modo de existência alheio e o desejo fecundo de exterminar esse modo não compatível com o olhar daquele que o observa no outro. Vejamos um exemplo neste sentido:

Eu não sei o que esse povo quer da gente. No fundo, eu acho absurdo isso de usar droga, de roubar, de ser bandido, viciado. Tem gente que tem pena Eu tenho pena quando é humilde, quando reconhece ajuda, mas a maioria é mal-agradecida, sem noção. Usam a comida aqui, tomam banho, pedem até toalha melhor. Dá uma raiva enorme! Esse povo tinha que aceitar mais nossa ajuda calado, macio, porque eles pegam o boi de ter a gente aqui ralando, porque ninguém quer trabalhar com drogado Era melhor doido mesmo, de CERSAM mesmo, e não esse povo que escolhe uma vida desgraçada e ainda fica ocupando leito de quem realmente quer parar de usar. Eu não acredito em nada que a pessoa não queira e se me perguntar, eu falo mesmo, porque eu não sou pessoa hipócrita que tem opinião só pra fazer graça pra quem faz discursinho clínico em reunião de equipe, mas que nem olha os pacientes que tem direito. (E4)

Mas nada é proporcional à correlação com a periculosidade e o risco ao qual o trabalhador imagina estar sendo submetido durante seu trabalho:

Toda manhã faço uma oração para não sofrer agressão nem ficar marcada por esse povo. Até já pedi o padre para encomendar uma missa aqui para nós funcionários (Carlos: e para os pacientes? (risos) Lógico, lógico, pros pacientes também. Eles até precisam mais que nós. (E4)

[...]Eu recebi o convite e resolvi ver o que era. Fui com muito medo, porque eu não tinha trabalhado, embora, assim, já tinha tido experiência com paciente em abstinência no Hospital, mas aquela coisa de trabalhar o dia a dia com a pessoa para isso, para essa finalidade de usuário, né, com usuário, eu não tinha tido essa experiência, então fui com muito medo. (Carlos: Medo de quê você tinha?) Eu tinha medo assim “pô, quem é essa pessoa, o que eu vou ter no meu dia a dia”? Porque não vai ser uma pessoa. No hospital, às vezes eu tinha um paciente com abstinência, lá eu ia ter um tanto de uma vez, que aí ia chegando e que ia ficando e que a gente relaciona também um pouco com a agressividade. Essa pessoa vai chegar lá quebrando tudo né? Vai me bater. Eu tinha um pouco, assim, desse pensamento e tinha a questão também, ah, lá ia receber paciente também, né, daquela parte de saúde mental. Aí eu pensei assim “oh posso... atender os doido”. Pensei que ia ser assim. Nossa, a princípio recebi aquele baque, assim, mas eu falei assim “não, vou lá ver o que é né? Ver, às vezes é uma experiência nova deixa ver o que é”. Foi assim! [...] Eu sinto, eu sinto, eu sinto porque embora é uma coisa alojada na sociedade né? Aquela coisa, assim, do usuário de droga... é uma coisa que existe assim, você depara assim sempre dentro de ônibus, ponto de ônibus e até na sua casa, mas aqui... e você tem medo entendeu? Eu mesma quando eu vejo assim um... se ele não tiver lá caído no chão, (risos) se ele tiver andando para mim eu sinto um pouco de medo. O que vai fazer... até nele atravessar a rua, eu penso assim “meu Deus, isso não vai machucar”. Eu sinto medo até hoje. (E10)

Conforme demonstrei no segundo capítulo, as substâncias ilícitas são encaradas pelo senso comum como inimigas da sociedade e estão ligadas intimamente ao crime organizado e a violência, enquanto as lícitas não produzem o mesmo impacto e são mais toleradas pelo meio social. Os dados apresentados expõem uma verdade cruel para a sociedade brasileira: não são os grandes traficantes ou as grandes organizações criminais que recebem as devidas penalidades que constam na legislação. Ao contrário, a política proibicionista conduz uma parcela da população, já marcada pela exclusão de políticas públicas assistenciais, ao encarceramento. Tal fato revela a marginalidade imposta às camadas sociais mais pobres e a total ausência de ações que promovam o cuidado e autonomia para essa população. É inevitável fazer a conexão deste impacto com as relações de poder entre usuário e trabalhadores da saúde mental, especialmente nos CAPS, objeto deste trabalho. Isto está bem presente nas entrevistas que fiz e, como exemplo, posso citar:

Acho que pelo perfil do usuário e aí que vem o problema psicossocial por traz, que as pessoas que... acredito, não sei a estatística disso, mas pelo que eu vejo aqui existe um número, que vem até mim, um número maior de pessoas mais humildes, que não trabalham. E aí como o perfil de uso dessas pessoas

é muito severo, elas acabam abrindo mão de outras maneiras pra conseguir a droga né, assaltando... Eu acredito que o uso de droga contribui, sim, para o aumento da violência, porque essas pessoas e todos me relatam aqui que roubam pra fazer uso e isso acaba aumentando um pouco a violência, sim né? Principalmente quando a maioria desses pacientes aqui, eles estão lá na rua, né, estão envolvidos com o tráfico. Tem paciente aqui envolvido com o tráfico, então isso contribui. Hoje, a droga, ela é uma das principais causadoras de violência urbana, o tráfico hoje é que favorece um pouco dessa violência, né? A pessoa não vai na rua pra assaltar, pra pegar um “dinheirinho” pra sustentar a família... Tudo isso contribui pra violência, acho que a droga está do lado da violência urbana, acho que... mas acho que não tem como parar né? (E2)

É sim, assim mesmo a violência eu vejo assim, em questão de que a pessoa quando tá tão dependente, uma dependência muito forte, ela não consegue se controlar, então ela vai usar meios de furtar alguma coisa pra estar adquirindo a droga, cometendo pequenos delitos ou chegando até a um ato mais grave que é um homicídio para estar querendo o uso da droga e isso eu acho que tem a ver, muito a ver sim (Carlos: Hum). A pessoa, também, quando está sob o uso de álcool e tal ela perde o controle de si, se acha mais macho que o outro e se tiver uma pessoa com olhar, assim, encarando ela, assim, ele se acha que vai vir pra cima, pra outro. E hoje em dia... antigamente a pessoa brigava né, brigava ali dando um “soquinho”, uma “porradinha”, era básico. Hoje em dia, eles tem revólver, antigamente falavam faca, em facada, alguma coisa assim e hoje em dia você quase não vê isso né. (E4)

Eu vejo, eu acho que é uma coisa leva a outra né? O uso de drogas excessivo vai te levar a violência. É um assalto, até a briga entre eles mesmos por causa das drogas. Eu associo muito o uso da droga a violência maior, né, isso para quem está na rua né? Dentro de casa é geralmente com a família em geral. Eu acho que não, eu acho que uma pessoa que está em uso de drogas contínuo, se eu não o conheço de outra forma, eu acho que ele transforma, ele muda né? Ele vira outra pessoa, mais ou menos isso que você está me perguntando, não é? (Carlos: Você acha que a droga é capaz de fazer isso?) Eu acho, acho, sim, que a droga muda a personalidade do outro, sabe? A pessoa que é “como a gente fala” uma excelente pessoa, mas na hora que usa droga ela transforma, ela transforma assim num ângulo de noventa graus (90°) sabe? Eu acho que uma coisa está associada, essa mudança é associada sim a droga, as drogas em geral né. Oh, eu às vezes sinto uma dificuldade com o paciente mais agressivo, com o paciente, assim, tipo os pacientes que têm problema mental e vem pra cá, eles não têm tanto discernimento, né? Isso aí eu acho mais difícil, gritam e tudo, eu acho difícil [...](E12)

Encontrei também os três estereótipos que citei acerca da representação social das drogas, conforme Olmo tinha me alertado: os estereótipos, “são a melhor expressão do controle social informal, [...] necessários para legitimar o controle formal, cuja expressão máxima no caso das drogas é a normativa jurídica” (OLMO, 1990, p. 23). Zorrila (1983 apud OLMO, 1990) descreveu três estereótipos que comumente se impõe sobre as drogas: o médico, o cultural e o moral.

Como eu já expliquei anteriormente cada um deles, passo aqui a exemplificá-los com fragmentos das entrevistas, iniciando pelo estereótipo médico:

O grosso dessa população ela é uma população marginal. Ela é uma população que tem uma condição financeira precária, que está desempregada, está sem ter perspectiva [...] Olha, eu acho que sim, porque o drogado ele fica mais propenso, né, a atos impulsivos e tal né? Mas eu não tenho ideia em termos de números e estatísticas sobre isso não, né, não tenho. Eu acabei de atender um sujeito aqui, olha que coisa. O sujeito é um deficiente intelectual, quer dizer um paciente difícil de você conseguir torar ele da droga, tirar assim no sentido até de redução de danos né? Uma coisa muito difícil. Talvez o paciente mais complicado. Mais complicado que o esquizofrênico, mais complicado que o psicótico né? E esse menino, eu peguei, mediquei, ele estava em agitação psicomotora, agressividade há quinze dias atrás, há uma semana ele estava melhor, mas ele começou a... ele pegou uma... no caso dele eu não posso só chamar de mania, um costume, né. E é muito comum isso no deficiente, de fazer pequenos furtos, pequenos furtos para ele comprar droga, porque mesmo ele tendo melhorado e diminuído significativamente o consumo dele, ele não tinha acesso a nada que ele devia ter assim dinheiro para poder ir comprar a pedrinha de crack dele ou o baseado dele. Então o que ele fazia? Ele fazia pequenos furtos, ele entrava nas lojinhas da favela, nos bares da favela e ia furtando e furtando das pessoas num determinado espaço geográfico muito pequeno. Então ele foi ficando marcado ali. Só que ele deu, veja bem, ele fez... ele deu o azar de roubar um celular da mãe do traficante. O traficante sabendo da existência dele, onde que ele morava, todo mundo já conhecia esse menino, ele foi lá e matou alguém da casa, matou o tio dele. A mãe me apresenta a foto do tio dentro do caixão aqui na entrevista e ele está indo para Rio Acima, né, meio saindo daqui corrido, né, por orientação inclusive da polícia. Então, quer dizer, se isso não tem a ver com a violência, eu não sei o que mais poderia ter a ver com violência né? E a violência que esse povo se autoimpõe né assim [...] Mesma coisa com os alcoolistas. Eu acho que o alcoolismo... É muito marcante isso para mim. O sujeito chega aqui numa situação orgânica absolutamente lamentável, uma violência que eles se impõem a eles próprios né? Um negócio que você olha e gente, presta atenção no que esse cara está querendo... O cara com parestesia tão grave que não consegue andar, ele às vezes é trazido na cadeira de rodas. Então tem a violência social, tem a violência dentro da família, tem as relações familiares que ficam todas comprometidas né? Eu teria vários exemplos. Se eu falar sobre eles... e tem o cara que se maltrata mesmo fisicamente né? Então é um negócio muito louco isso da droga, sabe? E o que eu acho mais complicado é que eu fico aqui olhando da janelinha, aqui às vezes e eu falo “gente, o que eu vou fazer com aquela pessoa ali?” e eu não tenho recurso. (E2)

O estereótipo cultural é muito vigoroso também:

Ah, eu acho que falta mais um entendimento mesmo de todos profissionais visando o que é isso, o que é aquilo, pra estar sabendo o que a gente vai encontrar, porque tem muita gente que fica chateada (Carlos: Por quê?) Porque eles falam que nós estamos tratando de marginais, criminosos, estamos acolhendo isso (Carlos: Você já escutou isso?) Já escutei “estão tratando de marginais e acolhendo bandido aqui dentro”. Pode até ter uns casos assim, mas é o tipo de usuários nosso, né? Porque ele vai à procura da droga e acaba se marginalizando, mas ele tem a procura de um centro de saúde pra estar reestabelecendo seu físico, mental, assim, né, pra ver se organiza as ideias, alguma coisa assim. Mas não deixa de ter esse receio que

tem, né, de que, como é álcool e droga né, nós estamos a quem e estar trabalhando com pessoas marginalizadas... E isso, eu acho que a gente não tem esse preparo, não tem essa estrutura nem tem essa segurança pra estar mexendo com isso aqui.

As notícias que a gente vê no jornal, né, que eu leio jornal, assisto, é eles estão fazendo de tudo, estão matando, estão roubando, estão fazendo de tudo. (E4)

O estereótipo moral, já abordado na primeira categoria de pesquisa deste trabalho reaparece aqui atrelado inequivocamente à produção de violência. Além disso, cabe ressaltar uma das variadas vezes em que apareceu o termo *orgasmo* no sentido de um pequeno paraíso ilícito com alto custo para quem não comunga de tal prazer:

Óh, o que eu tenho percebido muito é por causa do crack né? Porque quando era só maconha, não tinha tanto roubo, tanta agressividade. Pelo menos quando eu era criança, né, a gente não ouvia falar essas coisas né? A cocaína também... Mas quando veio o crack, aí aumentou, porque qualquer coisa que eles conseguem roubar pode ser motivo de troca pra usar droga, se não tem dinheiro, qualquer “coisinha” é moeda de troca, né? E aí eles passaram a roubar mesmo, porque eles... o crack, eu perguntei, né, eles pegaram e falaram assim “que é uma coisa melhor do que um orgasmo, um prazer melhor do que o orgasmo, só que é coisa de segundos, aí depois que passa, aí vem o pânico, o desespero, a depressão”. Aí eles entram nesses sentimentos. Mas aí o que acontece? Eles querem ter de novo aquele prazer, aquele prazer e aí o dinheiro acaba e começa a roubar e agora de matar essas coisas... Assim, pelo menos, os que eu já vi e já conversei, eles não falaram não, só fala assim, que às vezes “eu roubo porque não tenho dinheiro e o vício é tanto”. (E5)

Além disso, Zorrila ainda apresenta um outro estereótipo que se apresenta no cenário contemporâneo: o político-criminoso(ZORRILA, 1983 apud OLMO, 1990). Esta imagem decorre das legislações sobre drogas e utiliza do discurso político para legitimar-se como jurídico. O retrato, traçado por esse discurso, define o perfil de outro protagonista, o traficante, e eleva a droga à categoria de inimiga.

Portador de tão grave ameaça, o traficante recebe novas qualificações: *invasor*, *narcoterrorista*, *narcoguerrilheiro*, dando consistência e legitimação à “guerra às drogas”, *slogan* da política de controle sobre a droga, difundida a partir da década de 1980, cujas diretrizes incorporam os postulados da doutrina da segurança nacional. Muitos trabalhadores, no entanto, fazem uma distinção muito interessante neste campo tão contaminado de representações maciças, conforme podemos ver abaixo:

Não da forma que é colocada pela sociedade e pela mídia, não vejo uma relação tão linear não. Então, “ah, é o usuário de drogas que comete a

violência, é ele que furta, é ele que está agredindo, é ele que está brigando, por isso que a violência está tão...”. Não percebo isso, são poucos os casos do paciente que às vezes fez uma mistura que não... o organismo não aceitou muito bem e o cérebro ficou, né, muito intoxicado, vamos dizer e que aí sim, vem uma agressividade que muitas vezes já é uma agressividade que já diz da estrutura psíquica dessa pessoa mesmo sem estar intoxicada (Carlos: Uhum). A droga pode exacerbar características que já são das pessoas [...]Não vejo que é droga-violência, que é um par que caminha junto, não entendo assim, tá? E a sociedade prega isso e a mídia e a cultura, né, que o drogadito, bêbado, ele é que causa a confusão é por isso que tem tanto assalto, não vejo por esse lado. (E9)

A hipótese que esse trabalho se norteou é de que ocorre uma repetição desse discurso proibicionista e estigmatizante acerca do usuário de drogas nos serviços que se propõe a ofertar o tratamento, ou seja, a construção dessa imagem do usuário como um ser potencialmente perigoso não se expira e é reproduzido em um repertório de práticas ditas assistenciais. Embora, de fato, eu tenha encontrado isso, cabe dizer que não encontrei apenas este ponto de vista. Muitos trabalhadores têm uma excelente orientação acerca de seu próprio fazer assistencial, como nos exemplos abaixo:

Eu percebo o uso de droga ou nos estados de entorpecimento aflorarem coisas às vezes, né, aflorarem reações, atos que estão mais controlados sem uso da substância, certo? Mas não que exatamente seja a droga a produtora da violência em si (Carlos: Uhum) entende? Mas eu acho que numa sociedade em que há tanta desigualdade social, tanta competição, tanta marginalização, tanta dificuldade de ser inserido, de ser amado, de ser aceito, de circular, de ter amigos, de ter apoio, de ter lazer, de ter um pôr do sol para ver e conversar um pouco sobre a vida, de ter uma família, enfim, amigos, né? Eu acho que isso tudo produz no ser humano um estado de desconforto para além do desconforto de existir, ainda que eu acho que já é difícil da gente lidar com ele, né, o próprio desconforto existencial, mas ainda esse caráter marginalizatório do contexto da contemporaneidade nos leva talvez a expressar atos mais violentos, nos leva talvez, não, com certeza nos leva a expressar atos mais violentos. Eu acho que mais do que a droga a proibição da droga nos leva a violência na medida em que os traficantes, posso dizer assim, pensando numa lógica capital, que são empresários que estão no ramo deles, um negócio deles, fazendo o dinheiro deles, de um modo ilícito que seja, mas pensando, na lógica capitalista né, não interessa para esse sujeito ficar gastando dinheiro com armamento, com um suposto exército ali para poder se proteger, para proteger o seu negócio né, para o próprio dono da banca, da venda, ele ter que gastar com câmera de segurança, ter que gastar com um vigia, ter que gastar com... É tudo ruim, gasto a mais, é desnecessário *a priori* né? Assim não é isso que toca o negócio dele. O que toca o negócio dele não é a violência, o que toca o negócio dele é a venda da droga, certo? Na medida em que esse combate à droga exige dele uma resistência para que o negócio dele aconteça, ele precisa se armar... Então vai produzir uma cultura que eu acho que absolve muito os nossos jovens, né, uma cultura fálica da violência, de inserção social em algum lugar, já que a sociedade não tem espaço de acolhimento, de produção e reprodução da vida, assim de uma vida mais amorosa, mais harmoniosa né? Desperta esse pensamento nos jovens, eu acho um grande interesse pelo poder do crime,

por estar em algum lugar em que os outros o respeitem né, então acaba que há esse casamento, né, de quem está à margem com a violência e aí a droga está no meio disso tudo né mas eu não entendo que a droga seja produtora de violência em si não. (E6)

Como é, qual é a relação com a violência urbana? A pessoa viciada... eu acho que a pessoa viciada é... o vício em si não é violência, não vai gerar a violência. Eu acho que a violência gera com a questão social mesmo e da pessoa, entendeu? Acho que é daquilo que a pessoa se propõe a fazer, né? É lógico que tem toda aquela coisa do tráfico, né, essas coisas todas, mas eu acho que a violência, ela tá com a pessoa mesmo, cada um (Carlos: Uhum) sabe? Parte de cada um. (E10)

Eu acho que a violência, como eu te disse, né, a violência vem de cima e nós somos impactados com essa violência toda. A violência que eu falo é essa mudança de governo, né, essa manipulação que o poder faz com a gente, manipulando a gente e fazendo as escuras, de baixo... à noite fazendo emendas, né, isso de alguma maneira vai refletir e reflete no mais fraco, né, que somos nós aqui embaixo, a população né? A gente está tentando sobreviver lutando, né, sendo que existe uma pressão superior que vem nos empurrando para baixo, dificultando o ser humano de ter as suas conquistas cada vez mais. A gente teve um tempo atrás, uns governos aí, onde facilitavam ao pobre que nunca teve condições de pensar em ter alguma coisa, mas agora nós já fomos recolocados no nosso lugar de novo. Eu penso assim por tudo que tem acontecido e eu acho que até eles fazem até o uso dessa droga como pano de fundo para nos culpar de alguma condição né? Eu acho que o poder judiciário não é o poder certo para estar tratando das drogas e sim a saúde, né? Eu não entendia nada disso. Hoje eu me coloco no meu lugar de cidadão, aonde eu vejo que eu tenho os meus direitos, meus deveres, né, e eu tenho uma compreensão melhor disso tudo a partir do momento que eu passei a estudar, passei a aprender melhor sobre isso tudo, porque até então eu era uma pessoa que não tinha... (E1)

Eu penso que a droga ela tá... ela é muito de fácil acesso na rua, é... Então tem muita gente que comete violências por aí que estão na rua. Eu não acho que "ah, é porque o cara é viciado ele tá envolvido na criminalidade", porque eu sei que não é. (Carlos: uhum) Eu conheço um monte de gente que é viciada e não tem nenhuma questão com a violência, com... só usa de uma forma muito abusiva mesmo, mas eu acho que... você falou de violência, eu imaginei isso, esse contexto de rua, né, onde acontece muitas coisas. É roubo, é assalto é assassinato e que é um espaço onde a droga tá muito presente. Não acho que uma coisa leva a outra não (Carlos: uhum), eu acho que tem gente que usa a violência, tá, por aí e eu acho que a violência existe independente da droga. (E4)

[...] vou te responder talvez em partes, mas eu acho que é interessante eu ressaltar que a droga que me causa mais trabalho é o álcool e isso é curioso da gente observar, né, e retomando um pouco a sua pergunta anterior, está muito relacionado à violência e isso não é assimilado por políticas públicas exatamente. E é curioso né? Eu acho que é importante ressaltar isso assim. A associação do álcool com outras drogas também torna o tratamento dos sujeitos mais difícil, sabe, predispõe mais a recaídas e tudo. (E6)

Há, por fim, que se assinalar que nem sempre os trabalhadores concordam com o modelo de um CAPS AD, ainda que trabalhem neles. Como proposta, exemplifico com a entrevista abaixo, onde o sujeito de pesquisa sugere separar o

atendimento médico (que seria realizado em serviços de urgência psiquiátrica) e a ações de reabilitação psicossocial, que seriam realizados em Centros de Convivência. Ele afirma que o CAPS AD, nos moldes atuais, não cumpre sua função:

O que eu falei é o seguinte: olha, você montar uma estrutura deste tamanho que é o CAPS pra que o paciente venha aqui, pra que eles venham, se assentem ali nas mesas e fiquem jogando truco e se alimentando do almoço, do lanche e vai embora e na hora que ele sai daqui, ele vai para o “butiquim”, isso eu acho uma balela, sabe, acho que nós não estamos trabalhando aqui. Não quer dizer a ação do Terapeuta Ocupacional, a ação da Psicologia, um trabalho mais interessante que eu vi no CMT acontecer, sabe, hoje você não vê aqui [...]Então a minha ideia de oficina era o seguinte “óh vamos acabar” (risos), sabe, eu não estou falando isso agora, gente, é um projeto, seria um projeto. Vamos acabar com o CAPS, vamos investir num Centro de Convivência e vamos investir pesado no Centro de Convivência e tal. Fora que você cria oficinas para que o paciente possa ir para lá, não necessariamente medicado, não necessariamente tendo passado pelo médico, cria um serviço de urgência para atender as urgências psiquiátricas e clínicas do paciente usuário de drogas que é as síndromes de abstinências alcoólicas sabe. Isso ia reduzir demais o tamanho do tal do CAPS, sabe, e criar uma possibilidade para essas pessoas. [...] Ficam aqui à toa, elas ficavam negociando drogas lá, elas ficavam eventualmente se drogando lá e ficava aquele tanto de gente sem saber o que fazer sabe e naquela época ainda a prefeitura, acredito, ela aviava um material para ser feito um tipo de trabalho ocupacional com eles, mas ninguém aguenta mais esse negócio de fazer “deseinho”, sabe, eu estava pensando mesmo é numa oficina mesmo de marcenaria para o sujeito aprender um ofício, sabe? (E2)

É notório também, e isso apareceu muitas vezes, o esforço dos trabalhadores por tentar fazer da *violência pressuposta* uma *violência compreendida*. Apesar do medo, das representações, da política muitas vezes equivocada, da falta de crença ou da ignorância sobre a redução de danos, da falta de recursos públicos, da falta de assistência psicológica aos funcionários, enfim, contra todas os entraves que se erguem neste fazer, muitos trabalhadores resistem e se refazem. Para terminar, antes de passar às considerações finais, transcrevo abaixo a contribuição da entrevistada que afirmou que relevou uma violência recebida em prol de uma atitude tolerante de acolhimento: “eu vou vendo qual o jeito, porque é o meu serviço”.

Eu procuro um enfermeiro que tiver pra poder me explicar, pra poder saber como que eu vou agir com o paciente, porque não vou negar não, às vezes tem paciente aqui que consegue me pôr nervosa, mas... (Carlos: Nervosa? Como assim? Que você fica...) Não, igual é, paciente assim que é paciente do CERSAM né, que já tem os problemas dele lá e ainda é escravizado pelas drogas e a família quer pôr ele aqui né e ele fica agressivo... igual tinha um que chegava ali na... eu estava assentada ali e ele chegava e dava um tapa na mesa “vai abrir o portão ou não vai, arrombada?”. (risos) Ficava assim sabe, aí me assustava e eu ficava nervosa e tudo. Mas aí eu fui vendo que ele era igual a um menino que se você falasse mais alto, ele recuava né? Ele

não é agressivo, ele tentava te intimidar só com as palavras né, aí eu faço assim, eu vou vendo qual o jeito, porque é o meu serviço [...] (E5)

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fim de um percurso de pesquisa é também, de certo modo, onde ele produz para o próprio pesquisador um sentido novo, ou pelo menos diferente do que se desenhou no início sobre o objeto de pesquisa. Quando pensei em pesquisar a possível presença de violência no ambiente de assistência ao usuário de drogas, meu primeiro impulso foi o de perguntar aos pacientes, por meio de entrevistas, se eles percebiam nuances de violência nos lugares de tratamento. Resolvi, então, perguntar a alguns usuários de maneira informal. A força na negativa das respostas foi impressionante: *não, aqui não! Aqui somos tratados com respeito, é muito diferente da rua*. Essa resposta recebeu várias modalidades, mas sinteticamente eu pude perceber que o usuário não enuncia possíveis violências sofridas no ambiente de tratamento. Muitas devem ser as razões para que um sujeito tradicionalmente excluído no âmbito social não consiga perceber que muitas destas práticas se repetem no contexto assistencial, mas penso que isso é um interessante ponto de pesquisa, e tão complexo, que pode se traduzir em um trabalho de tese de doutorado. Afinal, o pesquisador inexperiente que se descobre pesquisador acaba terminando um trabalho com mais perguntas do que quando começou.

Na construção do primeiro e quarto capítulo, bem como destas considerações finais, foi feita a escolha pela redação do texto na primeira pessoa do singular. Este caminho traçado foi realizado por entender que, especificamente nessas partes, era necessária a apresentação da minha posição nas questões discutidas nesses capítulos. No primeiro capítulo, coloquei de onde parti e os caminhos percorridos desde as práticas de estágio até a gestão em saúde mental, que contribuíram significativamente para minha formação e que culminaram, em última análise, neste trabalho de dissertação. No quarto capítulo, a análise das categorias a partir das ricas entrevistas, me levou a algumas constatações que permeiam a prática dos serviços de saúde mental, mas que não têm a devida investigação necessária. Neste sentido, mais uma vez foi fundamental o posicionamento de minhas apreensões, mediadas principalmente por minha prática. Era difícil dizer algo na primeira pessoa do plural. A clínica e a formação profissional, ainda que repleta de mestres e de objetos de interesse, é um caminho solitário.

Quanto ao campo da saúde mental e os seus trabalhadores, minha posição é de respeito e de admiração, sobretudo para com os que lutam para ajudar os usuários

de álcool e outras drogas. É impressionante a persistência de alguns trabalhadores contra uma lógica de exclusão e com uma política que em todas as suas dimensões tem apresentado retrocesso, provavelmente como resultado de uma consequência mais ampla da crise brasileira contemporânea de sentido ético, alcançando a justiça, a cultura, a cidadania e, evidentemente, o senso de direito humano básico. Penso que o usuário atendido neste contexto, por sua vulnerabilidade enorme, sofre diretamente esses efeitos. O campo da saúde sofre imensos riscos e o nosso tão precioso SUS está precisando ser defendido até em redes sociais, palco principal de “debates” acerca da situação atual do nosso país, apenas para se calcular a fragilidade atual da nossa capacidade de defender instâncias norteadoras de cuidado e proteção civil.

Como não considero que me propus a pesquisar *clínica*, tomado aqui por um campo rigoroso onde técnica e experiência se entrelaçam, e sim *assistência*, onde a clínica propriamente dita se enlaça, mas que não está sozinha, achei pertinente evitar a importante diferenciação entre “dependência química”, termo preferencialmente usado pela psiquiatria (e que na minha concepção é violento, pois retira o sujeito do tratamento dele) e “toxicomania”, este sim, herança da psicanálise e que procura, por meio da construção de caso clínico, ter o sujeito como protagonista que se interroga pelo uso daquilo que usa, seja droga ou qualquer outra modalidade de repetição.

Neste sentido, optei por chamar de “usuário” aquele que faz algum uso da assistência que recebe nos CAPS AD, cenários de pesquisa que realizei. É interessante notar que este termo não o protege de preconceitos, muito pelo contrário. Em algumas entrevistas, escutei: *ah, mas aquele fulano nem tem bala na agulha para ser chamado de usuário, ele é mais como a gente mesmo, e se faz de coitado para vir aqui tomar um banho, comer alguma coisa, a gente sabe, mas faz vista grossa*. Foi impressionante notar que muitas vezes a palavra usuário se deita por cima da palavra drogado, mas uma não consegue esconder a outra.

Para pesquisar a violência, optei por tomar cuidado para não a procurar em excesso nas entrevistas. Esta ponderação veio dos orientadores e foi pertinente, na medida em que procurar a violência no sentido desta pesquisa é justamente dar a ela chances de desaparecer das falas. Isto ficou claro: cada vez que eu deixava transparecer qualquer desejo de esmiuçar este ponto, os trabalhadores se refugiavam em frases de senso comum, onde reinavam o discurso politicamente correto de ética e respeito ao vulnerável. É preciso assinalar o quanto existem trabalhadores com concepções pouco afetadas por um discurso social de exclusão e percebi que a

maioria deles exibe uma tradição clínica em seu trabalho, e de certa forma, demonstraram estar atentos também ao próprio desejo de curar, resolver, extirpar causas de sofrimento alheio, no sentido de saberem que cuidar de alguém não passa por “resolver” problemas intersetoriais gigantescos para tranquilizar a sociedade.

Infelizmente, a violência que procurava foi encontrada.

Seria precipitado e ingênuo afirmar: “os trabalhadores da saúde mental praticam violência com usuários de drogas”, porque na verdade a violência encontrada, os medos, as incertezas, a associação direta com atos delituosos, a culpabilização da família e *pela* família, a sempre presente moralidade e tantos outros aspectos, não foram engendrados no cerne das equipes que trabalham no cotidiano da assistência. Como pude perceber, e esta era a hipótese, trata-se de uma *repetição* das ruas, da mídia, enfim, do tecido social.

Para efeito de me localizar, conversei com pessoas aleatoriamente, de maneira informal, procurando levantar os principais pontos que o questionário desta pesquisa buscava elucidar. Não foi surpreendente a coincidência de posições nestas conversas com os achados das entrevistas: muitas vezes, as afirmações foram *literalmente* as mesmas.

No momento do meticoloso trabalho das transcrições, no refinamento que as revisões me exigiram e na análise ponderada das entrevistas, um dado novo se repetia na fala de alguns dos trabalhadores. Esses diziam, ao final das entrevistas, o quanto essa experiência se constituiu um instante de reflexão sobre sua prática. Para além disso, o quanto esse encontro produziu indagações, que na opinião deles eram muito pertinentes e que deveriam urgentemente serem levadas para aqueles serviços nas reuniões de equipe. Muitas respostas foram construídas a partir de lembranças de alguma conduta que outro colega do trabalho adotou onde se confirmava a violência aqui pesquisada ou até a recordação de exemplos de enfrentamentos da violência moral que aconteceram naquele serviço. O momento da entrevista se constituiu para alguns trabalhadores como variadas possibilidades: espaço para se lançar um outro olhar acerca das práticas assistenciais assumidas por cada um deles, rever os caminhos que aquele serviço estava tomando ou até mesmo para refletirem sobre o fato de que talvez muitas de suas expectativas militantes estejam desatualizadas em relação às necessidades contemporâneas do usuário de drogas.

Acredito que esse momento de interlocução a partir das entrevistas produziu em certos trabalhadores alguns efeitos que podem ser potencializados ao se criar, por

exemplo, momentos de roda de conversa nos serviços entre todos aqueles que os compõem. Esta é uma contribuição que deixo nesta pesquisa: a promoção de espaços vivos de conversa (e menos de “capacitação”, no sentido de termos “o que ensinar” sobre isso). Fica claro para mim que os problemas encontrados não são, de forma alguma, de *informação técnica*, mas muito antes, de concepção, ou como quer Moscovici de “Representação Social”. Constituir espaços de diálogo orientados pelas premissas da lógica da redução de danos que prima pelo cuidado e respeito por cada um que encontra na droga, seu modo de resposta aos impasses do mal-estar subjetivo, pode inaugurar nos serviços um local de mudanças. Concepções morais, abordagem familiar e relação entre usuário e violência urbana podem ser objetos vivos de conversação livre, onde se possa dar ao trabalhador, a um mesmo tempo, uma chance de expor suas dificuldades e de diluir aquilo que entra pela porta da frente: a resistência da sociedade em tolerar o universo que cerca o mundo das drogas. Este movimento, além de tudo, pode ser especialmente acolhedor para a própria equipe, que possivelmente poderá fazer uma reflexão sem transmitir estas concepções diretamente ao discurso segregador que impõe práticas de exclusão social no âmbito assistencial.

Neste sentido, acredito que esta pesquisa não quis julgar nem condenar ninguém. No entanto, não podemos também negar a força silenciosa que as representações sociais possuem em estar presentes sem se fazerem notar. Se queremos todos que os campos da saúde mental e a assistência ao usuário de drogas não sejam diminuídos por uma política reducionista onde a abstinência e as soluções fáceis ocupem a complexidade do lugar da droga para cada um, precisamos estar atentos às nuances de violência discursiva que se traduzem em práticas violentas de assistência, porque apesar de não termos pesquisado exatamente os efeitos dessas ideias sobre o tratamento de cada um, podemos inferir os danos para o cotidiano difícil dos trabalhadores e usuários.

Espero sinceramente ter contribuído para evidenciar estes fatos. Não foi uma experiência fácil. Afinal, constatar que o usuário de drogas muitas vezes não consegue um espaço assistencial menos atravessado de preconceitos médicos e sociais é preocupante. Muito se fala dos atravessamentos duros que a internação psiquiátrica em hospital pode causar ao usuário de drogas, principalmente a partir da precariedade de trocas sociais na condição de asilamento. Entretanto, um dos argumentos para a ampliação de leitos psiquiátricos hospitalares e a incorporação das

comunidades terapêuticas ao âmbito do SUS é a falta de dados gerados pelos serviços substitutivos e a ideia (pouco ou nada pesquisada e, portanto, sem bases convincentes) de que há uma precariedade na assistência substitutiva em saúde mental, seja por falta de formação, seja por falta de recursos. Trabalhos como o meu pretendem reforçar o modelo antimanicomial e legitimar o trabalhador de serviço substitutivo como agente de avanço desta política, desta clínica e desta práxis. É nisto que eu acredito e é isto que vou continuar buscando, como trabalhador da saúde mental neste país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADORNO, Rubens de Camargo Ferreira. Uso de álcool e drogas e contextos sociais da violência. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, art. 1, p. 01-10, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38662/41509>>. Acesso em: 3 maio 2018.

ARBEX, D. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial. 2011.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, Francisco Inácio et al. O Não-dito da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 90-96, jan./mar. 1993. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v9n1/10.pdf>>. Acesso em: 3 abril 2018.

BATISTA, Nilo. Política criminal com derramamento de sangue. In.: **Revista Discursos Sediciosos: Crime, Direito e Sociedade**. v 5/6. Instituto Carioca de Criminologia. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1998, p. 77-94.

BECKER, H. **Uma teoria da ação coletiva**. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

BIRMAN, Joel. Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade. **Ágora: estudos em teoria psicanalítica**, Rio de Janeiro. v. 17, n. spe, p. 23-37, ago. 2014. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/agora/v17nspe/03.pdf>>. Acesso em: 3 abril 2018.

BOITEUX, Luciana et al. (Org.). **Tráfico de drogas e Constituição**. Rio de Janeiro: UFRJ/UnB, 2009 (Série Pensando o Direito). Disponível em: <http://pensando.mj.gov.br/wp-content/uploads/2015/07/01Pensando_Direito3.pdf>. Acesso em: 3 abril 2018.

BOITEUX, Luciana; PÁDUA, João Pedro. **A desproporcionalidade da lei de drogas: os custos humanos e econômicos da atual política do Brasil**. Rio de Janeiro: CEDD, 2013. Disponível: <http://www.drogasyderecho.org/publicaciones/prop_del/proporcionalidad-brasil.pdf>. Acesso em: 3 abril 2018.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. **Atlas da Violência 2016**. Brasília: IPEA, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_atencao_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 3 abril 2018.

BRASIL. Portaria GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. In:BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva, Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em saúde mental: 1990-2004**. 5 ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. p. 125-136.

Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/legislacao_saude_mental_1990_2004_5ed.pdf>. Acesso em: 3 abril 2018.

BRASIL. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 out. 2004b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html>. Acesso em: 15 abril 2018.

BRASIL. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 23 dez. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 15 abril 2018.

BRUSAMARELLO, Tatiana et al. Consumo de drogas: concepções de familiares de estudantes em idade escolar. **SMAD - Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 1, art. 3, p. 01-19, fev. 2008. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/smad/article/view/38664/41511>>. Acesso em: 3 abril 2018.

BUCHER, Richard; OLIVEIRA, Sandra R. M. O discurso do “combate às drogas” e suas ideologias. **Revista Saúde Pública**, v. 28, n. 2, p. 137-145. abr. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n2/08.pdf>>. Acesso em: 3 abril 2018.

CALASSA, Glacy Daiane Barbosa et al. Redução de danos na visão dos profissionais que atuam no CAPS AD II do Distrito Federal. **Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, p. 177-187, dez. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psipesq/v9n2/v9n2a08.pdf>>. Acesso em: 15 abril 2018.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002. Disponível em: <http://www.cebrid.epm.br/levantamento_brasil/parte_1.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

CARLINI, E. A. et al. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2006. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2014/10/II-Levantamento-Domiciliar-sobre-o-Uso-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-no-Brasil.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

CARLINI, E. A. et al. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID/UNIFESP/SENAD, 2010. Disponível em: <<http://www.cebrid.com.br/wp-content/uploads/2012/10/VI-Levantamento-Nacional-sobre-o-Consumo-de-Drogas-Psicotr%C3%B3picas-entre-Estudantes-do-Ensino-Fundamental-e-M%C3%A9dio>>

das-Redes-P%C3%BAblica-e-Privada-de-Ensino-nas-27-Capitais-Brasileiras.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

CARVALHO, Jonatas C. de. **A produção de leis e normas sobre drogas no Brasil: a governabilidade da criminalização**. Disponível em: <https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/carvalho_leis_normas_drogas_brasil_leddes.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

CARVALHO, S. **A política criminal de drogas no Brasil: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06**. 5. ed., ampl. e atual. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2010.

CAVALCANTE, Tânia Maria. **O médico e suas representações sobre tabagismo, fumante e cessação de fumar**. 2001. 224f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4748>>. Acesso em: 3 maio 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. Departamento de Monitoramento e Fiscalização do Sistema Carcerário e do Sistema de Execução de Medidas Socioeducativas. **Novo diagnóstico de pessoas presas no Brasil**. Brasília: CNJ, 2014. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/images/imprensa/diagnostico_de_pessoas_presas_correcao.pdf>. Acesso em: 03 maio 2018.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Violência e saúde mental: os termos do debate. **O Social em Questão**, ano XV, n. 28, p. 187-198, 2012. Disponível em: <<http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/9artigo.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

ESCOHOTADO, Antônio. **História elementar das drogas**. Tradução de José Colaço Barreiros. Lisboa: Antígona, 2004.

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos - CEBRAP**, n 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n92/n92a02.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

FORTE, Francisco Alexandre de Paiva. **A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”**: uma análise a partir do inc. XLIII do art. 5º da Constituição Federal. Dissertação (mestrado). 2010. 233f. Programa de pós-graduação stricto sensu, Mestrado em ordem jurídica constitucional, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010. Disponível em: <<http://www.dominiopublico.gov.br/download/teste/arqs/cp139387.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FREUD, Sigmund. O mal-estar na civilização. In: FREUD, Sigmund. **O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos**. Rio de Janeiro: IMAGO, 1996. v. 21, cap 2. (Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud).

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 2 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1978

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

KAUFMANN, E. F. (1989). Family therapy in substance abuse treatment (psychoactive substance use disorders - not alcoholic). In: **Treatment of Psychiatric Disorders: A Task Force**. American Psychiatric Association. Washington: p. 1397-1416.

LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

LABATE, Beatriz Caiuby; FIORE, Maurício; GOULART, Sandra Lucia. Introdução. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Org.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 23-38. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ufba/192/1/Drogas%20e%20Cultura.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

LEVISKY, David Léo. Uma gota de esperança. In: ALMEIDA, Maria da Graça Blaya (Org.). **A violência na sociedade contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. Disponível em: <<http://ebooks.pucrs.br/edipucrs/violencia.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

LINS, Mara Regina Soares Wanderley; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. Drogadição na contemporaneidade: pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 28, n. 62, p. 261-271, jul./set. 2010. Disponível em: <www2.pucpr.br/reol/index.php/PA?dd1=3727&dd99=pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

MACHADO, Ana Regina. **Uso prejudicial e dependência de álcool e outras drogas na agenda da saúde pública: um estudo sobre o processo de constituição da política pública de saúde do Brasil para usuários de álcool e outras drogas**. 2006. 151f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/ECJS-6Y7K78>>. Acesso em: 3 maio 2018.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 801-821, jul./set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v14n3/06.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados municípios. In: BASTOS, F.I.; MESQUITA, F.; MARQUES, L. F. (Org.). **Troca de seringas, drogas e AIDS: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 137-152.

MARQUES, Sergio Corrêa; OLIVEIRA, Denize Cristina de; GOMES, Antonio Marcos Tosoli. AIDS e representações sociais: uma análise comparativa entre subgrupos de trabalhadores. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 6, n. spe, p. 91-104, 2004. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v6nspe/v6nspea07.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

MATHEUS, Maria Clara Cassuli; FUSTINONI, Suzete Maria. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. São Paulo, Livraria Médica Paulista, 2006.

MEDEIROS, Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde e sociedade**, v. 23, n. 1, p. 105-117, mar. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00105.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

MELMAN, Jonas. **Família e Doença Mental: Repensando e relação entre profissionais de saúde e familiares**. São Paulo: Escrituras, 2001.

MESQUITA, F. Dar oportunidade de vida ao usuário de drogas injetáveis uma polêmica nacional. In: BASTOS, F I et al (orgs). **Troca de seringas: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p 101-112. MESQUITA, 1998

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: **Impactos da violência na saúde**. NJAINE, Kathie; ASSIS, Simone Gonçalves de; CONSTANTINO, Patrícia (Org). 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In: SOUSA Edinilsa Ramos (Org.). **Curso impactos da violência na saúde**. Rio de Janeiro: EAD/ENSP. 2010. p. 24-35.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/y9sxc/pdf/minayo-9788575413807.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro,

v. 14, n. 1, p. 35-42, jan-mar, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14n1/0123.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v4n3/v4n3a06.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018

MOREIRA, Antonia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina. **Estudos interdisciplinares de representação social**. 2 ed. Goiânia: AB Editora. 2000.

MOREIRA E ARAÚJO. Aspectos históricos da redução de danos. In: Niel, Marcelo; DA SILVEIRA. **Drogas e Redução de Danos: uma cartilha para profissionais de Saúde** (orgs). São Paulo, 2008.

MOSCOVICI, Serge. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, Serge. **La psychanalyse, son image et son public**. Paris: PressesUniversitaires de France, 1976.

MOSCOVICI, Serge. Notes towards a description of Social Representations. **European Journal of Social Psychology**, v. 18, n. 3, p. 211-250, jul. 1988. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ejsp.2420180303>>. Acesso em: 3 maio 2018.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. 404 p.

MOSCOVICI, Serge. The phenomenon of Social Representations. In FARR, Robert M.; MOSCOVICI, Serge (Ed.). **Social Representations**. Cambridge: Cambridge University Press, 1984. p. 3-69.

NASCIMENTO, Ari Bassi. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190, jan./abr. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000100021&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 3 maio 2018

NEUBERG, Steven L; SMITH, Dylan M.; ASHER, Terrilee. Why people stigmatize: toward a biocultural framework. In: HEATHERTON, Todd. F. et al. (Org.). **The Social Psychology of Stigma**. New York: The Guilford Press. 2003. p. 31-61

OLIVEIRA, Douglas Casarotto de. **Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação**. 2009. 153f. Dissertação (mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria. Disponível em: <<http://repositorio.ufsm.br/handle/1/6896>>. Acesso em: 3 maio 2018

OLMO, Rosa del. **A face oculta da droga**. Tradução de Teresa Ottoni. Rio de Janeiro: Revan, 1990.

PEDROSA, Raquel Lima; TEIXEIRA, Leônia Cavalcante. Psicanálise e construção do caso clínico: considerações sobre um dispositivo terapêutico. **Revista Subjetividades**, v. 15, n. 1, p. 76-83, abr. 2015. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rs/v15n1/09.pdf>>. Acesso em: 3 maio 2018.

POLLO-ARAUJO, Maria Alice. MOREIRA, Fernanda Gonçalves. Aspectos históricos da redução de danos. In: NIEL, Marcelo; SILVEIRA, Dartiu Xavier da (Org.). **Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde**. São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf>. Acesso em: 3 maio 2018.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Lisboa: Gradiva, 2002.

REACHERS, Sammis. **Cartazes contra as drogas, álcool e cigarros para você baixar e imprimir**. Arsenal do crente, 4 set. 2014. Disponível em: <<http://arsenaldocrente.blogspot.com.br/2014/09/cartazes-contras-drogas-alcool-e.html>>. Acesso em: 3 maio 2018.

REZENDE, M. M. **Curto-circuito familiar e drogas: Análise de relações familiares e suas implicações na farmacodependência** (2a ed.). Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1997.

RODRIGUES, Jeferson; BROGNOLI, Felipe Faria. Acolhimento no serviço de atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, Florianópolis, v. 6, n. 13, p. 61-74, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/download/3323/3937>>. Acesso em: 3 maio 2018.

ROSÁRIO, Ângela Buciano do. Considerações acerca do problema da violência no ethos contemporâneo. In: ROSÁRIO, Ângela Buciano do; KYRILLOS NETO, Fuad; MOREIRA, Jacqueline de Oliveira (Org.). **Faces da violência na contemporaneidade: sociedade e clínica**. Barbacena, MG: EdUEMG, 2011, p. 43-52.

SÁAD, A C. Tratamento para dependência de drogas: uma revisão da história e dos modelos. In: CRUZ, Marcelo Santos; FERREIRA, Salette Maria Barros (Org.). **Álcool e drogas: usos, dependências e tratamentos**. Rio de Janeiro: Ed. IPUB/CUCA, 2001, p. 11-32.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro dos et al. Violência institucional: vivências no cotidiano da equipe de enfermagem. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 84-90, jan-fev, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a13.pdf>>. Acesso em: 03 maio. 2018.

SANTOS, Jessica Adrielle Teixeira; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Journal of Nursing and Health**, Pelotas, v. 2, n. 1, p. 82-93, 2012.

SCHEERER, S. **Estabelecendo o controle sobre a cocaína (1910-1920)**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

SELIGMANN-SILVA, Edith. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ/Cortez Editora, 1994, 324 p.

SILVA, Rosimeire Aparecida. **Reforma psiquiátrica e redução de danos: um encontro intempestivo e decidido na construção política da clínica para sujeitos que se drogam**. 2015. 199f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2015. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/1843/BUBD-A8TMQE>>. Acesso em: 3 maio 2018.

SPOHR, Bianca; LEITÃO, Carolina; SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Caracterização dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na região da Grande Florianópolis. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 39, p. 219-236, abr. 2006. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/17997/16944>>. Acesso em: 3 maio 2018.

VIOLÊNCIA assusta e preocupa moradores do Rio há mais de 30 anos: Índices de criminalidade reduziram depois das UPPS. Mas a partir de 2013 começou uma escalada crescente da violência. **Jornal Nacional**, Rio de Janeiro, 17 fev. 2018. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2018/02/violencia-assusta-e-preocupa-moradores-do-rio-ha-mais-de-30-anos.html>>. Acesso em: 3 maio 2018.

ZIZEK, Slavoj. **Violência: seis reflexões laterais**. São Paulo, Boitempo, 2014.

ANEXO A – Reportagem publicada no endereço eletrônico do Jornal Nacional



Edição do dia 17/02/2018
17/02/2018 21h02 - Atualizado em 17/02/2018 21h02

Violência assusta e preocupa moradores do Rio há mais de 30 anos

Índices de criminalidade reduziram depois das UPPS. Mas a partir de 2013 começou uma escalada crescente da violência.



Há pelos menos três décadas, a população do Rio de Janeiro convive com a violência, ouve promessas e espera por uma solução.

Há mais de 30 anos, em julho de 1986, uma pesquisa perguntou à população do Rio: quais problemas deveriam receber mais atenção do governo? A violência ficou em primeiro lugar. Ano após ano, as autoridades sempre reconheceram que a situação era grave.

Rocinha, 1988. A imagem mostrada no vídeo foi o anúncio de dias difíceis. Salva de tiros para homenagear um bandido morto. A arma usada - um fuzil - até então, era pouco conhecida. O tráfico de drogas se espalhava pelas comunidades do Rio.

“Atuar no sentido de combater o crime e a violência, nas suas manifestações atuais, que está levando a insegurança a todos. Mas também, simultaneamente, cuidar das suas causas. Ou será uma guerra perdida. Nós temos que ir às raízes das suas causas”, disse Leonel Brizola, na época.

Grupos de extermínio, formados por policiais e ex-policiais, agiam principalmente, na Baixada Fluminense.

“O crime organizado, ele está muito bem armado, com fixação muito forte, em função de alguns anos da mais absoluta cumplicidade com as autoridades. Essa cumplicidade está rompida, como eu digo, disse antes e digo agora, custe o que custar. Nós não vamos permitir é que o crime organizado imponha seus padrões e seus costumes à população do Rio de Janeiro”, afirmou **Moreira Franco**, na época.

Os bandidos começaram a atirar com fuzil bem antes do que a polícia. E os governantes entenderam que o fuzil do tráfico deveria ser combatido com o fuzil da polícia. A PM começou a usar esse armamento nos anos de 1990.

Na época, o estado fez uma parceria com o Governo Federal para tentar reduzir principalmente o número de sequestros, com a ajuda das Forças Armadas. O trabalho chegou ao fim. E os bandidos organizavam comboios para roubar carros, para transportar armas e drogas.

“Cria-se uma nova sociedade dentro da sociedade com nova escala de valores, com nova disciplina. Você tem razão, que história é essa do traficante determinar que não abram as lojas porque um bandido deles foi morto, quer dizer, essas coisas realmente agridem a ordem social desejável para a sociedade formal, nossa”, disse **Marcello Alencar**, na época.

Nos anos 2000, bandidos atacavam postos de policiamento. E os bondes do tráfico continuavam aterrorizando a vida do carioca. A maior chacina da história do estado deixou 29 mortes. Policiais foram acusados do crime.

O Rio, que já tinha três facções criminosas, viu o avanço das milícias.

“Você vai sentir uma mudança de conceito, né. O policiamento ostensivo vai ser maior. Mas nós vamos tomar gradativamente todos os itens da criminalidade”, afirmou **Anthony Garotinho**, na época.

“Até então só se apagou incêndio. Hoje, o que nós estamos mais uma vez fazendo é criando ações emergenciais para combater uma situação que está ainda localizada”, declarou **Benedita**, na época.

“Nós não abrimos mão, não concordamos e não vamos negociar com bandido”, disse **Rosinha Matheus**, na época.

Três governadores e nenhuma solução. Em 2008, uma nova política de Segurança Pública foi criada no estado: as Unidades de Polícia Pacificadora.

“As pessoas que estão trabalhando aqui fazerem disso um grande laboratório. O Dona Marta será um caso exemplar para que possa ser reproduzido. É passo a passo, de maneira responsável, sem oba-oba, e com muita seriedade”, afirmou **Sérgio Cabral**, na época.

Os índices de criminalidade diminuíram. Mas a partir de 2013 começou uma escalada da violência.

“O que me preocupa muito é o tráfico voltar. Tentar voltar. E o que preciso for para fazer, como nós fizemos lá, prendemos os bandidos, aprendemos armamentos, a gente vai continuar a fazer. É um enfrentamento muito duro, mas a gente tem priorizado a segurança pública”, declarou **Luiz Fernando Pezão**, em 2016.

O tráfico voltou. O dinheiro acabou. Trinta anos não foram suficientes para se encontrar soluções.

ANEXO B-**FACULDADE DE MEDICINA - UFMG - DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA****Parecer do Projeto 34/2017**

Título: “Análise das representações sociais dos trabalhadores da saúde mental dos centros de atenção psicossocial álcool e drogas (caps-ad) acerca do uso de drogas em usuários atendidos nestes serviços”

Pesquisadores: Cristiane de Freitas Cunha e Carlos Alberto Pereira Pinto

HISTÓRICO:

Existem novas relações entre o ser humano e as substâncias psicoativas, sendo possível atualmente constatar a associação entre uso de drogas e atos violentos.

Dentre as várias frentes político-assistenciais do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, um dispositivo de enfrentamento chama a atenção por trazer em seu cerne a busca pelo atendimento humanizado à dependência química: o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). O modelo de CAPS-AD difere completamente do modelo manicomial hegemônico e vigente em várias clínicas de reabilitação e comunidades terapêuticas. *As alternativas não são impostas, mas são desenvolvidas com a participação ativa da população beneficiária da intervenção.* O CAPS-AD deveria ser um dispositivo de inclusão, minimizando os efeitos violentos da relação entre o toxicômano e a sociedade. Porém, nem sempre os locais de tratamento, como o CAPS-AD, conseguem implantar uma lógica clínica em detrimento a um julgamento moral.

Esta pesquisa tem a finalidade de investigar e analisar as representações sociais construídas pelos trabalhadores acerca dos usuários de drogas e contribuirá para ampliar o conhecimento atual, proporcionando um maior entendimento do fenômeno drogas na atualidade e do estigma relacionado ao usuário.

MÉRITO

É uma pesquisa relevante e de interesse para o meio acadêmico. Este projeto de pesquisa visa identificar e analisar as representações sociais construídas pelos trabalhadores acerca da imagem do usuário de álcool e outras drogas em tratamento dentro de dispositivos do tipo CAPS-AD

Projeto

O projeto enviado para o Departamento de Pediatria foi elaborado, de acordo com as Normas Internas do Departamento de Pediatria referentes à análise de Projetos de Ensino, Pesquisa e Extensão e emissão de pareceres. O projeto está claro e não há dúvidas em relação ao desenho do estudo, objetivos, justificativa e métodos.

Para a coleta de dados será utilizada entrevista semi-estruturada com 12 trabalhadores dos serviços CAPS-AD da região metropolitana (Betim, Contagem e Belo Horizonte).

TCLE

A formatação do termo de consentimento livre esclarecido foi adequada para melhor leitura. O texto do TCLE está escrito de forma clara e de fácil entendimento para o público leigo.

VOTO: SMJ, sou pela aprovação.


 Profa. Maria do Carmo Barros de Melo
 Chefe do Departamento de Pediatria
 Faculdade de Medicina - UFMG

APROVADO EM REUNIÃO DE
 CÂMARA DEPARTAMENTAL
 30 / 11 / 2017

ANEXO C- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) senhor (a)

Você está sendo convidado (a) como voluntária (a) a participar deste projeto de pesquisa qualitativa intitulada “ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS TRABALHADORES DA SAÚDE MENTAL DOS CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÁLCOOL E DROGAS (CAPS AD) ACERCA DO USO DE DROGAS EM USUÁRIOS ATENDIDOS NESTES SERVIÇOS”, que discorre sobre as representações sociais que cercam os usuários de álcool e outras drogas na perspectiva dos trabalhadores dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) e está sendo desenvolvida por Carlos Alberto Pereira Pinto, mestrando pelo Programa de Mestrado Profissional em Promoção de Saúde e Prevenção de Violência da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais sob a orientação da professora Cristiane de Freitas Cunha e coorientação do professor Renato Diniz Silveira.

OBJETIVO, JUSTIFICATIVA E PROCEDIMENTOS

O objetivo desse estudo é conhecer as representações sociais presentes nos trabalhadores do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS AD) deste município acerca da temática drogas. A finalidade deste estudo é ampliar o conhecimento atual sobre drogas, fomentando as reflexões e estudos existentes atualmente nesta questão. O seu benefício ao participar desta pesquisa será contribuir para o fornecimento de dados científicos para os órgãos públicos e o meio acadêmico, com o intuito de contribuir em um maior entendimento do fenômeno drogas na atualidade e na superação do estigma que perpassa o usuário.

Solicitamos a sua colaboração para responder a uma entrevista semiestruturada, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos na área da saúde e publicar em revistas científicas.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido (a) sobre este projeto de ensino em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades do pesquisador. A sua participação é voluntária e a recusa a qualquer momento da entrevista ou desta pesquisa não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido no mais rigoroso sigilo. Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a). Informamos que esta pesquisa pode oferecer o risco previsível de algum desconforto no decorrer da entrevista **pele tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor dos questionamentos, nestes casos, o (a) senhor (a) poderá escolher não responder as perguntas ou até interromper a entrevista.** O pesquisador estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Além disso, caso surjam dúvidas acerca deste projeto de pesquisa ou sobre as questões éticas relacionadas, o Comitê de Ética poderá ser acionado no endereço e telefone que constam abaixo. Será entregue no final desta entrevista uma via deste termo para o(a) senhor(a).

Declaro que concordo em participar dessa pesquisa, recebi uma via assinada deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome

Assinatura do participante

Local e data

Nome

Assinatura do pesquisador

Local e data

Carlos Alberto Pereira Pinto- E-mail: carlos_app@hotmail.com
Avenida Brasil, 1831. Sala: 1003. Funcionários. Belo Horizonte. (31) 98704-4540.

COEP: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627. Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31270-901. Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005
Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br