

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Alex Barcelos Monaiar

**AUTONOMIA E USO DE DROGAS: SABERES NECESSÁRIOS A UMA
ÉTICA DO CUIDADO**

Santa Maria, RS
2017

Alex Barcelos Monaiar

**AUTONOMIA E USO DE DROGAS: SABERES NECESSÁRIOS A UMA ÉTICA DO
CUIDADO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Adriane Roso

Santa Maria, RS
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo autor.

BARCELOS MONAIAR, ALEX

AUTONOMIA E USO DE DROGAS: SABERES NECESSÁRIOS A UMA
ÉTICA DO CUIDADO / ALEX BARCELOS MONAIAR - 2017.

118 p.; 30 cm

Orientadora: ADRIANE ROSO

Co-orientadora: LIANE BEATRIZ RIGHI

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências Sociais e Humanas, Programa de
Pós-Graduação em Psicologia, RS, 2017

1. PSICOLOGIA 2. PSICOLOGIA SOCIAL 3. AUTONOMIA 4. DROGAS
5. INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA I. ROSO, ADRIANE II. BEATRIZ
RIGHI, LIANE III. Título.

Alex Barcelos Monaiar

AUTONOMIA E USO DE DROGAS: SABERES NECESSÁRIOS A UMA ÉTICA DO CUIDADO

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Psicologia**.

Aprovado em 21 de dezembro de 2017:

Adriane Roso, Dra. (UFSM)
(Presidenta/ Orientadora)

Liane Beatriz Righi, Dra. (UFSM)
(Co-orientadora)

Marília De Nardin Budó, Dra. (IMED)

Guilherme Carlos Corrêa, Dr. (UFSM)

Santa Maria, RS
2017

RESUMO

AUTONOMIA E USO DE DROGAS: SABERES NECESSÁRIOS A UMA ÉTICA DO CUIDADO

AUTOR: Alex Barcelos Monaiar;
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriane Roso;

Esta dissertação trata de uma reflexão sobre o desenvolvimento e exercício de autonomia, na perspectiva de Paulo Freire. Está inserida no contexto de um projeto maior chamado “PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória”. Tivemos como objetivo analisar o desenvolvimento e exercício da autonomia na relação com as drogas considerando os conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade para pensar uma ética de cuidado frente à internação compulsória. Os objetivos específicos foram: identificar os tensionamentos produzidos pelo exercício de autonomia, autoridade e liberdade em ações dialógicas de educação e saúde na perspectiva da Redução de Danos; construir relatos de experiência com pessoas que usaram crack e passaram por internação compulsória; estabelecer elementos para uma ética como instância crítica na perspectiva freireana de ética universal do ser humano em diálogo com as políticas do SUS de Humanização e Redução de Danos. Trata-se de uma pesquisa com delineamento qualitativo em que se utilizou das técnicas de Diário de Campo, Oficinas e Entrevista Narrativa. Tomando como base a Psicologia Social Crítica, dialogamos com autores que estudam e pesquisam sobre saúde, drogas e comunicação. No que se refere à interpretação das experiências de oficinas sobre drogas nas escolas ocupadas, construímos as antinomias “Entre Autoridade e Liberdade: tensões no acesso às drogas/escolas” e “Morte e Vida: quais drogas produzem uma ou outra”, como expressão de um complexo de imagens e ideias em que se ancoram hegemonicamente as representações de drogas nos marcos do paradigma proibicionista da Guerra-às-Drogas. A análise do relato de internação compulsória foi construída considerando a moradia como um dos elementos centrais da promoção de autonomia no âmbito das políticas de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), apontando para a dialogicidade e a busca do equilíbrio nas relações de autoridade e liberdade como condição para exercício de autonomia. Concluímos que na análise das relações de autoridade e liberdade tensionadas pelos processos de IC, pode-se encontrar uma autonomia prática do senso comum oscilando entre cuidado e controle, “*autoritarismo*” e “*licenciosidade*”, sendo a dialogicidade e o respeito mútuo, condições para o exercício de autonomia numa perspectiva ética do cuidado.

Palavras-chave: Psicologia; Psicologia Social; Autonomia; Drogas; Internação Compulsória;

RESUMEN

AUTONOMÍA E USO DE DROGAS: SABERES NECESARIOS A UNA ÉTICA DEL CUIDADO

AUTOR: Alex Barcelos Monaiar;
Orientadora: Prof^{ra}. Dr^a. Adriane Roso;

Esta disertación trata de una reflexión sobre el desarrollo y el ejercicio de autonomía, en la perspectiva de Paulo Freire. Se inserta en el contexto de un proyecto mayor llamado "PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória". Hemos tenido como objetivo analizar el desarrollo y ejercicio de la autonomía en la relación con las drogas considerando los conceptos freireanos de autonomía, autoridad y libertad para pensar una ética de cuidado frente al internamiento compulsivo (IC). Los objetivos específicos fueron: identificar los tensos producidos por el ejercicio de autonomía, autoridad y libertad en acciones dialógicas de educación y salud en la perspectiva de la Reducción de Daños; construir relatos de experiencia con personas que usaron crack y pasaron por internamiento compulsivo; establecer elementos para una ética como instancia crítica en la perspectiva freireana de ética universal del ser humano en diálogo con las políticas del SUS de Humanización y Reducción de Daños; Se trata de una investigación con delineamiento cualitativo en que se utilizó de las técnicas de Diario de Campo, Talleres y Entrevista Narrativa. Tomando como base la Psicología Social Crítica, dialogamos con autores que estudian e investigan sobre salud, drogas y comunicación. En lo que se refiere a la interpretación de las experiencias de talleres sobre drogas en las escuelas ocupadas, construimos las antinomias "entre Autoridad y Libertad: tensiones en el acceso a las drogas / escuelas" y "Muerte y Vida: qué drogas producen una u otra", como expresión de "un complejo de imágenes e ideas en que se anclan hegemónicamente las representaciones de drogas en los marcos del paradigma prohibicionista de la Guerra contra las Drogas. El análisis del relato de internamiento compulsivo fue construido considerando la vivienda como uno de los elementos centrales de la promoción de autonomía en el ámbito de las políticas de desinstitutionalización de la Red de Atención Psicosocial (RAPS), apuntando a la dialogicidad y la búsqueda del equilibrio en las relaciones de autoridad y libertad como condición para el ejercicio de autonomía. Concluimos que en el análisis de las relaciones de autoridad y libertad tensadas por los procesos de IC, se puede encontrar una autonomía práctica del sentido común oscilando entre cuidado y control, "autoritarismo" y "licenciosidad", siendo la dialogicidad y el respeto mutuo, condiciones para el ejercicio de autonomía en una perspectiva ética del cuidado.

Palabras clave: Psicología; Psicología Social; Autonomía; Drogas; Internamiento Compulsivo;

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Método e Cronograma da oficina com descrição das atividades	57
Quadro 2	- Perguntas escritas nos papéis ao final da oficina sobre drogas na escola Augusto Ruschi	62

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Ocupação Augusto Ruschi. Foto: Maiquel Rosauro	51
Figura 2	- Instituto de Educação Olavo Bilac ocupado. Foto: Maiquel Rosauro	55

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	9
2	PRESSUPOSTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS	14
2.1	PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA	14
2.2	GUERRA-ÀS-DROGAS – UM FENÔMENO IDEOLÓGICO	18
2.3	INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	23
2.4	ÉTICA CRÍTICA, ÉTICA UNIVERSAL DO SER HUMANO E HUMANIZAÇÃO	33
3	MÉTODO	39
3.1	DIÁRIO DE CAMPO	39
3.2	OFICINAS	39
3.3	ENTREVISTA NARRATIVA COMO RELATO DE EXPERIÊNCIA	40
4	ASPECTOS ÉTICOS	43
5	OFICINAS SOBRE DROGAS EM ESCOLAS OCUPADAS – EXERCÍCIOS DE AUTONOMIA, AUTORIDADE E LIBERDADE	45
5.1	A OCUPAÇÃO DE ESCOLAS E AS ESCOLAS OCUPADAS: CONSTRUÇÃO DAS OFICINAS	48
5.1.1	Ocupação do Colégio Estadual Augusto Ruschi	49
5.1.2	Ocupação do Instituto de Educação Olavo Bilac	54
5.2	MÉTODO DAS OFICINAS	56
5.3	RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS OFICINAS	58
5.3.1	Resultado da oficina no Colégio Augusto Ruschi	58
5.3.2	Resultado da oficina no Instituto de Educação Olavo Bilac	61
5.3.3	Análise e discussão	63
5.3.3.1	<i>Entre autoridade e liberdade: tensões no acesso às drogas/escolas</i>	65
5.3.3.2	<i>Morte e Vida: quais drogas produzem uma e/ou outra?</i>	71
5.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
6	DESENVOLVIMENTO E EXERCÍCIO DE AUTONOMIA EM UM RELATO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: O CASO DE CECÍLIA	77
6.1	TRAJETO DA INVESTIGAÇÃO	79
6.1.1	4ª Coordenadoria Regional de Saúde	79
6.1.2	Narcóticos Anônimos: primeira aproximação	80
6.2	RELATO DE CECÍLIA	84
6.2.1	Relações com as drogas	86
6.2.2	Relações familiares	90
6.2.3	1ª Internação compulsória	93
6.2.4	Comunidade Terapêutica	93
6.2.5	Recuperação em casa e na rua	94
6.2.6	2ª e 3ª Internações compulsórias	96
6.3	A MORADIA E SUAS INTER-RELAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO EXERCÍCIO DE AUTONOMIA	98
6.4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
7	CONCLUSÕES	108
	REFERÊNCIAS	111
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	118

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação trata de uma reflexão sobre o desenvolvimento e exercício de autonomia, na perspectiva de Paulo Freire, construída a partir de oficinas sobre drogas desenvolvidas em escolas ocupadas e uma entrevista com uma pessoa que usava drogas e passou por experiências de internação compulsória. Está inserida no contexto de um projeto maior chamado “PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória”. O referido projeto está registrado no GAP/CCSH sob o nº 037622, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM (CAAE: 31747214.7.0000.5346) e conta com apoio da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde e do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Tivemos como objetivo analisar o desenvolvimento e exercício da autonomia na relação com as drogas considerando os conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade para pensar uma ética de cuidado frente à internação compulsória. Para isso, construímos uma pesquisa que contemplasse uma interface entre ações de educação e saúde para produção de uma reflexão sobre autonomia na perspectiva freireana em diálogo com políticas públicas do SUS para pessoas que usam álcool e outras drogas. Mais ainda, produzimos essa reflexão a partir dos diálogos com os e as participantes da pesquisa.

A dissertação está dividida em três partes: a) pressupostos teórico-metodológicos; b) oficinas sobre drogas em escolas ocupadas: exercícios de autonomia, autoridade e liberdade; c) desenvolvimento e exercício de autonomia em um relato de internação compulsória: o caso de Cecília.

Sobre os pressupostos teórico-metodológicos: abordaremos o campo da Psicologia Social Crítica e seus pressupostos éticos para pensar nosso objeto e nossas práticas de pesquisa, especificamente no campo da saúde, em que, além da análise das relações de poder no nível macro e micro, é preciso construir/exercer uma ética do cuidado; tomamos a Guerra-às-Drogas como fenômeno ideológico para analisar, no nível macro, as relações de poder envolvidas na questão das drogas; trazemos a internação compulsória como medida de segurança e sua persistência nos modelos de atenção à saúde mental, mesmo após a Reforma Psiquiátrica, assim como pesquisas recentes sobre o modus operandi desse dispositivo nos municípios de Santa Maria - RS e Gravataí - RS a partir de processos de IC; por fim, partimos da ética universal do ser humano de Paulo Freire e da ética como instância crítica de Guareschi para pensar uma ética do cuidado na relação com os outros, com si e com o mundo, ou seja, uma relação de

humanização, estabelecendo um diálogo entre a humanização de Freire e a humanização no SUS.

Sobre as motivações da segunda parte: nos meses de junho e julho de 2016, o movimento de ocupação de escolas por estudantes secundaristas em meio à greve dos educadores estaduais chamou nossa atenção como um exercício de autonomia e participação política. Entendendo que nossas pesquisas e o conhecimento produzido na academia precisam estar em constante diálogo com a comunidade, em especial com os grupos minoritários que se põem em luta para transformação de realidades injustas, resolvemos oferecer alguma forma de apoio a esse movimento de estudantes.

Quando tomamos conhecimento da demanda por realização de oficinas, contatamos as escolas Augusto Ruschi e Olavo Bilac para oferecer uma oficina sobre drogas. Assim que, no contexto do Projeto PROCUIDADO, desenvolvemos um projeto de extensão denominado “Dialogando sobre drogas: saberes e (des)construções” onde foram realizados espaços de diálogo sobre drogas, na modalidade de oficinas, nessas duas escolas públicas de Santa Maria. Utilizamos a técnica de Oficinas com anotações em Diário de Campo. Os resultados dessas oficinas e as reflexões produzidas constituem a segunda parte desta dissertação.

Essa parte está estruturada da seguinte maneira: primeiro faremos uma contextualização das ocupações estudantis, após relatarmos nossa aproximação das escolas ocupadas e como se deu a construção das oficinas, então serão expostos os resultados das oficinas nas duas escolas. Na última parte faremos uma análise dos tensionamentos produzidos pelas oficinas a partir das antinomias “Entre Autoridade e Liberdade: tensões no acesso às drogas/escolas” e “Morte e Vida: quais drogas produzem uma ou outra?”.

A terceira parte se refere a uma entrevista realizada com uma pessoa que usava drogas e passou por experiências de internação compulsória. Em recente pesquisa e dissertação realizada por Michele Piveta de Lara (2015), integrante do PROCUIDADO, nos processos de internação compulsória da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), percebemos que, no geral, o sujeito da internação não era escutado em praticamente nenhum momento. O projeto PROCUIDADO já previa a realização de entrevistas, no entanto, por questão de tempo, o trabalho de Lara (2015) dedicou-se à análise socioepidemiológica dos processos de internação compulsória. Os resultados dessa pesquisa foram muito importantes para uma compreensão mais ampla e detalhada do *modus operandi* das internações compulsórias na cidade de Santa Maria e região. O próximo passo era a realização das entrevistas, as quais um grupo

significativo de mestrandos e mestrandas integrantes do PROCUIDADO dedicaram-se a fazer a partir dos seus projetos de pesquisa e dissertação nos anos de 2015, 2016 e 2017.

Portanto, daí deriva a terceira parte desta dissertação: escutar pessoas que usavam drogas, com foco no crack, e que passaram por experiência de internação compulsória. Objetivamos compreender, por meio de seu relato de experiência, o desenvolvimento e exercício de sua autonomia no marco desse violento e controverso dispositivo de “cuidado” instituído há quase um século no Brasil e ainda presente nas atuais legislações de saúde mental. Utilizamos a técnica de Entrevista Narrativa para realização da entrevista e anotações no Diário de Campo para registro do percurso de pesquisa.

Essa parte está estruturada da seguinte maneira: inicialmente relataremos o trajeto da investigação que levou até o encontro da entrevista, destacando nesse trajeto a passagem pela 4ª CRS e grupo Narcótico Anônimos. Em seguida relataremos as experiências de Cecília a partir de uma reconstrução do seu relato com base nas categorias: relações com as drogas, relações familiares, internação compulsória, comunidade terapêutica e recuperação em casa e na rua. Após isso, faremos uma análise do desenvolvimento do exercício de autonomia de Cecília a partir da sua relação com a moradia, considerando esse um dos elementos centrais das políticas de desinstitucionalização.

A interpretação das experiências das oficinas e do relato de internação compulsória se deu com base nos conceitos de autonomia, autoridade e liberdade de Paulo Freire e numa perspectiva ético-crítica de cuidado da Psicologia Social Crítica. Também construímos um diálogo dessas duas ações, oficinas e relato de experiência de internação compulsória, com políticas públicas do SUS para atenção de usuários de álcool e outras drogas, com foco na Redução de Danos, Política Nacional de Humanização e Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Em relação à autonomia, percebemos a crescente presença do termo nas legislações de saúde mental e políticas de atenção às pessoas que usam drogas. Na lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), também conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, essa palavra não aparece. Na Portaria 3.088 de 2011 (BRASIL, 2011) que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), rede de atenção para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, a “*garantia da autonomia*” aparece em duas diretrizes junto do respeito aos direitos humanos, à liberdade das pessoas e desenvolvimento de ações no território; e em três componentes da rede, atenção básica, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial. “*Construção da autonomia*” pode ser visto também na Portaria 131 de 2012 sobre incentivo financeiro para serviços de atenção em regime residencial, incluídas aí as Comunidades Terapêuticas, assim como na

Portaria 3090 de 2011 sobre o funcionamento dos serviços residenciais terapêuticos. Também consta como um dos princípios do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas na lei 11.343 de 2006 (BRASIL, 2006), também conhecida como lei de drogas.

Inquietou-nos, portanto, esse crescente reconhecimento, ao mesmo tempo que permanecem vigentes, no nível normativo em algumas dessas leis e portarias, dispositivos de cerceamento da liberdade e autonomia como a internação compulsória de pessoas que usam drogas. Pensamos: que compreensão de autonomia está sendo desenvolvida por essas políticas públicas que permitam tamanha contradição? Como podem o judiciário e a psiquiatria determinarem que uma pessoa que usa drogas não tem o direito de decidir sobre o que é melhor para sua saúde, quando as mesmas leis e normas prezam pela construção da autonomia? Embora cada vez mais presente nas normas das políticas públicas de saúde mental, pouco ou nada se define sobre o que seria autonomia no âmbito dessas políticas, deixando esse “vazio” livre à interpretação e ação das mais diversas.

Um caminho para melhor entender esse fenômeno seria investigar o que os agentes públicos de saúde e do judiciário envolvidos nesse processo entendem por autonomia. No entanto, preferimos conversar com as pessoas que são objeto dessas políticas, tanto aquelas tidas como público alvo de políticas de prevenção, como aquelas de políticas mais específicas de atenção, como é o caso da internação compulsória.

Encontramos em Paulo Freire (1996, p. 4) uma compreensão crítica de autonomia “*fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia do educando*” e constituída a partir “*de experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade*” (p. 67) que nos ajudou a preencher esse “vazio” normativo. Não num sentido de autonomia para o outro, mas de autonomia para nós, seres humanos, seres inacabados, seres de história, condicionados, jamais determinados, em busca permanente de “*ser mais*”, de superar os condicionamentos da existência humana construindo uma práxis emancipatória. Trata-se de expulsar o que Freire (1996, p. 51) chama de “*sombra invasora*” que leva ao “*ser para outro*”, uma consciência constituída por elementos externos de coerção em que a pessoa se coloca como objeto das relações de dominação, “*sombra que, expulsa pelo oprimido, precisa de ser substituída por sua autonomia e sua responsabilidade*”.

Portanto, a autonomia em Freire (1996, p. 35) é relacional, “*é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros*”, se constrói na relação, é “*amadurecimento do ser para si, é processo, é vir a ser*”. Nesse sentido, assim como numa

“*educação bancária*”¹ a transferência de saber é uma ação vertical e autoritária, também a transferência de autonomia é uma ação vertical e autoritária que desrespeita os saberes do outro sobre sua saúde e as normas que constrói para sua vida. Portanto, dialogando com Freire, partimos do pressuposto que uma ação de internação compulsória desrespeita a liberdade da pessoa ao determinar sua internação em uma instituição para “construção de sua autonomia”, tornando-se uma prática de transferência de autonomia nos marcos de uma saúde bancária.

Boa leitura!

¹ Expressão utilizada por Freire para se referir a um modelo educativo pautado na transferência do saber, desconsiderando os saberes do outro, tratando-o como um recipiente vazio onde se pode despejar saberes prontos

2. PRESSUPOSTOS TEÓRICO METODOLÓGICOS

2.1 PSICOLOGIA SOCIAL CRÍTICA

A Psicologia Social Crítica e a “ética universal do ser humano” de Paulo Freire foram os guias teórico-metodológicos para a reflexão crítica e dialógica das ações e práticas de educação e saúde elaboradas nessa pesquisa, assim como pela escolha das técnicas utilizadas: Diário de Campo, Oficinas e Entrevista Narrativa.

Antes de falar da Psicologia Social Crítica, porém, façamos uma breve historicização da Psicologia Social. Por influência do positivismo, a psicologia social, em especial na sociedade estadunidense, desenvolveu-se em bases individuais e psicologizantes para explicar o ser humano. O movimento ao social deste tipo de psicologia, a despeito de outros tipos, se fez preservando fundamentos individuais e liberais importantes para a manutenção das relações de dominação capitalistas da época. Daí surgiram todo tipo de explicações dos fenômenos sociais a partir do indivíduo, é o outro lado da moeda da explicação do indivíduo pela estrutura. Esse tipo de Psicologia Social então prosperou enquanto ciência nas sociedades que compartilhavam da cosmovisão individual-liberal (por exemplo, Estados Unidos da América), desenvolvendo uma relação utilitária com o mercado e grupos dominantes para expandir-se para todas às áreas da vida social (FARR, 2013; GUARESCHI, 2008). Embora também houvesse nos EUA pesquisadores de uma Psicologia Social com bases sociológicas, a exemplo Erving Goffman, foi no continente europeu e na Rússia onde esse tipo de Psicologia Social ganhou mais força. Farr (2013, p. 153) pensa em duas razões plausíveis para essa diferença:

O individualismo não é um valor cultural tão forte na Rússia como é nos Estados Unidos. A linguagem, na história da psicologia russa, é um fenômeno explicitamente social. Isto desde Vygotsky, passando por Wundt e Humboldt, Herde e Hegel (Marková, 1983). [...] Nos lugares onde Hegel é considerado um antecessor no estudo da linguagem, como na Rússia por exemplo, a psicologia é mais social do que onde Descartes é o antecessor.

Para Farr (2013, p. 154), “a separação das disciplinas de origem, psicologia e sociologia, foi o prelúdio do desenvolvimento de formas de psicologia social dentro de cada uma delas”, constituindo duas formas de Psicologia Social que “tem pouco ou nada em comum, uma vez que só podem ser entendidas em relação a contextos diferentes”. Farr (idem) sugere uma analogia para melhor compreensão dessas diferenças e semelhanças, “são como diferentes espécies da mesma planta”. Em resumo, segundo Roso (2007)

a psicologia social psicológica está marcada por explicações centradas no indivíduo, em sua conduta e comportamento. Ao lado oposto disso, temos a psicologia social

sociológica, que se desvincula da perspectiva cartesiana e sugere a construção de um espaço de intersecção onde o indivíduo e a sociedade são vistos como relacionais e interdependentes (Farr, 1996, 2000). Baseados nessa forma, encontramos o construcionismo social, os estudos culturais e a teoria crítica.

Agora, podemos falar da Psicologia Social Crítica. O termo “crítica” provém do verbo grego *krinein*, que significa “julgar”, entendendo que sempre há ao menos dois modos de perceber um fenômeno. É uma Psicologia Social que além de estudar o mundo, as relações e os fenômenos sociais, desenvolve-se como uma crítica à Psicologia Social vigente, mantendo também uma postura crítica ante o próprio campo que constrói. A Psicologia Social estadunidense, tal qual a política externa imperialista desse país, logrou estender-se para a região latino-americana, e o Brasil em específico, até sofrer resistência e críticas por meados dos anos 70 (ALMEIDA, 2012). Desse movimento de resistência, em conjunto aos movimentos de resistência contra as ditaduras na América Latina, surge um movimento de crítica a uma Psicologia Social despolitizada, individualizante e importada, construindo-se as bases para uma Psicologia Social Crítica interessada no desenvolvimento do conhecimento e da profissão a partir das mazelas sociais vivenciadas pelos grupos mais vulneráveis da região latino-americana. Para Almeida (2012, p. 132)

o surgimento da psicologia social latino-americana deve muito às figuras ditatoriais instaladas em suas fronteiras, já que tanto a repressão das ditaduras quanto a imposição da hegemonia norte-americana impuseram a valorização do indivíduo em relação ao social. O individualismo é importante para ambas, porque sustenta a despolitização do social, como afirma Bourdieu (1998) em *Contrafogos*. Repressão e individualismo fizeram surgir, em contrapartida, uma psicologia social comprometida com a realidade social de nosso continente em contraposição ao movimento de despolitização.

Os pressupostos éticos dessa Psicologia Social Crítica são relacionais, comunitários e solidários: o Eu só existe na relação com o Outro; compartilhamos o mesmo mundo e somos responsáveis pelas relações que estabelecemos com ele, nos transformamos dialeticamente na relação eu-outro-mundo; o ser humano é entendido como único e singular e sua subjetividade, nem individual, nem liberal, mas comunitária e solidária. Desde essa ética nos percebemos e percebemos os outros no mundo. Desde essa ética olhamos o campo da saúde, necessariamente entendendo-a como coletiva, mas de uma coletividade que também somos parte: no momento da pesquisa, no fazer profissional, nas práticas cotidianas (GUARESCHI, 2012)

Roso (2007, p. 83) chama atenção para a importância da consciência no intuito de responsabilizar a Psicologia no campo da Saúde Coletiva, campo este também importante de se considerado quando investigamos as relações entre pessoas e o consumo de drogas. Para a autora, o desenvolvimento de um tipo de consciência está vinculado ao “*florescimento de*

determinado tipo de ética”. Considerando que “*tudo que uma pessoa faz passa pela consciência*”, e essa não é descolada da *ethos*, “*a consciência e o ethos ocorrem simultaneamente*”, assim, “*por essência, o mundo é relativo à consciência.*”. E se hoje vivemos em um mundo hegemônico pelo capitalismo neoliberal, seus valores de individualismo, determinismo e competitividade, articulados por meio de ideologias presentes em grande medida nos meios de comunicação de massa, impactam diretamente no *ethos* (modo de ser, costumes, caráter), nas relações estabelecidas no cotidiano e, por consequência, nos modos de produção de consciência. Nas palavras de Freire (1996), essa é uma “*ética de mercado*” que naturaliza o presente para manutenção do *status quo*. Portanto, segundo Roso (2007, p. 88), torna-se necessário para construção de uma Psicologia Social Crítica da Saúde, “*conscientizar*”, segundo a proposta de Freire, como

uma proposta dialógica no qual o psicólogo refaz, constantemente, seus atos cognoscentes, na cognoscibilidade da pessoa excluída. As pessoas, ao invés de serem recipiente dócil, devem ser investigadoras críticas, em diálogo com o psicólogo, investigador crítica também. Através da proposta dialógica, argumenta Guareschi (1973), tenta-se capturar sua *Weltanschauung*, sua visão de mundo. É um modo de ajudar as pessoas a preencherem sua vocação ontológica, engajar na construção da sociedade e ser orientadas para a mudança social, e substituir a consciência mágica por uma consciência mais crítica.

Nessa proposta de Psicologia Social Crítica da Saúde de Roso (2007, p. 89-92), dois aspectos são centrais para ação de Psicólogos Sociais nesse campo:

(a) análise das relações de poder imbricadas no campo da saúde, a nível macro e micro: a relação de pesquisador com o participante da pesquisa não pode ser somente como fonte, mas de propiciar que também seja analisador do processo investigado, o que implica tanto um respeito ao senso comum, como também “*desconfiar da sabedoria popular*”; a análise das relações de poder a nível macro implica a análise das condições sócio-históricas presentes no momento da pesquisa e o desvelamento da ideologia, na visão thompiana, como formas simbólicas que sustentam relações de dominação e impactam opiniões, crenças e compreensões; a nível micro Foucault pode auxiliar na compreensão de como os micropoderes atuam por meio de “*táticas e técnicas de dominação*” que fabricam sujeitos, indo além do estudo dos efeitos do poder a nível de instituições, necessitando um estudo do corpo e os efeitos sobre ele, é preciso “*dissecar as relações de poder e a produção de saberes sobre a doença e a saúde*;

(b) estímulo a uma ética do cuidado: sustentando-se numa ética crítica e propositiva que não se limita denunciar o que aí está, mas preocupa-se em anunciar caminhos possíveis para transformação de uma realidade injusta; é no respeito ao outro, seus saberes, sua história e sua

condição que funda-se essa ética, só possível de alcançar por meio do exercício da dialogicidade, tanto em relações de pesquisa como em relações de cuidado; a dimensão relacional dessa ética implica também o reconhecimento de “nós” nessa relação, afinal o mundo que vivemos e o mundo que investigamos é o mesmo, portanto a produção do conhecimento e do cuidado de si e do outro são indissociáveis, somos/nos tornamos eternamente responsáveis pelas relações que produzimos e estabelecemos com os outros e com o mundo;

Nessa perspectiva da Psicologia Social Crítica da Saúde, elaboraremos a seguir uma análise das relações de poder no nível macro no que se refere a temática das drogas, abordando a Guerra-às-Drogas como um fenômeno ideológico que perpassa instituições estatais, como órgãos de segurança, sistema judiciário, sistema de saúde, e não estatais, como os meios de comunicação de massa. Após, analisaremos mais especificamente no campo da saúde a historicidade da internação compulsória, sua persistência no campo da saúde mental mesmo após a Reforma Psiquiátrica e as características do uso desse dispositivo contra pessoas que usam drogas. E, por fim, propostas de éticas de Guareschi (2008) e Freire (1996)² como ética crítica, e uma combinação possível com as políticas públicas do SUS para Humanização e Redução de danos de modo a construir uma proposta ética de cuidado.

² A referência mais recorrente à essa obra de Freire de 1996, “Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa”, se dá por ser essas uma de suas últimas obras (Paulo Freire faleceu em 2 de maio de 1997), embora todas suas obras refiram a questão ética de maneira transversal à elaboração de enfoques específicos.

2.2 GUERRA-ÀS-DROGAS – UM FENÔMENO IDEOLÓGICO

O primeiro ponto a ser abordado é que drogas são objetos com os quais os seres humanos se relacionam e (re)produzem significados através dos discursos e das práticas cotidianas. Devendo ser considerado, nas interações cotidianas, a maneira com que social e historicamente os seres humanos têm produzido as relações entre si e o mundo comunicando-se por meio da linguagem e da cultura. Ainda, na perspectiva da Psicologia Social Crítica com que abordamos as relações da sociedade com as drogas, implica reconhecer o poder exercido pelos meios de comunicação de massa na (re)produção de ideologias, pois, como disse Moscocivi (1972), “o objeto central e exclusivo da Psicologia Social deveria ser o estudo de tudo o que se refere à *ideologia* e à *comunicação*” (p. 55). Portanto, entendemos essa como uma problemática essencialmente humana imersa em relações de poder e ideologias que visam justamente ocultar essa essência, de que estamos falando de pessoas, não somente de coisas.

A própria classificação “usuário de droga”, tão comum e difundida e que esconde uma ideologia que reduz o sujeito que usa ao objeto usado, daí porque preferimos a expressão “*pessoas que usam drogas*” (ROSO, 2013), pois como relação, ordenamento intrínseco de uma coisa em relação a outra, nem sujeito, nem droga, se reduz um ao outro, coexistem e condicionam-se em uma relação singular. Singular pois cada ser, cada corpo, cada subjetividade é única, e por isso mesmo os efeitos que advém do uso e da relação com uma droga também o serão. Mesmo que guardadas as características e efeitos comuns de uma determinada substância (crack, por exemplo) ou características e subjetividades comuns de um sujeito e corpo ideal (adolescentes, por exemplo), cada relação estabelecida é única e singular. Perdendo isto de vista é fácil de resvalar para categorizações totalizantes e ações prescritivas, anulando subjetividade e sujeito, ou superdimensionando a dimensão subjetiva a despeito da objetividade.

Objetivamente falando, convém analisar os usos de drogas pela população brasileira para saber o que tem de mito e o que tem realidade, por exemplo: existe uma “epidemia de crack”³? Dados obtidos nos Levantamentos Domiciliares sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (I e II), realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), em parceria com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), entre brasileiros com idade entre 12 e 65 anos, em cidades maiores que 200 mil habitantes, nos anos de 2001 e 2005, 8.589 e 7.939 entrevistados, respectivamente, apontam que a prevalência do

³ São inúmeras as referências nos meios de comunicação sobre haver uma “epidemia do crack”, uma delas está na própria manifestação do Conselho Federal de Medicina na matéria “**Orçamento federal para combate ao crack despreza “epidemia”, diz CFM**”, de 14/01/2014. Outra na matéria do R7, “**Epidemia de crack atinge dois milhões e coloca Brasil no topo do ranking de consumo da droga**”, de 29/05/2017.

uso de crack na vida em 2001, no Brasil era de 0,4% e 0,7% em 2005. Muito distante do álcool (68,7% e 74,6%), do tabaco (41,1% e 44%), da maconha (6,9% e 8,8%) e cocaína (2,3% e 2,9%), seguindo um padrão de aumento de consumo semelhante às principais drogas lícitas e ilícitas.

Ao considerarmos a faixa etária de 12 a 17 anos, que nestas pesquisas contaram com 1000 entrevistados/as em 2001 e 788 entrevistados/as em 2005, estes mesmos números em relação ao crack diminuem de 0,3% em 2001 para 0,1% em 2005. Em comparação, nesta mesma faixa etária, com outras drogas como álcool (48,3% em 2001 e 54,3% em 2005, sendo maior a prevalência nos homens que nas mulheres em todas faixas etárias nos dois levantamentos), tabaco (15,7% em 2001 e 15,2% em 2005), maconha (3,5% em 2001 e 4,1% em 2005, sendo semelhante o uso entre os sexos nesta faixa etária, e aumentando o uso no sexo masculino nas faixas etárias seguintes) e cocaína (0,5% em 2001 e 0,5% em 2005), apresentaram leve aumento no número de usuários, com exceção do tabaco. De qualquer forma, também na adolescência o uso de crack está longe de ser uma “epidemia”. Podemos concluir desses dados que: a) na faixa etária de 12 e 17 anos já existem relatos de uso das mais variadas drogas; (b) crack está longe de ser das drogas mais utilizadas, sendo o álcool e o tabaco as mais usadas na adolescência até a vida adulta (CEBRID, 2002; 2006).

As pesquisas ainda apontam: a) o pico da quantidade de usuários das mais diversas drogas na faixa etária da juventude (apesar de considerada a faixa 18-34 nos levantamentos, e a juventude ser hoje considerada de 15 a 29 anos), reduzindo o número de usuários de maneira geral após os 35 anos, excetuando-se o tabaco cujo número de usuários aumente após os 35 anos, já o número de usuários de álcool apesar de seguir a tendência de diminuição de usuários após esta idade, os que continuam usando aumentam a intensidade do uso; b) uma facilidade de acesso e convívio próximo às drogas na faixa de 12 a 17 anos, pouco mais da metade (54% [2001], 57,1% [2005]) dos entrevistados afirmaram ter muita facilidade em conseguir maconha, pouco menos da metade (37,8% [2001], 43,4% [2005]) em conseguir cocaína, e um pouco menos (28,9% [2001], 37,1% [2005]) em conseguir crack; c) 7,8% de adolescentes relataram ter sido abordados por pessoas querendo vender-lhes droga; e) um terço da população masculina de 12 a 17 anos, declarou já ter sido submetida a tratamento para dependência de droga (CEBRID, 2002; 2006).

Considerando os dados referidos, podemos inferir que falar sobre drogas no ambiente escolar não é falar de algo abstrato, já que muitos adolescentes em idade escolar usam ou tem facilidade de acesso às mais diversas drogas lícitas e ilícitas. Vejamos o que nos indicam os levantamentos nacionais sobre essa questão.

O 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, publicado em 2010, com 50.890 estudantes entrevistados em 900 escolas, aponta que nas escolas privadas, o uso de drogas na vida (30,7%), no ano (13,6%) e no mês (6,2%) são maiores do que nas escolas públicas (respectivamente, 24,2%, 9,9% e 5,3%). Invertendo esta relação quando se trata de uso pesado, sendo relatado por 1,2% dos estudantes da rede pública e por 0,8% da rede privada, considerou-se “*uso pesado*” na pesquisa utilização de droga psicotrópica vinte ou mais vezes nos trinta dias que antecederam a pesquisa. A pesquisa ainda apontou diferenças de gênero no uso de drogas, sendo “*maiores as chances de uso*” de drogas ilegais (cocaína, maconha, crack, etc.) por parte dos meninos, enquanto para as meninas “*têm sido mais freqüente o uso de medicamentos controlados sem receita médica*” como ansiolíticos e drogas lícitas para emagrecimento (CEBRID, 2010, p.13).

Apesar da relevância de tais pesquisas para produção de informações e conhecimentos necessários ao planejamento de políticas públicas sobre drogas, ou mesmo para desvelar o fato de que as drogas lícitas (com maior ou menor regulação) e ilícitas (com maior ou menor preço) estão presentes e relativamente acessíveis a partir das relações cotidianas de adultos e adolescentes, a complexidade do fenômeno nos exige cautela para interpretar os contextos de uma ação e não distorcê-los a partir de generalizações e universalismos. O que estas pesquisas também apontam de relevante é o próprio fracasso dos objetivos manifestos da Guerra-às-Drogas de reduzir a demanda por drogas a partir da erradicação da oferta e das próprias drogas, isso se considerarmos que os efeitos colaterais de dita guerra são de fato colaterais e não seus objetivos ocultos. Nesse sentido manifestou-se o ex-Secretário Nacional de Justiça Pedro Abramovay,

Como a repressão e a Guerra às Drogas nunca conseguiram reduzir o consumo nem a violência, os indicadores que se criam são indicadores que não dizem nada. São apreensões, prisões, mortes de traficantes. Se estes indicadores não significam que o consumo e a violência estão caindo, não são indicadores de sucesso, mas de fracasso. (PRESTES, 2012)

Se mesmo fracassada em seus objetivos manifestos essa política persiste, talvez na sua historicidade e modos de operação possamos compreender o porquê do seu sucesso em termos de permanência e hegemonia. Segundo Karam (2013, p. 33-34), as relações da sociedade com as drogas, têm sido operadas mais sistemática e globalmente a partir do século XX por meio do proibicionismo, que é a “*criminalização das condutas de produtores, comerciantes e consumidores das drogas tornadas ilícitas*”, transformando-se numa política

globalmente imposta que, valendo-se da ilegítima intromissão estatal na liberdade individual, da desastrada intervenção do sistema penal sobre o mercado produtor e distribuidor e, nos últimos quarenta anos, até mesmo da declaração de uma insana e sanguinária guerra (como insanas e sanguinárias são todas as guerras), introduziu (ou reintroduziu) o paradigma bélico na atuação do poder punitivo, destruindo vidas e espalhando violência, mortes, prisões, estigmas, doenças, sem sequer obter qualquer resultado significativo, nem se diga na irracional pretensão de acabar com o consumo das selecionadas drogas

Tal política, também conhecida como Guerra-às-Drogas, originada e patrocinada globalmente pelos Estados Unidos da América (EUA), converteu-se em uma política bélica e normativa de intervenção sobre outros países, com destaque para seu “quintal”⁴, a América Latina, em seus 40 anos de existência. Esta política tem se revelado em um retumbante fracasso em seus objetivos manifestos, dado que no próprio território estadunidense as drogas ilícitas tornaram-se mais baratas e acessíveis, sendo relatado, por estudantes e adolescentes, serem mais fáceis de encontrar e comprar do que álcool ou cigarro (KARAM, 2013). Se fracassada em seus objetivos manifestos de erradicação das drogas, redução do consumo e da oferta, a Guerra-às-Drogas, em seus objetivos ocultos, pela articulação político-mercadológica com o sistema penal, tem sido extremamente potente no sentido de aumentar o controle e o extermínio dos grupos de pessoas mais vulneráveis, entre os *“produtores, comerciantes e consumidores [...] os ‘inimigos’ nessa guerra são os pobres, os marginalizados, os desprovidos de poder”* (KARAM, 2013, p. 41).

Para análise das relações de dominação e das representações hegemônicas sobre drogas (re)produzidas pelos meios de comunicação de massa no marco da Guerra-às-Drogas, tomemos uma pesquisa realizada por Roso et. al. (2013) acerca dos discursos sobre o crack na mídia impressa, de 2008 a 2009, que analisou 138 textos sobre o crack em 314 edições de jornais diários de dois veículos de informação. A pesquisa foi realizada no contexto do que veículos de informação de massa do sul do Brasil chamaram de “Epidemia do Crack”. A análise dos textos jornalísticos levou à identificação da predominância de uma abordagem legal-judicial e médico-psiquiátrica com soluções à “epidemia” abordadas exclusivamente na perspectiva biomédica.

Nos textos analisados, a seção mais frequente em que apareciam era a Policial (18%), seguida de cartas do leitor (8%) e sumário (8%), deixando implícita a representação de que as drogas é, primeiramente uma questão de polícia e segurança. O mesmo sugere o levantamento

⁴ América Latina como “quintal” dos Estados Unidos da América é uma referência à Doutrina Monroe, política estadunidense de 1823 que afirma o respeito dos EUA para com as potências europeias e suas colônias, mas proclama que qualquer tentativa europeia de estender seus sistemas políticos aos continentes americanos será vista como ameaça à liberdade e segurança dos EUA. O resultado desta política foi o crescente intervencionismo estadunidense nos países dos continentes americanos, sendo notáveis as democracias golpeadas e as ditaduras implantadas na segunda metade do século XX (LIMA, C. E. F. et. al., 2010).

sobre os atores principais identificados nos textos: prevaleciam pessoas que usavam drogas (25,4%), seguida de Polícia/Polícia Militar/Departamento de Polícia (17,4%), instituições governamentais (15,2%) e traficantes (13%). Da mesma forma, na análise do assunto principal dos textos, prevaleciam Repressão/Combate (28.3%), relações com a violência (15.2%), tratamento (10.1%), campanhas (5.8%) e prevenção (4.3%).

Em relação ao gênero, 40,6% não especificavam o gênero do usuário ou usuária. Metade dos textos analisados não propunham solução para os problemas apresentados, e nos que propunham 33% apresentava mais de uma, predominando: hospitalização (18 - 13%), tratamento (10 - 7.2%) política para o setor (7 - 5.1%) e mais repressão (7 - 5.1%). Quanto às consequências do uso de crack, 31,9% dos textos não referiam. Nos demais, as mais evidentes eram: delinquência/crime (37 - 26.8%), privação de liberdade (11 - 8%), problemas de saúde (8 - 5.8%) e terapia (8 - 5.8%). Das soluções e consequências do uso, fica implícita a mensagem de que o ideal seria a hospitalização (internação) e o tratamento, não sendo possíveis a garantia destas soluções, a repressão entra em cena levando ao encarceramento ou extermínio (pelo provável envolvimento com a criminalidade ou morte pelo uso), a vida só seria possível pela prisão ou hospitalização.

Das imagens contidas em praticamente metade dos textos (41,3%), o tipo prevalente era o de pessoas que usavam drogas (17,3%), seguido de imagens de pedras de crack (8%), com isso podemos perceber a intenção de produção de representações sobre a figura do usuário, esta intenção se confirma nas peças publicitárias na campanha “Crack, Nem Pensar!” onde predominavam imagens de pessoas (usuários e familiares) retratadas com traços e tonalidades de morte e sofrimento (ROMANINI, 2011).

Diante das análises dos textos midiáticos, a autora e os autores da pesquisa ressaltam: *“a ênfase na repressão e na luta contra as drogas, a associação do crack com a violência, a opacidade da mulher e o alto índice de textos-reportagem, ao nível factual, o que pode indicar porque tantos textos não discutam causas e soluções”* (ROSO, et al. 2013, p. 465). Ao optar pela abordagem descritiva de fatos, como se descrevesse a própria realidade, a mídia não apenas registra e reproduz a realidade, mas a cria (ROSO & GUARESCHI, 2007). Portanto, estamos diante de um fenômeno ideológico, distorção e criação de uma realidade de modo a orientar a construção de saberes e práticas discriminatórias em relações às pessoas que usam crack e outras drogas, objetivando, sobretudo, a manutenção de relações de dominação.

É nesse sentido que ressaltamos o fenômeno ideológico produzido a partir da dita Guerra-às-Drogas, ideológico no sentido negativo e crítico que Thompson (2007, p. 73-76) atribui como: fenômenos simbólicos significativos que em circunstâncias sócio históricas

específicas servem para “*estabelecer e sustentar relações de dominação*”, algo “*enganador, ilusório ou parcial*”, no sentido de concepção latente de ideologia em Marx, “*um sistema de representações que escondem, enganam*”, com objetivo de manter uma relação assimétrica de poder entre as classes dominantes e as classes dominadas. No entanto, crítico, no sentido de que nem tudo é ideológico, sendo necessária análise caso a caso dos ordenamentos das formas simbólicas para verificar se ideológicas ou não.

2.3 INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA

A internação compulsória de pessoas que usam drogas é um dispositivo existente, resistente e instituinte de saberes-fazeres em saúde mental há quase um século no Brasil, dos decretos do início do século XIX até os momentos atuais de implementação da Reforma Psiquiátrica (2001) e, no contexto dessa, a instituição da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011.

Para começar a discutir a internação compulsória é necessário falar sobre sua história, significados e usos. Do modo como formalmente é compreendida pelo sistema de saúde, a internação compulsória serve para tratar intensivamente sofrimentos de ordem física e mental por via do Judiciário. Antes de adentrar na história deste dispositivo, convém buscar a história da palavra, sua etimologia. Internação vem do Latim “*internus*”, “*para dentro, voltado para o interior de*”. No âmbito da saúde, embora haja a modalidade de internação domiciliar, usualmente é para o interior de um hospital ou outro local de tratamento.

A tomada do hospital como local de tratamento nos remete à Foucault (2016, p. 171-189) em seu texto “O nascimento do Hospital” onde aponta como na Europa do século XVIII os hospitais foram percebidos pela medicina com um potencial para transformarem-se em “máquinas de curar”. O autor refere que os hospitais na Europa, antes do século XVIII, eram “uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual” direcionados principalmente aos pobres, loucos, prostitutas, etc. de modo a garantir uma morte com dignidade, a salvação espiritual e a proteção da saúde pública e da sociedade em geral das doenças (contagiosas ou não) e dos doentes (mesmo que fossem “doentes morais”). Nessa transformação do hospital em “máquina de cura”, a disciplina e o controle dos espaços e dos corpos desempenharam papel central. Por trás desta ação estava evidente também a constatação de que os hospitais, mesmo os que tinham esse fim, não estavam de fato curando as pessoas das doenças. Passados séculos desta transformação dos hospitais na Europa, a qual se estendeu aos

países do ocidente, as limitações do hospital enquanto instrumento de cura permanecem uma realidade.

A internação domiciliar, mesmo quando justificada por questões orçamentárias de redução de custos e logísticas de desocupação de leito, é um exemplo da constatação de que a promoção de saúde não é efeito intrínseco da permanência de uma pessoa sob o espaço e controle do ambiente hospitalar. Conforme regulamentada pela Portaria 825 de 2016 (BRASIL, 2016), essa modalidade de internação tem como objetivos

I - redução da demanda por atendimento hospitalar; II - redução do período de permanência de usuários internados; III - humanização da atenção à saúde, com a ampliação da autonomia dos usuários; e IV - a desinstitucionalização e a otimização dos recursos financeiros e estruturais da RAS.

A princípio, seus objetivos estão em sintonia com a desinstitucionalização prevista nas portarias da Rede de Atenção Psicossocial, especialmente se considerarmos a expressão do modelo hospitalo-cêntrico e biomédico de reiteradas internações de pessoas que usam drogas. No entanto, em tempos de Reforma Psiquiátrica, a vigência do Decreto-Lei 891 de 1938 (BRASIL, 1938), o qual coloca que “*sugerir ou procurar satisfação de prazeres sexuais, nos crimes de que trata esta lei, constituirá circunstância agravante*”, e, ainda, em seu art. 28º proíbe o “*tratamento de toxicômanos em domicílio*” é, discutível, senão uma contradição à perspectiva da promoção da saúde mental fundamentada em uma lógica territorial e comunitária, onde o fortalecimento dos vínculos sociais, familiares ou não, é condição para produção de saúde.

O referido decreto, de 1938, representa explicitamente a perspectiva manicomial de sua época e serve para a compreensão das raízes institucionais do preconceito contra pessoas que usam drogas ainda vigente no aparato estatal. Em relação ao tratamento de pessoas que usam drogas, o decreto, em seu art. 29, estabelecia que os “*toxicômanos ou os intoxicados habituais, por entorpecentes, por inebriantes em geral ou bebidas alcoólicas, são passíveis de internação obrigatória ou facultativa por tempo determinado ou não*”. Entre os critérios para internação obrigatória constava “*conveniência à ordem pública*”. Nestes dois aspectos, embora não mais previstos nas atuais legislações, será que estamos tão distantes de 1938? Outros pontos merecem atenção, por exemplo, o laudo médico, assim como atualmente, já era exigência legal para as modalidades de internação obrigatória (hoje compulsória e involuntária), mesmo aquela realizada pela polícia necessitava fundamentar-se em “*laudo do exame, embora sumário, efetuado por dois médicos idôneos*”. Constar na norma, no entanto, não significa dizer que não ocorra. O mesmo pode ser dito sobre o tempo presente, decorrido quase um século desse

decreto, internações forçadas (compulsória ou involuntárias) sem laudo médico continuam ocorrendo, exemplo é o caso do município de Gravataí onde 30 pessoas foram internadas compulsoriamente somente com declarações de vizinhos e boletins de ocorrência (SILVA, 2014).

Antes ainda, em 1921, pelo Decreto 4.294, a internação compulsória já estava prevista. Esse decreto é como um antepassado distante da atual lei de drogas (11.343 de 2006) e da lei da reforma psiquiátrica (10.216 de 2001). O decreto, além de estabelecer penalidades para as pessoas que vendessem, expusessem à venda ou ministrassem, sem legítima autorização e sem as formalidades prescritas nos regulamentos sanitários, “*substâncias venenosas*”, sendo as penalidades mais duras para cocaína, opio, morfina e seus derivados, também criava um “*estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas [...] com tratamento médico e regime de trabalho em uma seção de internados judiciários e outra de voluntários*” (BRASIL, 1921).

Do referido estabelecimento, conforme Art. 6º § 1º, fariam parte da seção judiciária os condenados previstos no Art 3º da mesma lei, aqueles que por “*Embriagar-se por habito, de tal modo que por actos inequívocos se torne nocivo ou perigoso a Si proprio, a outrem, ou á ordem publica*”, assim como os inimputáveis por encontrarem-se “*em estado de completa privação de sentidos e de intelligencia no acto de commetter o crime*” por conta de fundamentada “*moléstia mental*” resultada “*do abuso de bebida ou substancia inebriante, ou entorpecente*”. Da outra seção, que poderia ser chamada de voluntários e involuntários, faziam parte “*os intoxicados pelo alcool, por substancia venenosa*” a pedido da pessoa ou da família desde que comprovada a necessidade de tratamento adequado, nos casos de requerimento pela família necessitava também a “*evidente a urgencia da internação, para evitar a pratica de actos criminosos ou a completa perdição moral.*”

Àquele tempo, estava vigente na legislação a compreensão de segregação de pessoas em sofrimento mental, sendo agravada (a segregação) pela relação com o uso de substâncias psicoativas. No decreto, além da regulação do comércio de substâncias, é possível perceber uma intrínseca relação da saúde com a segurança pública no que se refere ao tratamento de pessoas que usam substâncias psicoativas, também já é possível perceber as três modalidades de internação presentes na legislação atual (lei 10.216 de 2001): voluntários, compulsórios e, ainda que não nominado, involuntários

No contexto de sua aprovação, a lei 10.216 de 2001 (BRASIL, 2001), inicialmente protocolada na Câmara Federal como Projeto de Lei 3657-A por Paulo Delgado (PT-MG) em 1989, representou uma vitória do cuidado em liberdade e uma derrota da segregação

institucionalizada da pessoa em sofrimento mental. Embora definida pelo próprio autor da lei em sua justificativa como “*cautelosa, quase conservadora*”, especialmente pelo seu caráter gradualista de extinção do “*parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, [...] e 20.000 leitos estatais*”, foi apontada como “*única forma possível*” de “*melhorar o atendimento psiquiátrico à população que depende do Estado para cuidar de sua saúde, e proteger, em parte, os direitos civis daqueles que, por serem loucos ou doentes mentais, não deixaram de ser cidadãos*” (BRASIL, 1989, p. 10697). O que a define como novo marco da assistência em saúde mental é, sobretudo, o impedimento de internação em instituições com características asilares que não ofereçam assistência integral e que desrespeitem os direitos pessoa da portadora de transtorno mental enumerados na lei:

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo. Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental: I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades; II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade; III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração; IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas; V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária; VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento; VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis; IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Tais direitos representam parte significativa desse marco ao expressar que, mesmo sob internação, agora tida como situação excepcional, uma pessoa em sofrimento mental não deixa de ter direitos. Ainda, ao direcionar a preferência de tratamento em serviços comunitários de saúde mental, demarca-se a importância do fortalecimento dos vínculos sociais como condição para recuperação e promoção da saúde mental, inclusive quando a pessoa se encontra sob tratamento em modalidade de internação.

Quanto à possibilidade de internação, a lei 10.216 (BRASIL, 2001) enfatiza que somente será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A referida lei prevê três modalidades de internação: “*I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário; II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.*” (BRASIL, 2001). Em qualquer das modalidades é necessário um laudo médico circunstanciado que caracterize os motivos da internação. Embora a lei não estabeleça período máximo para internação, ela estabelece as condições para o término de acordo com as modalidades: a) voluntária: “*dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por*

determinação do médico assistente”; b) involuntária: “*por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento*”; c) compulsória: a lei não refere sobre seu término, refere somente que “*é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários*”. Por fim, a lei estabelece que a internação, como tratamento, “*visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio*”, devendo ser estruturado (o tratamento) de modo a “*oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros*” (BRASIL, 2001).

Skromov (2013) manifesta que, embora a lei 10.216 contenha premissa e avanços importantes, “*é vazia de regramentos de suma importância*”. Desses regramentos que deveriam estar, mas não estão, a autora cita exemplos: como se dá o acesso a advogado ou Defensor Público; quando se justifica internação contra a vontade da pessoa; tempo máximo de internação; como se dá o acesso a um outro médico para revisão da internação. A velha máxima “*não existe espaço vazio na política*” ajuda na compreensão das consequências desses “*vazios*”. Ou seja, a não regulamentação de pontos essenciais, a exemplo o tempo máximo de internação e os critérios para internação forçada (involuntária e compulsória), possibilitou a permanência, o preenchimento dos “*vazios*”, do que Paulo Delgado chamou de “*poder de sequestro da psiquiatria*” (BRASIL, 1989, p. 10697). A justificativa para o não-cerceamento desse poder aparece na justificativa do projeto 3.657-A de 1989 (inicial da lei 10.216): deter a expansão do modelo manicomial sem, no entanto, causar o “*colapso*” do mesmo (BRASIL, 1989, p. 10697). Embora o autor da lei definira esse discurso de “*colapso*” como fantasioso, seus objetivos foram parcialmente alcançados: a Reforma Psiquiátrica não logrou o fechamento de todos manicômios, tampouco deteve a multiplicação de instituições com características asilares, muitas dessas inclusive com financiamento público.

Skromov (2013) sugeriu suprir os “*vazios*” com novas regulamentações, por exemplo, por meio de portarias, considerando que uma mudança legislativa sem uma correlação de forças na sociedade favorável à ampliação de direitos sociais poderia levar a retrocessos na lei 10.216. De certo modo, após a promulgação da lei, importantes portarias foram sendo criadas de modo a regulamentar a Reforma Psiquiátrica e redirecionar o modelo de assistência em saúde mental em bases territoriais e comunitárias. Dentre elas destacamos, a definição dos CAPS e suas modalidades e a criação da RAPS:

1) Portaria N° 336 de 2002 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) que estabeleceu no âmbito dos municípios, de acordo com o porte e demanda, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), com funções de: atendimento público em saúde mental, com prioridade às pessoas com “*transtornos mentais severos e persistentes*”; organização da demanda e regulação da rede de serviços de saúde mental; supervisão e capacitação das equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental no âmbito do seu território; e diferentes modalidades de atendimento ao público, entre elas, crianças e adolescentes e pessoas com “*transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas*” (BRASIL, 2002). Portanto, desde essa portaria, o acesso aos leitos de internação psiquiátrica, para desintoxicação, por exemplo, passa a ser atribuição exclusiva dos serviços de natureza jurídica pública, o que inclui os CAPS, mas não somente.

2) Portaria 3.088 de 2011 do Ministério da Saúde que deu um importante passo para fortalecer um modelo de atenção em saúde mental que se opõe ao modelo do isolamento e coerção como estratégia de “cuidado” representado pelo dispositivo da internação compulsória. A partir da referida portaria foram constituídas as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) para o atendimento de “*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)*”. As RAPS são redes de serviços (pontos), de uma determinada região de saúde, com objetivo, dentre outros, de qualificar o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências. Partem da lógica de organização do cuidado em redes de saúde a partir de uma região de saúde, essa constituída por um conjunto de municípios e uma diversidade de serviços de diferentes níveis de atenção, desde a atenção básica e especializada no município até serviços urgência e internação em nível regional. Ainda, estabelece como eixo central da lógica de cuidado a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)⁵, dispositivo instituído pela Política Nacional de Humanização.

Além de ter como diretrizes a redução de danos, a humanização, a educação permanente e o respeito aos direitos humanos, a portaria da RAPS estabeleceu uma série de serviços em

⁵ O Projeto Terapêutico Singular é um instrumento de organização e sistematização do cuidado construído entre equipe de saúde e usuário, considerando singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No Projeto Terapêutico Singular, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a contratação do cuidado são compartilhados, o que leva a um aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de co-responsabilização. A construção de contratos terapêuticos entre sujeitos não pode ser entendida, por outro lado, como ação que não deriva de embate produzido na tensa relação que se estabelece entre sujeitos que ocupam distintas posições nas relações de saúde, ou seja, usuários e trabalhadores da saúde. Projetos terapêuticos são, pois, resultantes de acordos possíveis e necessários entre ofertas e demandas, tomados tanto como as experiências da vida prática dos usuários como dos saberes e experiência clínica dos trabalhadores e equipes de saúde (BRASIL, 2010, p. 36).

consonância a essas, dentre eles destacamos: Equipe de Consultório na Rua, equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua; Unidades de Acolhimento, serviço que oferece acolhimento transitório, em regime residencial, aberto e voluntário, por até 6 meses, às pessoas de ambos os sexos, modalidade adulta e infantil, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e que estejam frequentando o CAPS; e Serviços Residenciais Terapêuticos, já regulamentado pelo Portaria nº 106 de 2000, mas agora inseridos na RAPS, constituindo-se em moradias inseridas na comunidade, destinadas a acolher pessoas egressas de internação de longa permanência (dois anos ou mais ininterruptos), egressas de hospitais psiquiátricos e hospitais de custódia, entre outros. Na contramão desses, outros serviços estabelecidos/reconhecidos guardam sérias contradições com as diretrizes, por exemplo: o reconhecimento da internação de até 9 meses em Comunidades Terapêuticas como Serviço de Atenção em Regime Residencial; a possibilidade de internação em hospital psiquiátrico onde os dispositivos e funcionamento da RAPS forem insuficientes; o não estabelecimento do tempo máximo das internações de curta duração.

As contradições normativas do atual modelo de atenção em saúde mental expressam a disputa na sociedade das duas racionalidades antes mencionadas: o cuidado em liberdade e a segregação da pessoa em sofrimento mental. Se por um lado as RAPS avançaram no estabelecimento de novos dispositivos territoriais e comunitários e na integração em rede dos já existentes, por outro, incorporou dispositivos com histórico de características asilares e recorrentes violações de direitos humanos, a exemplo as 68 instituições fiscalizadas e denunciadas pelo relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas (CFP, 2011). No dia-a-dia dos serviços e das ações de saúde, os “vazios” normativos ainda presentes nas legislações e portarias inspiradas na Reforma Psiquiátrica têm sido preenchidos pela arbitrariedade de agentes estatais. Tal é o caso dos critérios, características e tempos de internação dos processos de internação compulsória de pessoas que usam drogas, como veremos a seguir.

Lara (2015), em pesquisa realizada em 42 processos de internação compulsória na 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), em que aparecia a palavra “crack”, constatou as seguintes características:

- 1) Em relação ao contato com outros serviços anterior à internação, no sentido de verificar o esgotamento dos recursos extra-hospitalares, uma das condições para internação, constatou que em 17 de 42 não havia qualquer informação. Nos outros 25 que havia a informação, em 5 constava que não houve contato com qualquer serviço. Nos outros 20, os serviços mais utilizados foram CAPS (7) e hospital geral com leito psiquiátrico (6). Ou seja,

em mais da metade a internação se deu sem qualquer informação de outros serviços utilizados ou com informação de que não utilizou qualquer serviço.

2) em relação ao Plano Terapêutico Singular (PTS), tecnologia que prevê a construção singular de projetos de cuidado pactuados entre usuário e equipe de saúde, 38 pedidos (90,5%) constavam esse item, no entanto, em 26 desses (61,9%) constatou que se limitavam ao pedido de internação, em outros 7 (16,7%) constava mais de uma indicação, incluindo CAPS, Comunidade Terapêutica e/ou outros serviços de saúde mental. Ainda, em 7 processos constava determinação para internação em Comunidade Terapêutica mesmo que o laudo médico indicasse internação em hospital geral. A constatação de Lara (2015, p. 88) sobre os PTS nos processos de IC é de que conflitam com a proposta dos PTS, *“não há acolhimento, escuta e nem é levado em consideração o desejo dessa pessoa”*.

A pesquisadora ainda referiu a escassez de dados sobre as pessoas internadas, como por exemplo escolaridade, raça/cor, entre outros. No geral muito pouco se dizia sobre a pessoa, como serviços utilizados e histórico de saúde. Constatou também uma série de contradições dentro dos próprios processos, às vezes referindo-se a um homem quando a pessoa do processo era uma mulher, ou referindo o abuso de uma substância quando na avaliação médica o principal uso era de outra. Sobre essas contradições e uma certa padronização dos processos, Lara (2015, p. 93) disse ter sentido que *“os processos eram reescritos e/ou copiados de outros processos”* e que *“as questões referentes aos comportamentos desses usuários, muitas vezes, de maneira generalista, se sobressaem, não considerando a singularidade e as particularidades de cada caso”*.

Estas constatações convergem com as de outra pesquisa realizada em 2011 em 50 processos de internação compulsória do município de Gravataí - RS. A pesquisa foi realizada pelo procurador jurídico (SILVA, 2014, p. 2) do município incomodado com o

volume das ações de internação psiquiátrica, o invariável deferimento dos pedidos de antecipação da tutela para internação de familiar, a pouca ou nenhuma chance de sucesso em recursos ou pedidos de reconsideração dessas decisões, o pouco espaço para intervenção no debate, a padronização do andamento dos processos e, mais agudamente, o silêncio em relação à condição de saúde - prévia e posterior ao deferimento da medida - do paciente submetido a tratamento forçado, o que seria - ou deveria ser - a justificativa central da judicialização. Em uma palavra: a banalização dessas ações.

O pesquisador (SILVA, 2014, p. 8) apontou o crescimento das ações de IC (2003-2006, 7; 2009, 92; 2013, 81) num contexto de crescente judicialização das ações de saúde em geral (2006, 43; 2007, 181; 2008, 242; 2009, 382; 2010, 446; 2011, 426; 2012, 528; 2013, 656), consideradas as que tinham o município como réu, constituindo-se o judiciário como uma *“instância de administração paralela de distribuição de recursos do SUS”*.

A pesquisa constatou que 40% das ações (20 de 50), no momento do ajuizamento, não continham laudo médico, sendo “*declarações de vizinhos*” o tipo de documento prevalente (14 de 50) para instrução desses pedidos, outros 3 processos foram ajuizados contendo somente “*Boletim de Ocorrência*”. Tais ajuizamentos, e suas instruções, eram orientações de praxe da Defensoria Pública quando familiares buscavam o órgão para internação compulsória de um familiar. Todos os 50 processos pediam antecipação de tutela e todos foram deferidos, um em especial não foi deferido inicialmente, pois fora instruído sem qualquer informação da pessoa, “*logo em seguida, porém, a parte autora juntou três declarações de vizinhos e antecipação de tutela foi deferida*” (SILVA, 2014, p. 13).

O que vemos aí é o que Foucault (1987) relata da produção de verdade do sistema penal europeu do século XVIII, em que as provas seguiam uma aritmética de pesos distintos, não se configurando na binariedade culpado ou não, mas provavelmente culpado, provavelmente infrator, “*os indícios imperfeitos e leves bastam para fazer “decretar” o suspeito, para fazer contra ele investigações mais aprofundadas ou para lhe impor uma multa*” (p. 56). Nesses casos, sequer foi necessário recorrer à produção da verdade pelo conhecimento científico da psiquiatria, mas por um “senso comum” da psiquiatria do que seria uma pessoa que usa drogas que necessitaria de internação compulsória.

Em conformidade com as constatações de Lara (2015) sobre a falta de informações em grande parte dos processos sobre a pessoa a ser internada (situação clínica, contato com outros serviços, tentativas de tratamento, etc.), Silva (2014) também constatou que

a imensa maioria dos laudos juntados à inicial trazem pouco ou nenhum detalhamento sobre a situação clínica do paciente, e quase nunca dados que esclareçam os motivos pelos quais aquele determinado paciente necessita de internação contra a sua vontade, se foi tentado tratamento ambulatorial e falhou, etc.

Quanto às constatações de Lara (2015) de que a pessoa a ser internada não era escutada nos processos, Silva (2014, p. 16) constatou que em 40% dos casos não houve citação da pessoa para que se manifestasse. Sobre essa constatação, Silva (2014, p.16) relatou o entendimento do juízo de ser “*desnecessária a citação ou a presença do réu*”, pois seria “*incapaz de compreender o ato*”, sendo-lhe negada nomeação de curador especial sob a alegação de que “*não há conflito de interesses entre o paciente e o seu familiar*”. Para Silva (2014, p.16) essa é uma “*inovação jurídica incompreensível*”, pois, ademais de um grande número de processos serem ajuizados sem laudo médico, “*no mais das vezes, os serviços de saúde sequer sabiam da existência do usuário, que dirá de sua (eventual) necessidade clínica de internação.*”

Em relação à reiteração das internações, Lara (2015) constatou que “*não temos um dado concreto em relação às reinternações, pois nos processos essa informação fica restrita ao que foi citado acima [histórico de contato com serviços de saúde]*”. Da mesma forma, Silva (2014) constatou que em 42% (21 de 50) “*não há qualquer tipo de informação adicional acerca do cumprimento da medida judicial*”, e que os processos “*com mais de dois anos de trâmite, chegam muitas vezes ao final sem qualquer notícia do progresso do caso, da situação do paciente, se houve adesão ao tratamento, se o paciente fugou, ou eventualmente veio a óbito*”.

No que se refere especificamente às informações médicas posteriores à internação, em 82% (41 de 50) nada constava (SILVA, 2014). No entanto, se nos 50 processos analisados não constavam reinternações, em outra busca nos processos, considerando um período maior, Silva constatou que 29 desses réus já passaram ou estão passando por outros processos de IC. Ou seja, os processos de internação compulsória tomam o cuidado/controle da pessoa a ser internada somente até o momento da execução da medida judicial, não importando se o bem tutelado (saúde da pessoa) foi garantido, ou não, pela medida judicial, mesmo diante da reiteração de processos de internação.

2.4 ÉTICA CRÍTICA, ÉTICA UNIVERSAL DO SER HUMANO E HUMANIZAÇÃO

Ao provocar uma reflexão sobre as teorias mais comuns que fundamentam a ética nos dias atuais, Guareschi cita o paradigma da lei natural e o paradigma da lei positiva.

No primeiro paradigma, o grande referencial é a “*natureza*”. Dela seria possível aprender uma ética universal possível de ser empregada para governar todos os povos e nações em qualquer época, primeiramente a “*natureza do mundo como ordem divina*”, depois a “*dignidade e os direitos fundamentais*” de todo e qualquer humano. A primeira modalidade privilegia uma estabilidade do objeto enquanto a segunda uma liberdade e iniciativa do subjetivo, em ambas o critério é algo externo, a natureza como produto de Deus criador e os direitos fundamentais do ser humano racionalmente conhecidos e justificados, respectivamente (GUARESCHI, 2008, p. 20-21)

O segundo paradigma, da Lei Positiva, Guareschi (2008, p. 21) indica derivar da rejeição ao primeiro, então “o critério ético passa a ser aquilo escrito e promulgado após diversas instâncias de discussão”, pactuando-se os consensos e as decisões majoritárias das pessoas participantes, estabelecendo valor de validade à negociação social, é o que se passou a chamar de contratualismo. Pressupõe-se aí uma igualdade formal nas condições de participação e decisão, ignorando-se as diferenças concretas de quem consegue participar de fato e da assimetria do poder de decisão dos diferentes grupos da sociedade, desse paradigma são exemplos os parlamentos e as constituições dos estados nacionais.

A crítica a estes dois paradigmas advém de uma “*postura crítica diante de todo criado e de todo o institucionalizado*”. É um apelo ao eterno e transcendente, “*um reconhecimento de nossa limitude histórica*”, o que Freire fala sobre tomar o futuro como problema e possibilidade, jamais inexorabilidade (GUARESCHI, 2008; FREIRE, 1996).

A esta “ética como instância crítica”, Guareschi (2008) propõe duas dimensões: a) dimensão crítica e propositiva, tomando a ética como um “*dever ser das relações humanas em vista de nossa plena realização*”, devendo criticar o que aí está instituído, as éticas vigentes e o próprio discurso crítico, ao mesmo tempo apontando e propondo os desafios à superação de suas contradições, assumindo a impossibilidade da neutralidade da ciência como prática e a análise ideológica como desvelamento/denúncia de relações de dominação (assimétricas) onde há expropriação de poder (capacidade individual) invocando tomada de posição; e b) dimensão das relações, onde tanto os seres humanos como a ética só podem ser entendidos como relação (ordenamento intrínseco de uma coisa em relação à outra), é crítica à moral (padrões e normas estabelecidos) e ao poder constituído que por si (e não com o outro) estabelece as próprias

práticas como boas, é justiça no sentido de respeitar os direitos dos outros e somente com estes pode-se adjectivar uma relação de ética ou justa, “*está continuamente na busca de uma sociedade mais justa e fraterna e do estabelecimento de normas que sejam mais e mais construtoras de seres humanos livres e solidários [...] é a crítica da moralidade*” (GUARESCHI, 2008, p.26), crítica essa que pode e deve ser feita, por exemplo no caso das drogas, aos decretos do século passado que associam o uso de drogas à perversão moral e sexual (BRASIL, 1938; 1921).

A “*ética como instância crítica*” proposta por Guareschi (2008) dialoga com a ética de Paulo Freire (1996, 2015, 2016a, 2016b, 2016c, 2017) ao compreender os seres humanos como inacabados, incompletos, em busca permanente de “*ser mais*” junto aos outros e ao mundo. Seres de história, por ela constituídos e dela constituintes. Condicionados, jamais determinados, pela história construída pelos demais seres humanos que os antecederam, assim como potenciais agentes de transformação/manutenção do mundo que se vive, podendo superar/sucumbir aos próprios condicionamentos. Na Pedagogia de Freire, o futuro, o destino e a história é possibilidade e jamais inexorabilidade. Assumir-se como ser ético na concepção de Freire, é assumir esse inacabamento, assumir o permanente ensinar-aprender (a “*do-discência*” no âmbito da educação) como condição humana. A assunção que o ser humano está por fazer-se permanentemente, e que as injustiças não são fatalidades, mas problemas que demandam um agir ético e a compreensão da difícil, mas não impossível, possibilidade da mudança por meio da superação dos condicionamentos da existência singular de todos e cada um. Portanto transformar as relações entre os seres humanos e o mundo à volta se torna também pressuposto do que Freire chama de “*ética universal do ser humano*”.

Para Freire (1996), o oposto à “*ética universal do ser humano*” é a “*ética de mercado*”, uma visão fatalista e inexorável do futuro, da história, do ser humano e do mundo. Uma ética promotora do autoritarismo, do desrespeito à curiosidade, à liberdade e aos saberes do outro, uma licenciosidade que se furta do compromisso de estabelecer e propor limites à própria liberdade e a do outro numa relação. Na visão de Freire (1996, p.66-67), a ética de mercado, e tudo que representa, contrapõe-se à ética universal do ser humano, e só pode ser entendida como transgressão ética, um “*rompimento com a radicalidade do ser humano – a de sua inconclusão assumida em que se enraíza sua eticidade*”.

Freire propõe uma ética a ser construída pelos seres humanos a partir dos seus lugares de atuação e das interações com os outros, ou seja, transcendente a uma ética aplicada somente no âmbito educacional. No entanto, partindo desse âmbito é que percebeu a importância da dialogicidade e do respeito aos saberes do educando serem tomados como ponto de partida para produção do saber em uma relação educacional. Portanto, a “*ética universal do ser humano*” de

Freire é a busca permanente por *ser mais*, por superar os condicionamentos da existência humana, é a humanização dos seres humanos enquanto a transgressão ética, a ética de mercado, o fatalismo da história, o autoritarismo, o *ser menos*, persistirem como (des)caminhos possíveis ou inevitáveis diante das relações injustas de poder que estão submetidas a grande maioria da humanidade.

Adentrando ao âmbito das políticas públicas do SUS, a Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003, pode ser tomada como exemplo de uma política que reconhece a comunicação e a dialogicidade como princípios fundamentais para promoção de autonomia respeitando a diversidade das pessoas e saberes envolvidos na produção da saúde. Por esses princípios, essa política dialoga com a perspectiva freireana, pois: “*educação é comunicação, é diálogo, na medida em que não é a transferência de saber, mas um encontro de sujeitos interlocutores que buscam a significação dos significados*” (FREIRE, 1983, p. 46). Falar de humanização na saúde pareceria contrassenso não fosse a constatação, nas palavras de Freire (2016b, p. 62), da “*desumanização, não apenas como viabilidade ontológica, mas como realidade histórica*”. Dessa constatação emerge outra viabilidade: a humanização dos seres humanos nas relações de produção de saúde e a busca para pôr em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, pelo estímulo à

comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadoras que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado de si (BRASIL, 2003, p. 3).

O método da PNH (BRASIL, 2003, p. 5) investe na inclusão de trabalhadores, gestores e usuários na produção e gestão do cuidado e dos processos de trabalho, podendo ser via “*rodas de conversa, o incentivo às redes e movimentos sociais*”. Seus princípios são: a) transversalidade, para que esteja presente em todas as políticas do SUS estimulando o diálogo entre diferentes saberes e diferentes agentes do cuidado em saúde, afirmando a experiência de quem é assistido como possibilidade de diálogo; b) indissociabilidade entre atenção e gestão, para que trabalhadores e gestores corresponsabilizem-se pela integralidade dos processos de trabalho em saúde, assim como o direito e dever de usuários e suas redes sociofamiliares assumirem protagonismo nos processos de cuidado; c) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e coletivos, afirmando a ampliação da autonomia no processo de cuidado como concretização de um SUS humanizado onde usuários não são meros pacientes, nem trabalhadores meros cumpridores de ordem, incentivando a todos e todas a participação na produção da saúde.

Portanto, é estratégica a educação na perspectiva comunicacional da PNH como viabilidade para humanização no âmbito do SUS: pelo seu papel na formação de recursos humanos nas instituições de ensino com estabelecimento de Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde; para a instituição de dispositivos de clínica ampliada e cogestão reflexiva crítica e compartilhada sobre as práticas nos serviços de saúde, preconizados pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e pela Política Nacional de Humanização; para a promoção de uma dimensão popular de educação em saúde pela Política Nacional de Educação Popular em Saúde, entendida como “*uma prática político-pedagógica que perpassa as ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde*”, valorizados os saberes populares, a ancestralidade, incentivando a produção individual e coletiva de conhecimentos e a inserção destes no SUS (BRASIL, 2004; 2013, p.1). A humanização no SUS e a humanização em Freire dialogam quanto à centralidade da educação e da comunicação na promoção de sujeitos autônomos, críticos e ativos na produção da saúde e de um mundo mais justo e relações mais humanas.

Freire (1996, p.24) propõe a reflexão crítica sobre a prática como exigência da relação teórico-prática para que a teoria “*não vire blábláblá e a prática, ativismo*”. Esta reflexão crítica sobre a prática é um dos objetivos que a educação permanente em saúde visa instaurar nos serviços de saúde e nas instituições formadoras de profissionais de saúde. E é exatamente essa relação que a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde preconiza ao estabelecer a integração ensino-serviço como diálogo das demandas do cotidiano dos serviços de saúde com as instituições de ensino. Assim, visa reorientar a formação profissional em saúde, bem como a construção de dispositivos nos serviços que potencializem reflexões e ações coletivas por meio do compartilhamento das práticas profissionais cotidianas no serviço. Trata-se de uma concepção de agir em saúde onde está o pressuposto freireano do inacabamento do ser, de quem sabe que algo não sabe e por isso algo aprende (com as e os colegas de trabalho, assim como com as pessoas atendidas pelo serviço de saúde). É o assumir-se permanentemente como sujeito da produção do saber, na sua formação profissional, no exercício da profissão e no exercício da humanidade no cotidiano da vida e dos serviços de saúde.

O diálogo que temos feito sobre educação e saúde a partir das políticas do SUS e do pensamento freireano, permite-nos perceber o que enseja a palavra “paciente”, como desafio para a humanização, especialmente na sua aplicação substantivada na saúde. Segundo algumas definições do dicionário Houaiss (HOUAISS & VILLAR, 2009, p.1410), paciente é aquele

que tem paciência (virtude); sereno, conformado [...] indivíduo doente ou sob cuidados médicos [...] ente que sofre uma ação em estado de inércia, passividade,

desintencionalidade [...] que suporta, que resiste [...] sinônimo de resignado, antônimo de agente, impaciente.

Dessas definições, somente se poderia perceber positividade em uma perspectiva crítica da palavra paciência como virtude⁶, paciência para resistência, preparação tática para seu antônimo, tornar-se agente. Às demais, parece caber perfeitamente uma analogia ao modelo educacional que Freire (2016b, p.103, 1996, p.37) chamou de “*educação bancária*”, ou seja, poderíamos dizer que a palavra “*paciente*” substantivada representa um modelo de “*saúde bancária*”. Essa concepção deveria ser superada pela via da humanização, pois representa uma forma autoritária de relação profissional-usuário onde o primeiro deteria um saber sobre as causas de adoecimento e procedimentos de cura a partir da sua formação e experiência profissional, superior ao (não) saber do segundo sobre sua saúde, tornando o segundo mero objeto da ação do primeiro. É uma forma de exercício de saber e autoridade do primeiro que se sustenta na anulação do saber e autoridade do segundo. A oposição radical a esta forma não é uma inversão, mas o reconhecimento mútuo de saberes e autoridades na relação de ambos, considerando ainda as assimetrias de que partem a relação profissional-usuário, quais sejam: a representação hegemônica de superioridade do saber técnico sobre o saber popular e as condições de vulnerabilidade de um que levam ao estabelecimento de uma relação desse tipo.

Para lidar com as assimetrias na relação educacional, promover autonomia por meio do exercício de liberdade, do respeito à autoridade do educando e do assumir riscos, Freire (1996, p. 104-105) propõe o que chama de “*autoridade coerentemente democrática*” a qual,

fundando-se na certeza da importância, quer de si mesma, quer da liberdade dos educandos para a construção de um clima de real disciplina, jamais minimiza a liberdade. Pelo contrário, aposta nela. Empenha-se em desafiar-la sempre e sempre; jamais vê, na rebeldia da liberdade, um sinal de deterioração da ordem. [...] está convicta de que a disciplina verdadeira não existe na estagnação, no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos, na dúvida que instiga, na esperança que desperta. [...] reconhece a eticidade de nossa presença, a das mulheres e dos homens, no mundo, reconhece, também e necessariamente, que não se vive a eticidade sem liberdade e não se tem liberdade sem risco. O educando que exercita sua liberdade ficará tão mais livre quanto mais eticamente vá assumindo a responsabilidade de suas ações. Decidir é romper e, para isso, preciso correr o risco. Não se rompe como quem toma um suco de pitanga numa praia tropical. Mas, por outro lado a autoridade coerentemente democrática jamais se omite. Se recusa, de um lado, silenciar a liberdade dos educandos, rejeita, de outro, a sua supressão do processo de construção de boa disciplina. Um esforço sempre presente à prática da autoridade coerentemente democrática é o que a torna quase escrava de um sonho fundamental: o de persuadir ou convencer a liberdade de que vá construindo consigo mesma, em si mesma, com materiais que, embora vindo de fora de si, sejam reelaborados por ela, a sua autonomia. É com ela, a autonomia, penosamente construindo-se, que a liberdade vai preenchendo o espaço antes habitado por sua dependência. Sua autonomia que se

⁶ Ainda assim, virtude remete a uma perspectiva individual de qualidade do indivíduo. Como se uns tivessem e outros não, justificando ações sobre as pessoas com base nessa distinção. Exemplo disso é a infame referência à escravidão no hino oficial do Rio Grande do Sul quando diz que “Povo que não tem virtude acaba por ser escravo”.

funda na responsabilidade que vai sendo assumida. [...] no fundo, o essencial nas relações entre o educador e educando, entre autoridade e liberdades, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia.

A antinomia autoridade-liberdade, portanto, está sempre presente como fonte de tensão e possibilidade de construção da autonomia, ou autoritarismo, nas relações assimétricas de poder. Ponto chave nessa relação, para que se torne dialógica e não antidemocrática, é o respeito da leitura de mundo do educando, o respeito à sua maneira cultural e socialmente constituída de inteligir sobre o mundo. Além disso, é preciso compreender que na antinomia, conforme Marková (2006), uma parte contém a outra, autoridade contém liberdade e vice-versa, formando um sistema. Assim, o respeito aos diferentes saberes é a condição que possibilita a aprendizagem ao mesmo tempo que possibilita escapar do “*autoritarismo*”, assim como da “*licenciosidade*”: a liberdade sem limites de si, o desrespeito tanto aos saberes metódica e criticamente constituídos a partir da experiência profissional quanto aos saberes do senso comum, o furtar-se, na relação de cuidado, de propor limites à liberdade do outro para que este, respeitando-os, possa também exercer autenticamente sua autoridade e liberdade.

O autoritarismo e a licenciosidade são rupturas do equilíbrio tenso entre a autoridade e liberdade. O autoritarismo é a ruptura em favor da autoridade contra a liberdade e a licenciosidade, a ruptura em favor da liberdade contra a autoridade. [...] Somente nas práticas em que autoridade e liberdade se afirmam e se preservam enquanto elas mesmas, portanto no respeito mútuo é que se pode falar de práticas disciplinadas como também em práticas favoráveis à vocação para o ser mais. (FREIRE, 1996, p. 99)

Para Freire, autoritarismo e licenciosidade são duas formas opostas de comportamentos indisciplinados que negam a vocação ontológica do ser humano de ser mais, de superar o próprio condicionamento. Autoridade e liberdade só podem afirmarem-se e autenticarem-se no respeito mútuo aos limites de cada uma em seu exercício na relação, ou seja, tanto educador quanto educando exercem autoridade e liberdade, por isso mesmo tal exercício deve estar condicionado a limites construídos pelos próprios sujeitos na avaliação crítica de suas práticas na relação educador-educando. Nessa relação, a democracia e o diálogo, o respeito à autoridade e à liberdade são imperativos éticos da visão ontológica do ser humano assumida por Freire, não sendo possível viver a eticidade sem liberdade e, tampouco, exercita-se liberdade e autonomia sem assunção de riscos.

É assumindo o risco, sua inevitabilidade, que me preparo ou me torno apto a assumir este risco que me desafia agora e a que devo responder. É fundamental que eu saiba não haver existência humana sem risco, de maior ou de menor perigo. Enquanto objetividade o risco implica a subjetividade de quem o corre. Neste sentido é que, primeiro, devo saber que a condição de existentes nos submete a riscos; segundo, devo lucidamente ir conhecendo e reconhecendo o risco que corro ou que posso vir a correr para poder conseguir um eficaz desempenho na minha relação com ele. (FREIRE, 2015, p. 33)

3. MÉTODO

Este trabalho utilizou métodos qualitativos dentro de um escopo pluri-metodológico. As técnicas utilizadas foram as seguintes, Diário de Campo, Oficinas e Entrevistas Narrativas (MINAYO, 2010; BAUER & GASKEL, 2002; PEY, 1997).

3.1. DIÁRIO DE CAMPO

Entendemos o trabalho de campo como parte fundamental e constituinte da pesquisa. Na concepção de Minayo (2010, p.53), é o encontro direto entre pesquisador e atores sociais que estão vivenciando uma realidade peculiar dentro de um contexto histórico-social, em outras palavras, o "*recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação*".

No Diário de Campo foram registradas: ida à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) para consulta dos processos de internação compulsória; exploração e atividades de campo como as oficinas sobre drogas realizadas nas escolas ocupadas; reuniões do Narcóticos Anônimos e os diálogos com pessoas que quiseram conversar sobre drogas e internação compulsória; conversas e reflexões do cotidiano de trabalho do pesquisador. O Diário de Campo acompanhou todo o processo de pesquisa, sendo nele registrados pensamentos, sentimentos, afetos, tensões, interações, redes estabelecidas e ações realizadas, empreendendo, desde esses momentos, uma escrita implicada e crítica de sua constituição.

3.2. OFICINAS

A oficina foi escolhida por ser esta uma forma de promover estudantes-participantes e não meros estudantes-ouvintes, por possibilitar metodologias criativas e flexíveis ao contexto onde se dão e, por fim, pela não hierarquização de saberes e posições no processo de aprendizagem. Segundo Pey (1997, p. 45-47) a oficina "*é fruto do metabolismo entre um trabalho, uma prática sendo desenvolvida e a exigência de um referencial com o qual se possa estabelecer um diálogo*", baseando-se três perspectivas: concepção libertária de educação, abordagem não disciplinar do processo educativo, relações dialógicas no ato de conhecer em interação. É, portanto, uma atividade fundamentalmente dialógica que

Rompe com o funcionamento escolar disciplinar do tempo porque a Oficina não cabe nos ritmos e rotinas temporais da educação formal. [...] rompe também com a

separação disciplinar entre trabalho e lazer, porque oficina é essencialmente trabalho diversificado com prazer, e não pode ser reduzida à sucessão de tarefas rotineiras que caracteriza o chamado trabalho escolar. Finalmente, e mais importante de tudo que já foi exposto, rompe com a organização curricular disciplinar dos conteúdos. Dessa forma a Oficina não exige idades determinadas, sexos determinados, escolaridade determinada ou pré-requisito de conhecimento para os seus participantes. É um processo educativo que ignora a avaliação enquanto julgamento, e a política de verdade dos conteúdos escolares, segmentação do saber em conteúdo escolar, cientificidade como validação de tudo isso.

Estes fundamentos teórico-metodológicos de oficina apresentados pela autora dialogaram com nossa proposta e com os pressupostos freireanos e da Psicologia Social Crítica de investimentos nas relações e na dialogicidade como forma de produção de saberes de resistência e autonomia frente às opressões vivenciadas no cotidiano de cada participante, mesclando nesse contexto os desafios e questões do cotidiano da ocupação, assim como das vivências e relações com as drogas, ou pessoas que usam, no seu cotidiano.

3.3. ENTREVISTA NARRATIVA COMO RELATO DE EXPERIÊNCIA

Com esta investigação pretendemos produzir, no encontro, saber e cuidado a partir da produção de relatos de pessoas que usavam drogas e passaram pela experiência de internação compulsória. Relato, ou *Relatus*, vem do particípio passado do latim *Refferre*, literalmente “levar de volta”, de *Re* (de volta) + *Ferre* (levar, portar, carregar), ou seja, levar de volta à experiência. Tomando emprestada a reflexão de Jorge Larrosa Bondía (2002) sobre experiência, em alemão, *Erfahrung*, que contém *fahren* (viajar), do alto-alemão *fara* também deriva *gefahr* (perigo) e *gefahrden* (pôr em perigo). Portanto, relatar uma experiência é uma perigosa viagem de ida ao passado e de volta ao presente através dos caminhos constituídos pelas marcas e afetos das situações e das relações vivenciadas.

O respeito aos princípios da Reforma Psiquiátrica nos coloca a responsabilidade ética e metodológica de construir alguma forma de promoção de saúde, ou redução de danos, quando investigamos as experiências de internação compulsória com as pessoas que passaram por ela. Por isso optamos pela entrevista narrativa como técnica para produção de relato de experiência.

A entrevista narrativa é uma modalidade de entrevista que apostamos dar conta da especificidade do relato, do fenômeno social e da relação que buscamos construir com quem vamos investigar. Inicialmente foi proposta por Schutze para compreender a conformação de fenômenos sociais a partir da identificação do elemento de coletividade em trajetórias individuais considerando a linguagem própria de quem narra. Tem sido utilizada há décadas por pesquisadores sociais, contando, portanto, com críticas procedimentais e teóricas à

utilização da técnica para fins de pesquisa, surge de uma crítica ao esquema pergunta-resposta e situa-se entre a entrevista “não-estruturada” e semi-estruturada (BAUER & GASKEL, 2002).

Invoca o protagonismo dos sujeitos no contar histórias para compreender a conformação dos fenômenos sociais ao mesmo tempo lhes possibilita familiarizar “*acontecimentos e sentimentos que confrontam a vida cotidiana normal*” (BAUER & GASKEL, 2002). Pelas características do fenômeno que buscamos investigar: experiências de “cuidado” atravessadas pela violência de ações compulsórias em redes de serviços que envolvem profissionais e familiares, nessa modalidade de entrevista buscamos respeitar a autonomia da pessoa para relatar o que quiser e da maneira como conseguir. O entrevistador participa com a proposição de um tópico inicial para ativar o “esquema da história” e prossegue com estímulos não-verbais (“uhum”, “sim”, etc.) para que a pessoa dê continuidade à narrativa, deixando os questionamentos para o final (BAUER & GASKEL, 2002).

Toda narrativa é situada em um contexto, seja o do momento da entrevista, como o referido pela pessoa entrevistada, onde acontecimentos, atores, ações, objetos, objetivos, relações e moralidades se configuram em sentidos entretecidos por um enredo. Este por sua vez possui duas funções: demarcar início, meio e fim e definir critérios de ordem e inclusão dos acontecimentos. Todos estes elementos são ativados por um “esquema da história” que seria como regras universais que guiam o processo de produção da história: (1) textura detalhada, informação detalhada para dar prosseguimento e fazer transição entre acontecimentos, quanto menos a pessoa entrevistada pensa que o entrevistador sabe, mais detalhes podem ser dados; (2) fixação da relevância, os temas, acontecimentos e configurações destes revelam a estrutura de relevância escolhida pela pessoa entrevistada; fechamento da Gestalt, um acontecimento central tem começo, tendo para um meio e este tende para um fim (BAUER & GASKEL, 2002).

A Entrevista Narrativa pode ser didaticamente dividida em quatro Fases: (1) Iniciação, (2) Narração Central, (3) Fase de Perguntas e (4) Fala conclusiva. Conforme a Tabela 1.

FASES	REGRAS
Preparação	Exploração do campo Formulação de questões exmanentes
1. Iniciação	Formulação do tópico inicial para narração Emprego de auxílios visuais
2. Narração Central	Não interromper Somente encorajamento não verbal para continuar a narração

	Esperar para os sinais de finalizações
3. Fase de Perguntas	Somente “Que aconteceu então?” Não dar opiniões ou fazer perguntas sobre atitudes Não discutir sobre contradições Não fazer perguntas do tipo “por quê?” Ir de perguntas exmanentes para imanentes
4. Fala Conclusiva	Parar de gravar São permitidas perguntas do “por que?” Fazer anotações imediatamente depois da entrevista

Tabela 1: Fases principais da entrevista narrativa (BAUER & GASKEL, 2002).

Na primeira fase da EN o tópico inicial, formulado por quem entrevista, será o disparador do “esquema da história”. A construção do tópico demanda uma familiarização com o campo de investigação. Neste caso o tópico inicial é o tema “experiência da internação compulsória”. É composto pelos estudos do tema e interesses de quem investiga, por isso mesmo estará em permanente transformação (no entanto mantendo um “núcleo”) ao longo da pesquisa, das entrevistas e das andanças no campo. Após fazer uma explanação do contexto e dos objetivos da investigação, e solicitar permissão para gravar, o tópico inicial é apresentado.

Bauer e Gaskel (2002) também sugerem a formulação de questões “exmanentes”, perguntas que refletem o interesse de quem investiga. Estas se diferem das questões imanentes que são compostas por elementos trazidos pela pessoa entrevistada, com sua própria linguagem, em seus termos. Para a segunda fase, com a narrativa central iniciada, sugerem também, a partir da escuta atenta, a tradução das questões exmanentes em imanentes. Esta é a principal tarefa desta fase, além dos estímulos não-verbais para o prosseguimento da entrevista. Antes de passar para a próxima fase, o final da narrativa central pode ser verificado perguntando se a pessoa tem algo mais a contar.

Na terceira fase são feitos os questionamentos exmanentes traduzidos em imanentes. Esta fase tem o objetivo de preencher lacunas e buscar novos elementos referentes a narrativa central, ou seja, perguntas por maior “textura” (detalhes) e “fechamento da Gestalt”. Aqui o autor chama atenção para evitar perguntas sobre opiniões, atitudes ou causas, assim evitando maiores racionalizações ou justificativas para além daquelas já elaboradas na narrativa central, por exemplo, apontando contradições e “por quês”.

Na quarta fase, já com gravador desligado, as perguntas podem ser feitas mais livremente. Busca-se elementos que possam ser relevantes para a interpretação da narrativa, do relato, da experiência e do contexto. Também conversar sobre a relação construída e a experiência da entrevista.

4. ASPECTOS ÉTICOS

No que se refere às oficinas os e as estudantes participantes foram contatados e convidados pela coordenação de ocupação das escolas. Em uma das oficinas, quem participou foi praticamente a coordenação da ocupação e uma professora. Em outra, essa com participação maior, o contato e oferta também foi feito pela coordenação da ocupação. Nos relatos das oficinas tratamos de ocultar nomes e características dos e das participantes.

Em relação à entrevista de Cecília, pessoa que usava drogas e passou por internações compulsórias, o nome é fictício. A descrição de características dela e de pessoas por ela referida foram suficientes para produzir uma melhor compreensão da pessoa em questão. Sobre os hospitais públicos em que ela foi internada, decidimos manter o nome para que se saiba o tipo de tratamento ofertado nessas instituições, ou seja é uma espécie de denúncia. Ainda sobre o encontro com Cecília, chegamos a ela por meio do grupo Narcóticos Anônimos (NA). Cabe registrar a opção pelo caminho que nos levou ao NA e à Cecília. Inicialmente estava previsto o contato das possíveis participantes da pesquisa pela 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS). No entanto, entendemos esse contato como demasiadamente embasado em um vínculo institucional, ao que, então, optamos por buscar uma aproximação das participantes a partir dos seus territórios, grupos e espaços de convívio, o que nos levou ao NA. Ainda assim, mantivemos os critérios para participação na pesquisa: ter sido internado(a) compulsoriamente e ter usado crack. No NA, o autor da pesquisa participou de algumas reuniões, sempre muito bem recebido, em todas reuniões foi dito que a participação se dava para fins de pesquisa. Numa dessas reuniões, conhecemos Cecília, percebendo o enquadramento nos critérios, fizemos o convite para participar, o qual aceitou. No encontro com Cecília, explicamos os objetivos da pesquisa, pedimos autorização para gravar, realizamos a entrevista, lemos com ela o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice), o qual ela concordou e assinou. O TCLE foi apresentado em duas vias, sendo uma de posse da participante e a outra arquivada pelo pesquisador a qual ficará com a guarda no período 5 anos após o término da pesquisa e, após esse prazo serão destruídas. Todos os princípios da Resolução 466/2012 estão descritos no TCLE.

Assumimos o compromisso de cumprir integralmente os princípios da Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Garantimos a autonomia do participante de maneira que pudesse livremente decidir quanto a sua participação ou não na pesquisa. A participação da pessoa foi por meio de entrevista narrativa a qual não representou, a princípio, risco à dimensão física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. Caso isso acontecesse, inicialmente, a participante seria acolhida por um dos psicólogos pesquisadores da equipe. Caso verificada a necessidade, o participante seria encaminhado aos profissionais da Clínica de Estudos e Intervenções em Psicologia (CEIP) do Curso de Psicologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

5. OFICINAS SOBRE DROGAS EM ESCOLAS OCUPADAS – EXERCÍCIOS DE AUTONOMIA, AUTORIDADE E LIBERDADE

Este capítulo consiste em uma reflexão sobre uma experiência produzida no âmbito do projeto de extensão “Dialogando sobre drogas: saberes e (des)construções” onde foram realizados espaços de diálogo sobre drogas, na modalidade de oficinas, em duas escolas de Santa Maria durante as ocupações estudantis ocorridas em meio a greve de educadores estaduais do Rio Grande do Sul no ano de 2016. O projeto de extensão teve como objetivo movimentar as representações sobre drogas no ambiente escolar por meio de um espaço de diálogo entre a comunidade escolar, profissionais de saúde e pesquisadores da temática. Tal projeto esteve vinculado ao projeto “PROCUIDADO - O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória”, e foi realizado como atividade de campo do projeto de dissertação do autor “Autonomia e Internação Compulsória: saberes necessários à uma ética do cuidado em saúde”.

Refletiremos sobre o exercício e promoção da autonomia nas relações com as drogas e pessoas que as usam a partir das experiências e práticas proporcionadas pelas oficinas nas escolas. As duas oficinas foram registradas em Diário de Campo, tanto o momento prévio de construção como o de execução, para auxiliar na reconstituição do contexto dessas recorreremos também à reportagens e notícias de diferentes fontes que abordaram o tema das escolas ocupadas em Santa Maria e no Rio Grande do Sul. Tomaremos como referencial teórico a autonomia, autoridade e liberdade presentes na pedagogia de Paulo Freire, assim como sua “ética universal do ser humano” como condição para ser e agir eticamente em relação ao outro e às injustiças e desigualdades do mundo. Para refletir criticamente as relações das pessoas com as drogas, ideologia, comunicação e saúde, nos embasaremos nas pesquisas a partir da Psicologia Social Crítica que visam problematizar as representações sociais e ideologias (re)produzidas pelos meios de comunicações de massa, instituições de saúde, Poder Judiciário e aparatos policial-militares no marco da fracassada e persistente Guerra-às-Drogas.

A ocupação das escolas por estudantes em apoio ao movimento grevista de docentes significou o rompimento da acomodação à experiência dominadora e desumanizante, a opção pela rebeldia após anos de resistência tática. Não significa que a luta pela educação pública de qualidade aí tenha começado, mas sim que os e as estudantes, como sujeitos coletivos, romperam com a acomodação das situações vivenciadas naquele momento por meio da rebeldia. As ocupações expressaram também a dimensão relacional da autonomia entendida por Freire, que só pode existir em respeito à autonomia do outro, nesse caso, a autonomia dos educadores. Essa autonomia foi restringida e ameaçada pelo prejuízo ao exercício da prática

educativa decorrente da maneira como o governador do Rio Grande do Sul, Ivo Sartori, vinha (e neste momento ainda vem) tratando as e os educadores, pelos parcelamentos e atrasos nos salários e pelos projetos privatizantes dos serviços públicos, inclusive educação e saúde, a partir da entrega destes a “organizações sociais de direito privado sem fins lucrativos” representados pelo PL 44/2016 apresentado pelo Governo Estadual (RIO GRANDE DO SUL, 2016).

Foi assumindo riscos, exercitando autonomia, autoridade e liberdade, que estudantes de ensino fundamental e médio ocuparam a escola Augusto Ruschi e Olavo Bilac no ano de 2016 como forma de manifestação de apoio à greve dos educadores estaduais e reivindicação de melhorias no ambiente escolar e valorização da educação. Estas foram duas das centenas de escolas do Rio Grande do Sul ocupadas em meio ao movimento grevista dos educadores estaduais, que, segundo o sindicato dos professores estaduais Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul (CPERS), tiveram como reivindicações: a falta de repasses, a precariedade das escolas, o fechamento de turmas, repúdio ao PL 44 (que previa a entrega das escolas públicas para organizações sociais), o fim do parcelamento e atraso dos salários, além do apoio à greve dos educadores e questões específicas de cada escola (OLIVEIRA, 2016).

As ocupações denunciaram a precarização que vinha sendo imposta à educação pública básica no estado do Rio Grande do Sul. Uma violência àqueles e àquelas que dela dependem e que nela trabalham. Violência expressa pela miserabilidade a que estavam sendo submetidos educadores e educadoras - pelos atrasos e parcelamentos dos salários-, e educandos e educandas – pelo sofrimento dos e das docentes e pelas condições infraestruturais das escolas. Em seu livro “Pedagogia da Autonomia – saberes necessários à prática educativa”, Freire (1996, p. 84-87) relata uma conversa que teve com Danilson - um educador que trabalhava em uma comunidade “fustigada pela carência” - e reflete sobre as possibilidades de acomodação, resignação e resistência, e a necessidade da rebeldia e da esperança como saberes necessários à prática educativa:

Que sentido teria a atividade de Danilson no mundo que descortinávamos do pontilhão se, para ele, estivesse decretado por um destino todo poderoso a impotência daquela gente fustigada pela carência? Restaria a Danilson trabalhar apenas a possível melhora de performance da população no processo irrecusável de sua adaptação à negação da vida. A prática de Danilson seria assim o elogio da resignação. Porém na medida em que para ele, como para mim, o futuro é problemático e não inexorável, outra tarefa se nos oferece. A de, discutindo a problematicidade do amanhã, tornando-a tão óbvia quanto a carência de tudo na favela, ir tornando igualmente óbvio que a adaptação à dor, à fome, ao desconforto, à falta de higiene que o eu de cada um, como corpo e alma, experimenta é uma forma de resistência física a que se vai juntando outra, a cultural. [...] Não é na resignação, mas na rebeldia em face das injustiças que nos afirmamos. [...] (é preciso) que tenhamos na resistência que nos preserva vivos, na compreensão do futuro como problema e na vocação para o ser mais como expressão da natureza humana em processo de estar sendo, fundamentos para a nossa resignação

em face das ofensas que nos destroem o ser. [...] A adaptação a situações negadoras da humanização só pode ser aceita como consequência da experiência dominadora, ou como exercício de resistência, como tática na luta política. Dou a impressão de que aceito hoje a condição de silenciado para bem lutar, quando puder, contra a negação de mim mesmo.

As atividades realizadas a partir do projeto de extensão “Dialogando sobre drogas: saberes e (des)construções” buscaram construir uma relação-ação de educação e saúde da universidade com as escolas de educação básica, considerando as escolas públicas como lugar de ação estratégico para a produção de conhecimento crítico sobre o mundo partindo do conhecimento e da intervenção sobre problemáticas sociais. Nesse caso, a problemática das drogas. Ainda, considerando o ambiente de agitação política e o protagonismo com que estudantes, via ocupação das escolas, abriram canais de diálogo para construção de ações educacionais em que estes, colocando-se como sujeitos do seu aprender, possibilitaram construções cooperativas e críticas no ambiente escolar.

Para trabalhar a temática das drogas nas escolas, partimos dos seguintes pressupostos:

- 1) drogas lícitas e ilícitas, fazem parte do cotidiano de estudantes de todo Brasil e que são acessíveis a quem as queira consumir, mesmo variando em facilidade de acesso, estão presentes (as drogas) nos diversos níveis de ensino, públicos e privado, e nas diferentes classes sociais;
- 2) o respeito aos saberes do educando, à sua visão de mundo, à sua curiosidade, à sua liberdade e autoridade no processo educativo, é condição para promoção de sujeitos autônomos, sujeitos da construção do seu conhecimento e da sua saúde, portanto, não limitados à condição de objetos do exercício antidemocrático de autoridades profissionais no âmbito da saúde e da educação;
- 3) a ideologia da Guerra-às-drogas, propagada pelos grandes veículos de comunicação, constitui um empecilho à prática educativa em torno desse tema, uma “miopia” à “leitura do mundo” presente em detrimento de um ilusório futuro pré-dado (um mundo sem drogas). A consequência principal desta ideologia para uma educação sobre drogas é a negação ao exercício da liberdade de estudantes de optarem com responsabilidade, com informação correta sobre as drogas, sobre os serviços de saúde existentes, com suporte - senão da família ao menos da escola - para poder conversar e, eventualmente, pedir ajuda sem o medo da repressão e do estigma de criminoso e/ou doente que recaí, hoje, sobre quem usa.

Nossa aproximação aos e às estudantes-ocupantes das escolas Augusto Ruschi e Olavo Bilac se deu nesse contexto, tendo como pressuposto que a ação educacional é eminentemente política, *“uma forma de intervenção no mundo, intervenção que implica, além dos conteúdos, o esforço de reprodução da ideologia dominante ou seu desmascaramento”* (FREIRE, 1996 p.110), é uma ação dialética e contraditória, nem só uma coisa, nem só a outra, mas as duas em

constante tensão e transformação. Se não é uma força imbatível de transformação do mundo, tampouco é mera reprodutora da ideologia dominante, podendo ser, portanto, uma ação que desvele a inexorabilidade do futuro, uma ação que afirma a possibilidade da mudança e o protagonismo dos oprimidos no processo de sua libertação assim como de toda humanidade, pois somente a luta dos oprimidos por sua humanização é que pode levar à humanização dos seus opressores (FREIRE, 1996).

5.1 A OCUPAÇÃO DE ESCOLAS E AS ESCOLAS OCUPADAS: CONSTRUÇÃO DAS OFICINAS

As oficinas aconteceram em duas escolas de Santa Maria, Augusto Ruschi e Instituto de Educação Olavo Bilac, que foram ocupadas durante os meses de maio, junho e julho de 2016 em meio ao movimento grevista de educadores estaduais que protestava contra os parcelamentos e atrasos salariais da categoria assim como contra projetos de privatização dos serviços públicos propostos pelo Governo Estadual do Rio Grande do Sul.

No Brasil, a ocupação generalizada de escolas públicas como principal instrumento de luta de estudantes secundaristas tem sido um fenômeno recente no âmbito político. Tais ocupações disseminaram-se mais amplamente e alcançaram repercussão nacional a partir das ocupações estudantis de escolas no Estado de São Paulo entre os meses de novembro e dezembro de 2015, ocorrendo em aproximadamente 200 escolas estaduais como forma de protesto contra um projeto do governo estadual de Geraldo Alckmin (PSDB-SP) que “fecharia quase uma centena de unidades escolares, reestruturaria outras centenas de escolas e atingiria mais de 300 mil alunas e alunos, além de suas famílias” (JANUÁRIO et al, 2016, p.1), buscava-se com o movimento “*barrar* medidas governamentais e quebrar seus discursos tecnocráticos, que buscavam justificar a inevitabilidade e irreversibilidade das decisões tomadas” (JANUÁRIO et al, 2016, p.1).

Ainda segundo Januário (et. al. 2016), o movimento de ocupações por estudantes secundaristas constitui-se dentro de um campo de tensões entre uma “política autonomista” e uma “política tradicional”, a primeira fundamentada em um “repertório de lutas que privilegia a ação direta, uma valorização da horizontalidade, bem como uma recusa declarada à “política tradicional”, com seus partidos e lógicas mais formais e institucionalizadas” (p. 21). Ao estudar as ocupações estudantis de São Paulo em 2015 e refletir sobre as relações entre democracia e educação, resultados preliminares da pesquisa de Nicole Nothen de Oliveira (2016, p. 2)

indicaram que o ambiente escolar promovido pelos estudantes durante as ocupações era caracterizado pela busca de práticas democráticas, autônomas e crítico-reflexivas, sendo:

1) Democráticas: Comunicação horizontal, prezando pela igualdade e pela troca de perspectiva; tomada de decisão coletiva, através de assembleias; 2) Autônomas: Reivindicação por mais autonomia dentro da escola, no que diz respeito às formas e conteúdos do processo ensino-aprendizagem; rejeição de formatos institucionalizados e hierarquizados de representação; recusa da aproximação de estruturas partidárias, caracterizando o movimento como dos “estudantes pelos estudantes”; e 3) Crítico-reflexivas: Busca pelo exercício da consciência moral e ética, no sentido do respeito ao outro em suas diferenças, da responsabilidade pela construção coletiva; da cooperação; e da crítica ao autoritarismo e burocratização no sistema educacional.

Um ano após a ocorrência deste movimento de ocupações em São Paulo em 2015, foi a vez dos e das estudantes secundaristas do Rio Grande do Sul em 2016 que, ao perceberem os ataques às condições de trabalho das educadoras e educadores estaduais, e os projetos de aprofundamento da precarização e privatização dos serviços públicos, resolveram agir, inspirando-se no que foi, e que estava sendo, o movimento de ocupações de escolas por todo Brasil como forma de resistência desde o próprio local de estudo e de vivência cotidiana.

5.1.1 Ocupação do Colégio Estadual Augusto Ruschi

A primeira oficina aconteceu no Colégio Estadual Augusto Ruschi. O Colégio pertence aos Bairros Jucelino Kubitschek e Nova Santa Marta, atendendo estudantes de toda a região oeste de Santa Maria. Funciona como instituição de ensino desde 1980 quando era anexo da Escola Estadual Padre Caetano, seu objetivo era atender o Núcleo Habitacional Cohab Santa Marta que ali estava se instalando. O bairro Nova Santa Marta onde situa-se a escola foi constituído a partir da Ocupação da Fazenda Santa Marta em 1991. Quanto à infraestrutura do bairro, a água só foi chegar ao final de 2002, a luz em 2003 e o asfaltamento da avenida principal em 2006. Segundo IBGE o bairro contém cerca de 34 mil habitantes.

Em 1983 a escola separou-se da Padre Caetano passando a funcionar em dois pavilhões, um para as aulas, outro para o administrativo. Em 1986 os prédios definitivos foram entregues, a arquitetura seguiu o estilo de um projeto estadunidense chamado NORIE, usada para presídios, segundo o histórico no site da escola, sendo os prédios

bem afastados, quase sem comunicação e a parte administrativa centralizada e distante dos prédios onde funcionam as salas de aula. Também se observam paredes muito resistentes com filas duplas de tijolos, desnecessárias para um estabelecimento onde funcionaria uma escola. Esse tipo de construção não permite alterações na estrutura. (ESCOLA AUGUSTO RUSCHI, 2013)

O Colégio Estadual Augusto Ruschi estava ocupado desde o dia 22 de maio de 2016, um sábado à tarde. Ocuparam inicialmente cerca de 20 estudantes, sem apoio da direção, não dispondo, portanto, sequer da cozinha da instituição, as motivações iniciais da ocupação eram: o apoio à greve dos educadores estaduais, melhorias no ambiente escolar e valorização da educação (ROUSAURO, 2016). No dia 12 de junho fomos à escola propor a oficina. Assim como outras escolas ocupadas, essa adotava uma tática de diálogo e aproximação da comunidade a partir da disponibilidade de construção de atividades na escola propostas pela comunidade. Na página da ocupação postaram

Estamos a fim de organizar aulões enquanto a greve não termina, precisamos de professores ou até universitários que estejam a fim de disponibilizar um tempo para esses aulões. Caso esteja interessado por favor entrar em contato com a página (OCUPAc, 2016).

A partir desse convite geral entramos em contato pela página da ocupação e propusemos fazer uma conversa sobre drogas ou controle social no SUS

Olá! Sou Psicólogo e mestrando em Psicologia pela UFSM. Pesquiso sobre drogas, juventude e política. Fui visitar a escola uma vez e me dispus a falar sobre estes temas, mas aproveito para registrar aqui. Tenho dinâmicas para trabalhar a temática Drogas falando sobre o proibicionismo e as relações do dia-a-dia das pessoas com as drogas, tenho filmes bons sobre esse temática. Posso falar também sobre o Sistema Único de Saúde, como funciona, sua história e como participar do controle social do SUS. Meus telefones são [...] Boa luta galera! (DIÁRIO DE CAMPO, jun. 2016)

Em menos de 15 minutos responderam “mano chega aq (sic) na escola pra trocarmos umas idéias!” (DIÁRIO DE CAMPO, jun. 2016). Essa conversa aconteceu no dia 11 de junho, no dia seguinte nos dirigimos à escola para apresentar nossa proposta de oficina.



Figura 1 Ocupação Augusto Ruschi. Foto: Maiquel Rosau

Logo na chegada percebemos como os educandos, estudantes-ocupantes, exerciam sua autoridade, e seu apoio ao movimento grevista docente, estabelecendo limites à liberdade de acesso ao ambiente escolar. Tal controle do acesso, as tensões decorrentes e as posições dos e das ocupantes, direção da escola, comunidade local e autoridades públicas, foram objeto de matéria do Diário de Santa Maria, no dia 28/07, com título “*Reunião entre MP, 8ª CRE e professores busca resolver problema na Augusto Ruschi*”, e subtítulo “*Na tarde de terça-feira, estudantes que ocupam o colégio há um mês impediram o retorno das aulas*” (ARANGUIZA, 2016). Na referida matéria, a ocupação e suas causas viraram o problema a ser enfrentado. A posição da ocupação em não dialogar com jornalistas dos grandes veículos de comunicação foi usada ainda como justificativa para só aparecerem as vozes contrárias, as quais não falavam da ocupação, mas sim dos e das ocupantes, estes representados de maneira negativa como violentos, indisciplinados, sem reivindicação, não estudantes, ex-estudantes e não dialogáveis.

Neste dia, depois de mais de um mês de ocupação – e da manutenção do impedimento às aulas no turno da tarde, pois na manhã já havia sido liberada em acordo entre ocupantes e direção - ocorreu uma tentativa frustrada de retomada das aulas por parte da direção e do corpo docente da escola (o qual havia decidido pela retomada das aulas do turno da tarde). Tal episódio, pelo que afirmou Diário de Santa Maria, resultou em diversas situações de agressões e ameaças no portão da escola. Sobre as situações ocorridas neste dia, a vice-diretora do turno da tarde da instituição, Greice Raquel Mobs, afirmou em entrevista ao Diário de Santa Maria que

representantes da 8ª Coordenadoria Regional de Educação (8ª CRE) e do Conselho Tutelar, além da Brigada Militar e da Polícia Civil foram acionados [...] há dificuldade em dialogar com os manifestantes [...] a dificuldade é entender o que os alunos que não são daqui estão pedindo. Muitos dos que estão ali dentro são ex-alunos que tiveram problemas disciplinares e que, por isso, não estão mais na escola. Qual é a pauta deles? Eles mudam toda hora” (ARANGUIZ, 2016).

Em nota pela página da ocupação no facebook “Ocupa Augusto Ruschi” os e as ocupantes, referindo-se ao episódio do dia 28, criticaram as falas sobre falta de diálogo por parte dos e das ocupantes

depois de uma confusão generalizada em frente à escola, ficou acordado com a direção da escola uma reunião da equipe da escola com a ocupação para hoje às 16 horas. Nos preparamos para recebe-los e para que o diálogo ocorresse, porém a equipe da escola não apareceu. Perguntamos agora a todos que ontem deram depoimento para as mídias afirmando que a ocupação não abre espaço para diálogos, quem é que se recusa a dialogar? Quando surgem problemas, quem que tira o corpo? Esperamos uma posição e respostas da equipe que se comprometeu a dialogar (OCUPAB, 2016).

Nos dias seguintes, os e as ocupantes publicaram nova nota em sua página repudiando o tratamento que os meios de comunicação locais estavam dando à ocupação, referindo especialmente o episódio do dia 28, uma tentativa de volta às aulas por parte da direção da escola sem consulta à ocupação

Nós estudantes da ocupação Augusto Ruschi gostaríamos de esclarecer algumas informações distorcidas que foram divulgadas pela grande mídia nos últimos dias. (Jornal A Razão, Diário de Santa Maria e RBS TV Santa Maria). No dia 28/06 só barramos a entrada dxs (sic) professores e alunos pois a escola ainda está ocupada, e a direção com os professores fura greve decidiam em retomar as aulas, porém eles não chamaram uma reunião com os alunos que ocupam pra tentar um acordo a escola (sic) ou ao menos nos comunicam da decisão. Deixamos aqui nosso total repudio ao grupo RBS que novamente com MENTIRAS e DISTORÇÕES estão fomentando o ódio e colocando a comunidade contra nós que estamos resistindo com muita força e garra pra conquistar nossas reivindicações e garantir uma educação pública, gratuita e de qualidade. A mídia reverteu toda a história, em nenhum momento nós ameaçamos quem estava do lado de fora, pelo contrário, tentamos diálogo pra explicar o porquê gerou o tumulto o porque ainda estamos na escola e comunicar que falta pouco que estamos conquistando nossas reivindicações. Nós que fomos os ameaçados por pais, alunos e professores; ameaças de morte, pais invadiram a escola e bateram em aluno, um aluno apontou uma arma nos ameaçando, queimaram todas as nossas faixas que conseguimos fazer com bastante esforço, faixas de resistência de luta; essa parte a mídia não conta, a mídia não conta das nossas oficinas, roda de conversas, dos mutirões de limpeza, dos cines debates, dos aulões para o ENEM que ocorreram. Está perto de nós alcançarmos as nossas reivindicações, hoje mesmo vamos ter uma reunião com a 8º CRE e promotoria da justiça para assinar um documento garantindo o repasse das verbas para as escolas e assim conquistarmos: - Mais recursos para a merenda escolar; - A continuação das obras no ginásio da escola; - A reforma do bloco I, que está a 20 anos provisório, ou a construção de um novo bloco; AUGUSTO RUSCHI, É ESCOLA DE LUTA!! OCUPAR E RESISTIR!! (OCUPAa, 2016)

Tais episódios aconteceram duas semanas após nossa oficina, no entanto, o relato destes é importante para compreender as tensões que já estavam permeando o contexto das oficinas. No dia 7 de junho, semana anterior à nossa oficina, os e as ocupantes, funcionários, direção, professores e pais de alunos negociaram e acordaram o retorno das aulas de estudantes do 1º ao 6º ano (ARANGUIZ, 2016).

As turmas de 1º ao 6º ano, por iniciativa e proposição dos e das ocupantes, vieram a ser o público principal do Curso que fizemos. Dentro da escola fomos encaminhados à sala da Comunicação da Ocupação. Na sala uma jovem do ensino médio se apresentou como sendo responsável pela página e a pessoa que nos havia respondido quando fizemos a proposta da oficina pela página. Ela mostrou interesse na temática. Perguntou como íamos abordar o tema, pois entre as pessoas que estavam por ali havia quem fumava, quem cheirava e quem usava substâncias diversas. Ela disse que falar sobre drogas com essas pessoas era delicado, que ela, por exemplo, “não considera maconha uma droga”. Questionamo-la: se maconha não é droga, o que é droga então? Ela falou de outras substâncias ilícitas que considerava “mais pesadas” como aquelas que poderiam ser consideradas drogas. Explicamos nossa abordagem: perspectiva

não-proibicionista; drogas historicamente presentes nas sociedades; assunto geralmente negado nas instituições educacionais, especialmente nas escolas e inclusive nas universidades; saúde como construção sociohistórica que demanda a participação social na produção de saúde.

Ofereceram-nos o turno da manhã para desenvolvermos as oficinas: os mais “maduros” da manhã, estudantes da 5ª série, entre 10 e 13 anos, cerca de 100 estudantes. A realizar-se dali a dois dias. Olhamo-nos e decidimos: “vamos fazer sim”. A jovem que participou dessa conversa e que fez o contato inicial conosco continuou curiosa sobre a oficina. Ficou sentida, gostaria muito de participar, mas naquele dia não poderia. Por isso propôs fazer uma conversa ali, naquela hora mesmo, como que uma prévia das oficinas. Aceitamos. Ela então colocou algumas cadeiras em roda no pátio e saiu chamar pessoas para participar.

Aconteceu que as e os estudantes-ocupantes estavam ocupados, envolvidos em atividades de grafite, jogando ping-pong, ressignificando a vivência do espaço escolar naquele tempo de ocupação. Ninguém veio, permanecemos os três: a estudante e nós, proponentes da oficina. Fomos para os bancos do pátio e conversamos com ela. Nos questionou: “tenho amigos que usam drogas como cocaína e um até usou crack, mas eles não são aquilo que se fala e se imagina de pessoas drogadas, eu também, uso maconha, mas não sou drogada” (informação verbal)⁷. Retomamos a questão sobre o que é droga. Diferenciamos lícitas e ilícitas. Explicamos a história do proibicionismo desde os Estados Unidos da América nas primeiras décadas do século XX, a Lei Seca de 1929, o decorrente fortalecimento dos cartéis e do crime organizado tendo como figura emblemática do período Al Capone, até as convenções da ONU sobre drogas de 1961 e a consequente empreitada estadunidense a nível global de Guerra-às-Drogas como política externa de intervenção em países em desenvolvimento, especialmente da América Latina. Emprestamos para ela o livro “Maconha: mitos e fatos”, e lemos um trecho do texto de Guilherme Corrêa (2010), “Drogas para além do bem e do mal”, para refletir sobre o que é droga:

O que é droga? Do que falamos quando dizemos droga? Na atualidade, nesse final da primeira década do século XXI, quando dizemos droga nos referimos a ameaça à vida, a coisa que mata, ou então, como se diz muito por aí, principalmente nos meios especializados, a algo que altera a percepção, ou que altera as funções normais do organismo. Nesse ponto é bom lembrar que não há nada nesse mundo que não altere as tais funções normais. Qualquer apaixonado sabe disso, qualquer odioso sabe disso, qualquer ressentido sabe disso, qualquer pessoa que esteja contente sabe disso. Não é necessário sequer qualquer reforço químico para alterar as funções normais. [...] É uma palavra imensa. Qualquer coisa, pessoa ou situação que nos desagrade pode ser chamada de droga. Droga de vida! dizemos quando não gostamos do que estamos vivendo. Droga! dizemos ao pisar em um cocô de cachorro. Droga! dizemos sobre nós

⁷ A referida fala aconteceu no momento que conversávamos com ela sobre a oficina, as aspas não se referem à transcrição literal, mas de como lembramos que foi dita.

mesmos quando falhamos em alguma situação. Aqui, todavia, nos referimos a um conjunto de substâncias, e essa é outra palavra muito vaga, que classificamos como legais ou ilegais quanto ao uso, porte ou abuso. Mais especificamente nos referimos, com uma gravidade peserosa e densa, a substâncias classificadas pelas instâncias técnicas estatais, como ilegais. (CORREA, 2010, p.166-167)

A jovem estudante se manteve muito atenta durante a leitura. Conversamos um pouco mais e logo concluímos a conversa. Novamente, ela disse sentir não poder participar da oficina de terça. Nos acompanhou até a saída da escola, os adolescentes abriram o portão e nos despedimos. Aproveitamos o dia seguinte (segunda) para organizar os preparativos da oficina que ocorreria dali a dois dias, na terça-feira dia 14 de julho.

5.1.2 Ocupação do Instituto de Educação Olavo Bilac

Nossa aproximação aconteceu no dia 1 de julho de 2016. Procedemos de forma semelhante para a proposição da oficina, indo ao encontro dos e das estudantes-ocupantes. Fomos ao portão do colégio conversar com os e as ocupantes. Neste momento não sabíamos, mas eram os últimos dias da ocupação. No dia anterior (30 de junho) as negociações entre as escolas ocupadas e o governo do estado haviam resultado em um acordo, sendo iminente a desocupação, precisamente, no Olavo Bilac, dia 4 de julho.



Figura 2 - Instituto de Educação Olavo Bilac ocupado. Foto: Maiquel Rosauro

O Instituto de Educação Olavo Bilac fica no centro da cidade, possui turmas de Ensino Fundamental, Ensino Médio e Curso Normal de formação para o magistério. É um dos colégios mais antigos e tradicionais da cidade, fundado em 1901. Atende estudantes principalmente da

região central da cidade. Foi ocupado por estudantes no dia 30 de maio em meio à greve dos educadores estaduais e tinha como reivindicações “busca de uma educação de qualidade [...] contra a PL 44, lei que privatiza a escola pública”, manifestando também apoio aos professores em greve (PEREIRA, 2016).

Diferente da escola Augusto Ruschi onde as aulas foram paralisadas primeiramente e parcialmente pela adesão de educadores ao movimento grevista, depois completamente pela iniciativa dos e das ocupantes ao controlar o portão de acesso à escola, no Olavo Bilac as aulas foram paralisadas principalmente pela adesão de grande parte dos educadores ao movimento grevista. Neste colégio era possível perceber apoio da direção da escola à ocupação, a diretora Méri Musa Nogueira autorizou os alunos a “usar o refeitório da escola, além de salas e a rede de internet. Contudo [...] exige que alguns pais também durmam no colégio” pelo fato dos e das ocupantes do colégio serem menores de 18 anos (PEREIRA, 2016).

A aparência da frente da escola era semelhante às demais escolas ocupadas: inúmeros cartazes com as pautas de reivindicação e críticas à estrutura da escola, aos projetos privatizantes do governo do estado e às más condições de trabalho dos educadores, principalmente os repetidos parcelamentos e atrasos salariais. Apesar dos limites à autonomia dos e das ocupantes pactuados com a direção da escola, os e as ocupantes também permaneciam “de guarda” no portão da escola conversando com quem quer que fosse lá para prestar algum apoio ou buscar informações. Foi assim que iniciamos o contato para propor o curso.

Era uma sexta-feira, assim que saímos do encontro semanal do nosso grupo de pesquisa, que dessa vez havia sido no centro, nos dirigimos à escola para conversar com as e os ocupantes. Tocamos a campainha da portaria, nos atenderam alguns adolescentes que ali estavam, falamos da nossa proposta, nos pediram para aguardar para conversar com a coordenação da ocupação. Vieram mais alguns adolescentes, conversamos com o grupo ali reunido que era cerca de 6 pessoas. Agradeceram a proposta e nos perguntaram se poderia ser feito no dia seguinte (sábado), pela manhã, dado que não tinham nenhuma atividade marcada para aquele dia e já estavam se organizando para a desocupação nos próximos dias. Concordamos. Solicitamos se poderiam viabilizar os materiais necessários para a oficina, mas que de qualquer forma também os traríamos. Não nos deram uma previsão de número de participantes, mas disseram que seria no máximo 10 pessoas, pouco mais que o grupo que estava ali conversando conosco. Quem ocupava no momento era praticamente a coordenação da ocupação e um professor ou professora que ficava de responsável institucional.

5.2. MÉTODO DAS OFICINAS

Nossa equipe para ministração das oficinas era composta de 3 psicólogos mestrados de psicologia e pesquisadores da temática, 1 estudante de psicologia e estagiária em CAPS Ad e 1 redutora de danos formada pela escola de redutores de dano do Projeto Ítaca⁸.

Usamos de material nas oficinas: folhas de ofício A4, cartolinas, canetas hidrocor, fitas adesivas, revistas com figuras diversas e tesouras. Também retiramos no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas “Companhia do Recomeço” algumas dezenas de exemplares da cartilha “Nós Podemos Pensar” produzidas pelo Grupo Ítaca. A cartilha usa uma linguagem de história em quadrinhos para falar sobre drogas e saúde, nela, estudantes de uma escola, recém-saídos de uma palestra sobre o tema “Drogas, Nem Pensar!” conversam sobre as diferentes compreensões que o tema drogas pode gerar, constatam que remédios, cigarro, consumo exagerado de açúcar e gordura, agrotóxicos, podem matar mais que maconha, cocaína ou crack.

Segundo um dos autores da cartilha Guilherme Corrêa em entrevista ao Diário de Santa Maria sobre a mesma, esta

É um trabalho que ofereceu mais do que esperávamos. Queríamos saber o que é droga sem ter que dizer ou ter que ensinar. É comum usar uma noção de proibição das drogas. Nosso objetivo era pensar em educação a partir de um outro espaço que incluía, quem sabe, dúvidas, medos e aprendizados (MATGE, 2014).

Organizados os materiais que utilizaríamos nas oficinas, reuníamos a equipe e sistematizávamos uma proposta de método a partir das conversas que tivemos em cada escola. Realizamos 1 oficina em cada escola, ou seja, 2 oficinas. Deixamos a proposta de método aberta a alterações de acordo com cada realidade encontrada, sendo o principal fator de mudança o número de participantes.

O modelo de método utilizado foi a seguinte:

9h
Apresentação dos ministrantes do Curso e de como se construiu a proposta
Pergunta: Por que discutir drogas na escola?
Apresentação da Dinâmica de Trabalho do Curso
9h30
Divisão em Grupos (cada ministrante com um grupo)

⁸ Projeto Ítaca: redução de danos como ferramenta para práticas intersetoriais em saúde, projeto aprovado em edital do Ministério da Saúde coordenado pelo professor da UFSM Guilherme Corrêa envolvendo pesquisadores, profissionais, redutores de danos e pessoas interessadas no estudo e experimentação da Redução de Danos como ferramenta de cuidado à saúde. Blog do projeto: <http://projetoitaca.blogspot.com.br/>

Distribuição da Cartilha “Nós Podemos Pensar” produzida pelo Grupo Ítaca
Leitura da Cartilha nos Grupos (cada participante fala por uma personagem)
Discutir os conteúdos da Cartilha
10h30 – 10h45 intervalo
Confecção de Cartazes “O que é droga?” (recorte e colagem de figuras ou escrita)
Problematização sobre as definições do que é droga
Escrita de perguntas pelos participantes a serem respondidas pelos/as ministrantes do Curso
11h30
Dissolução dos Grupos e retorno ao grande Grupo para socialização dos cartazes e discussões
Leitura, resposta e discussão sobre as perguntas elaboradas

Quadro 1 – Método e Cronograma da oficina com descrição das atividades

Na divisão de grupos, cada ministrante coordenaria um grupo, tratando também de manter uma heterogeneidade de idades, nem somente muito novos, nem somente mais velhos. Nos grupos, a leitura da cartilha - uma história em quadrinhos, curta e dialogada – seguiria uma proposta de cada participante ler em voz alta o “balão de fala” de cada personagem, o que proporcionaria concentração dos e das participantes na leitura.

Após a leitura e discussão da cartilha, cujo objetivo era flexibilizar e ampliar o conceito sobre drogas, partiríamos para a confecção do cartaz “O que é droga?”. A ideia era problematizar substâncias ou objetos do cotidiano que também poderiam gerar vícios ou danos à saúde e às relações entre as pessoas como: açúcar, sal, agrotóxicos, computador, celular, refrigerante, etc. Estes objetos, a partir da provocação de enquadrar como droga ou não, no cartaz, gerariam a problematização sobre as relações singulares que cada um e cada uma estabelecia com estes em seu cotidiano, mais ainda, geraria um tensionamento nas limitações da definição de drogas presentes no senso comum. Perto do final desta etapa, aos e às participantes seriam distribuídos papéis para que escrevessem perguntas surgidas a partir das discussões e que seriam respondidas na última etapa, após o intervalo, pela equipe coordenadora da oficina.

Terminado o intervalo, reunidos todos e todas participantes, prosseguiríamos à socialização das discussões dos grupos a partir da apresentação dos cartazes elaborados por cada grupo. Após as socializações, reunidas as perguntas em um recipiente, às responderíamos, uma a uma, enquanto equipe de coordenação da oficina, buscando dialogar, nas nossas respostas, os referenciais teóricos, profissionais e acadêmicos com questões do cotidiano que aparecessem durante a oficina de modo a estimular uma percepção crítica de saberes e práticas em relação às drogas e às pessoas que usam.

5.3 RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS OFICINAS

A seguir, serão narrados os relatos das oficinas ocorridas nas escolas Augusto Ruschi e Olavo Bilac. Tais relatos provém das anotações de Diário de Campo do autor e de uma integrante do projeto que participou das duas oficinas. Da narração, partiremos para uma análise e discussão de elementos destacados dos relatos das oficinas articulando com a revisão teórica construída no início deste trabalho. Desta articulação, propomos pares antinômicos, a partir da Teoria das Representações Sociais, para discutir as tensões que permeiam ações de educação e saúde quando se propõem discutir as relações com as drogas numa perspectiva crítica, de exercício de autonomia, resistência e liberdade.

5.3.1 Resultado da Oficina no Colégio Estadual Augusto Ruschi

No dia 14 de junho de 2016, 24º dia da ocupação, aconteceu a oficina no colégio Augusto Ruschi. A oficina ocorreu no turno da manhã. Participaram em torno de 40 pessoas, entre elas, a maioria de estudantes era da 5ª série. Da equipe de coordenação da oficina participaram 2 psicólogos e 1 psicóloga pesquisadores da temática, 1 estudante de psicologia e estagiária de um CAPS Ad e 1 redutora de danos.

Logo que chegamos à escola, fomos recebidos por estudantes-ocupantes. As aulas do turno da manhã haviam sido liberadas por negociação entre a ocupação e a direção poucos dias atrás. Nos apresentaram a uma das professoras que acompanharia as oficinas e providenciaria os equipamentos que havíamos solicitado. Ao explicarmos para ela o propósito da oficina, ela nos disse para ter cuidado com o que disséssemos, pois “tem muitos que usam drogas, mas que, dependendo do que disserem eles podem entender que está tudo bem experimentar”. Em seguida nos conduziram até o auditório onde aconteceria a oficina. No caminho do auditório, pudemos perceber uma clareira com um tronco e brasas, provavelmente resquícios da noite anterior, era inverno, nada melhor que uma fogueira para reunir os amigos e resistir, inclusive ao frio. Chegando no auditório, logo nos trouxeram uma caixa de som com microfone. Dispusemos as cadeiras pelo espaço enquanto aguardávamos o início da oficina.

Chegadas as turmas, majoritariamente crianças e adolescentes de 5ª série, acompanhadas de uma professora, demos início à oficina. Iniciamos pela apresentação de cada um e cada uma da equipe de coordenação da oficina. Agradecemos aos e às ocupantes pela disposição e oportunidade daquele espaço. Apresentamos o método da oficina, como

funcionaria, os tempos, o intervalo e os seus objetivos. Prosseguimos à próxima etapa, divisão dos grupos.

Na divisão de grupos, cada ministrante ficou coordenando um grupo de aproximadamente 10 pessoas, sendo que um grupo ficou com duas coordenadoras. Tratamos também de manter uma heterogeneidade de idades nos grupos. Importante registrar que os e as de maior idade (cerca de 15 anos) eram ocupantes que estudavam no turno da tarde e ali estavam, pois ocupavam, e/ou tinham interesse no curso. Uma professora de uma das turmas presentes também acompanhou a oficina participando de um dos grupos.

Separámos os materiais para cada grupo e iniciamos com a discussão da cartilha “Nós Podemos Pensar” em cada grupo.

Nos grupos a leitura da cartilha fluiu tranquilamente, tanto pela sua forma - história em quadrinhos, curta e dialogada – como por seu conteúdo – acessível e preciso. A proposta de cada participante ler em voz alta o “balão de fala” de cada personagem funcionou para prender a atenção dos e das participantes. Aconteceram algumas pequenas interrupções e interações paralelas entre as pessoas dos grupos. Interações que não estavam fora do contexto da discussão. Da agitação de um menino em um dos grupos, logo foi dito por outra pessoa do grupo que o pai dele estava preso, já outro disse conhecer traficantes do seu bairro.

A leitura e discussão da cartilha foi exitosa no objetivo que lhe atribuímos: flexibilizar e ampliar o conceito sobre drogas. Isso apareceu de modo que as drogas ilícitas, na perspectiva de consumo, pouco apareceram nas discussões, o que mais as motivou foi a problematização de substâncias ou objetos do cotidiano que também poderiam gerar vícios ou danos à saúde e às relações entre as pessoas: açúcar, sal, agrotóxicos, computador, celular, refrigerante, etc.

No mesmo sentido das discussões geradas pela cartilha, a elaboração do cartaz “O que é droga?” consolidou as incertezas sobre enquadrar ou não substâncias ou objetos usualmente não definidos como drogas, ou supostamente impossíveis de se estabelecer uma relação aditiva ou problemática. Enquanto isso, algumas crianças e adolescentes de diferentes grupos circulavam e cutucavam pessoas de outros grupos necessitando por vezes intervenção da coordenação de cada grupo para manter seus participantes focados e à vontade para participar. O retorno que tivemos de cada grupo foi semelhante, assim como um bom número de perguntas escritas.

Fomos ao intervalo.

De pronto uma das professoras nos acompanhou até a sala das professoras para tomar um café e comer umas bolachas. Com algumas que estavam na oficina falamos um pouco do nosso grupo de pesquisa, dos estudos que fazemos e dos projetos que realizávamos. Ficamos

ansiosos por algum retorno “proibicionista” sobre a maneira com que abordamos uma temática tão delicada com crianças e adolescentes. Nenhuma manifestação nesse sentido, apenas ressaltavam a importância de conversar sobre drogas com aquelas e aqueles estudantes, pois as drogas estavam presentes das mais diversas formas no cotidiano daquelas crianças e adolescentes. Ainda, aconteceu uma situação constrangedora, quando estávamos na sala dos professores, um estudante-ocupante que participava das oficinas nos acompanhou até a sala, nesse momento uma das professoras disse ao estudante “tu sabe que tem gente que não gosta de te ver aqui dentro” (Diário de Campo, jun. 2016), ali percebemos como estava forte o tensionamento da ocupação com o corpo docente. Estava colocada em xeque a autoridade do professor, e ali, naquele lugar docente por excelência não se podia perder a oportunidade de reafirmar a autoridade.

Voltamos do intervalo e partimos para a socialização das discussões. Foram muito interessantes e semelhantes. Participantes de cada grupo expuseram seus cartazes e as discussões que foram produzidas, dando destaque para os objetos que geraram mais controvérsia em ser definidos como drogas ou não. A proposta do cartaz aliada à cartilha proporcionou uma reflexão sobre drogas para além das definições de lícitas e ilícitas, conversamos sobre as relações com objetos no cotidiano e os impactos destas nas relações com pessoas que estão à nossa volta, na família, na escola, no bairro, etc

No momento de respostas às perguntas percebemos um pouco da demanda daquela jovem ocupante que nos abordou para conversar. Perguntas sobre maconha, sobre proibicionismo, sobre quais fazem “mais mal” e quais fazem “bem”. Abordamos as perguntas numa perspectiva crítica: informamos sobre os perigos por trás de coisas “inofensivas” do cotidiano como sal, açúcar e agrotóxicos e ressaltamos a importância de cuidar das pessoas sem preconceito pelo que elas usam ou deixam de usar, de tomar a escola e a educação como lugar de reflexão, sem tabus, sobre as coisas do cotidiano e da sociedade.

O deslocamento da perspectiva de respostas prontas e o estímulo a reflexão crítica proporcionada pela oficina gerou uma inquietação por perguntas sobre temas usualmente permeados por verdades inquestionáveis. Como se vê no conteúdo das perguntas escritas nos papéis:

1. “Por que maconha é bom?”
2. “Coca cola faz muito mal mesmo?”
3. “Qual os efeitos da cocaína?”
4. “Remédio é droga?”
5. “Porque as pessoas fumam?”
6. “Quem lucra com as drogas ilícitas?”
7. “Qual crack [sic] mata mais rápido e qual mata mais lento?”
8. “Telefone é realmente vício ou droga?”
9. “Remédio que dá doença [sic] é droga?”
10. “Chocolate é droga ou não?”
11. “Por que café é droga?”
12. “Quais são os tipos de drogas que matam?”
13. “Quanto os agrotóxicos podem ser prejudiciais a saúde?”
14. “O que eu penso sobre o texto [cartilha] é que ele fala sobre uma coisa muito importante que as drogas são coisas ruins e sempre vão nos levar para um mal caminho e nunca para o bom caminho”
15. “Eu achei o texto muito interessante por que fala sobre as drogas e isso dá um alerta”
16. “Pode morrer usando droga”
17. “Qual o efeito das drogas no organismo?”
18. “Qual o efeito da droga no organismo? Qual é a droga mais forte?”
19. “Por que fumam cigarro e não conseguem parar mais?”

Quadro 2 - Perguntas escritas nos papéis ao final da oficina sobre drogas na escola Augusto Ruschi

A oficina durou todo o turno da manhã. Alguns dos estudantes ocupantes nos acompanharam até a saída e nos agradeceram pelo curso. Nos despedimos e saímos pelo portão da frente que estava aberto, pois recentemente haviam decidido manter o funcionamento normal da escola pela parte da manhã onde se concentravam maior parte das turmas do ensino fundamental, diferente da tarde onde se concentravam as turmas de ensino médio, de onde provinha maior parte dos e das ocupantes, e que talvez por isso as aulas estavam impedidas de acontecer por parte da organização da ocupação.

5.3.2 Resultado da Oficina no Instituto de Educação Olavo Bilac

As pessoas que participaram eram praticamente aquelas que estavam ocupando a escola no momento da oficina. Enquanto equipe de coordenação da oficina estávamos em duas pessoas: uma psicóloga e um psicólogo, ambos pesquisadores da temática. Havia uma professora acompanhando o grupo. Dirigimo-nos a uma sala utilizada pelos professores e organizamos o material que usaríamos na oficina. Nesse meio tempo nós modificamos o método da oficina de acordo com o contexto que encontráramos. Simplificamos: fizemos somente um grupo, uma roda; mantivemos a leitura e discussão da cartilha; transformamos a confecção do

cartaz “O que é droga?” em uma pergunta dentro do diálogo que se estenderia da discussão da cartilha.

Após uma apresentação de quem éramos e da apresentação de cada participante do grupo (nome, idade e série), seguimos para a leitura da cartilha. Novamente a leitura da cartilha proporcionou uma discussão mais ampla sobre o conceito de drogas para além das definições de lícitas e ilícitas. Ao discutir sobre dependência como algo que pode ocorrer na relação com quaisquer objetos, levando em conta a trama de relações com pessoas do meio familiar, do bairro e da escola, assim como as informações e representações que recebemos diariamente dos meios de comunicação, as discussões se centraram no que leva o sujeito a tornar-se dependente ou “viciado”: “como eu sei se estou viciado?”, se era uma questão de caráter ou genética, como algo inato do sujeito que tem uma propensão maior ou menor à dependência; uma questão de criação familiar, através de valores construídos e exemplos dados no ambiente familiar; uma questão de influência de amigos a que uns estariam mais ou menos suscetíveis a depender das duas questões anteriores; uma questão de moral, de pessoas boas ou más, confundindo-se com algo inato e que também pesaria nas questões anteriores. Respondemos que um modo de pensar essa questão é refletir o quanto o tipo de relação com um determinado objeto afetado negativamente ou não outras relações importantes para a pessoa.

Um participante do grupo contou sobre palestras sobre drogas que haviam ocorrido na escola tempos atrás. Numa dessas palestras o ministrante era um “ex-dependente” que falava como as drogas eram ruins, como ele esteve no fundo do poço e como conseguiu se recuperar através da religião e da força de vontade, sendo o trabalho dele agora realizar palestras nas escolas sobre os males das drogas. Ao final, conta o participante, o palestrante tentou vender para o público presente camisetas de diga não às drogas. Outra dessas palestras foi dada por um policial militar, nela foram distribuídos questionários sobre drogas (se já usou, o que usou, que frequência, como teve contato, etc.) para o público o preencher. Pelo modo como o participante relatava a palestra, ficou evidente que nem ele nem a maioria levou a sério os questionários. Um policial palestrante fez ainda a ingênua pergunta “o que você faria se te oferecessem vinho?”, o estudante nos disse que sabia o que deveria ser respondido, mas que no fundo obviamente aceitaria. Contou ainda, dando risada, da falta de noção do policial em dizer para crianças e adolescentes, que no geral querem ser mais velhas, como o cigarro leva ao envelhecimento precoce.

Outro momento interessante do grupo foi quando a professora que acompanhava os e as ocupantes, e que também estava participando da oficina, deu seu relato de envolvimento com drogas desde a juventude até a vida adulta, o que lhe ocasionou diversos problemas familiares

e profissionais, e que a partir de tratamentos de saúde que realizou havia deixado de usar drogas. Nesse momento, ressaltamos que, para além do bem e do mal que as drogas podem causar, importante é pensar sobre as relações estabelecidas com elas e as pessoas que as usam, sem preconceito ou discriminação, pensar também sobre os discursos midiáticos e biomédicos produtores e impositores de padrões de comportamento que muitas vezes leva à estigmatização e exclusão de pessoas desconformes aos padrões. Os e as participantes-ocupantes também disseram de bebedeiras de colegas e de como estes eram marcados negativamente pelos outros por estes episódios.

Portanto, constatamos, dialogamos e reafirmamos a cotidianidade no ambiente escolar das relações com as drogas e com pessoas que as usam, por ouvir falar, por conhecer alguém que usa/usou, por usar e também, o que objetivamos a partir da nossa oficina, por refletir sobre, para construção de sujeitos críticos aos discursos hegemônicos e seus atravessamentos excludentes e estigmatizantes nas relações cotidianas, no ambiente escolar, familiar e comunitário.

5.3.3 Análise e discussão

Optamos por construir categorias de análise a partir de elementos comuns e contraditórios que surgiram a partir dos diálogos nas oficinas e que se relacionam com as representações sociais hegemônicas da ideologia da Guerra-às-Drogas e suas expressões nos meios de comunicação de massa e cotidiano brasileiro. Retomando o objetivo das oficinas - movimentar as representações sobre drogas no ambiente escolar através do diálogo - as categorias, ou antinomias, como explicaremos a seguir, parecem, em alguma medida, representar temas que embasam significações e atribuições de sentido que estão no centro da coesão grupal.

As categorias foram construídas a partir do conceito de antinomia das representações sociais, portanto, de pares antinômicos. Aqui os pares antinômicos são pensados conforme Marková (2006), que indica significados opostos que coexistem em um mesmo conceito, articulando oposição e complementaridade, ou seja, um termo contém e delimita o seu oposto. Exemplo: dia/noite, quente/frio, vida/morte, eu/outro, social/indivíduo, ying/yang, etc. Nesse sentido, a Psicologia Social Crítica atenta para uma dimensão relacional das antinomias quando indica que o que está dito supõe a existência do que não está dito e considera ambos como aspectos distintos da totalidade de um mesmo fenômeno (GUARESCHI, 2012).

Marková (2006) traz a dialética de Hegel como um exemplo da expressão de antinomias existindo em tensão e conflito - como princípio único que move a realidade, sempre presente e em permanente transformação nos fenômenos da vida em movimento; como natureza do pensamento, sendo a mente a realização do desenvolvimento do mundo - em contraposição à abordagem estática de Aristóteles sobre os fenômenos, em que uma coisa não pode estar e não estar ao mesmo tempo em um determinado lugar. São exemplos de abordagens distintas, que não se excluem, e trabalham as antinomias de maneiras específicas, uma na estaticidade ideal, outra no movimento do real. Para a autora as antinomias estão presentes na história da humanidade e são constituintes da ontologia do ser humano, sendo elas, na linguagem e no pensamento, uma expressão da dialogicidade:

A dialogicidade é a capacidade fundamental da mente humana em conceber, criar e comunicar sobre realidades sociais em termos do Alter, [...] Somente quando chegamos à antinomia Alter-Ego é que o fato da hipótese da dialogicidade ser tão fundamental à inteligência humana pode ser formulada. É nessa altura que o nosso argumento a respeito da natureza universal do pensamento e da comunicação em antinomias pode ser revertido, pois agora as antinomias podem ser vistas em termos de suas significâncias dialógicas. Se o Alter-Ego é uma ontologia da comunicação e, por implicação, uma ontologia da mente humana, então é a dialogicidade que gera os tipos diversos de pensamento e de comunicação. Portanto, as antinomias no pensamento e na linguagem tem que ser uma expressão da dialogicidade. Elas são processos e produtos dialógicos. A dialogicidade, contudo, poderia fornecer substância para a teoria dialógica do conhecimento social, isto é, para a epistemologia dialógica. Consequentemente, a dialogicidade pode parecer um ótimo ponto de partida para a formulação da psicologia social. (MARKOVÁ, 2006, p.128-129)

As antinomias escolhidas acreditamos estarem intrinsecamente relacionadas às representações hegemônicas construídas a partir do fenômeno ideológico da guerra-às-drogas e (re)produzidas por pessoas, grupos e instituições nas interações do cotidiano. Por isso, expressam marcos dialógicos ou “thematas”, na perspectiva da TRS uma possibilidade concreta de estabelecer um “laço entre cognição e comunicação, entre operações mentais e linguísticas” (MOSCOVICI, 2003, p. 217), uma articulação do microssociológico ao macrossociológico, de visões gerais e representações particulares, processos que

objetivam, em todo discurso, a estabilização dos sentidos na forma de relações características do tema (adjetivos), induzindo imagens de situações ou maneiras de ser das coisas e do mundo. São processos, em síntese, que associam constantemente nosso conhecimento comum com nosso conhecimento discursivo e o constato de nossas maneiras de ancoragem cognitiva e cultural. Por conseguinte, de uma maneira concreta nossas representações, nossas crenças, nossos preconceitos são sustentados por uma representação social específica. (idem, p. 224)

Nas experiências das oficinas, o cotidiano do ambiente escolar no contexto das ocupações estudantis, do movimento grevista de educadores estaduais, do fenômeno da Guerra-às-Drogas representa o macrossocial onde os processos dialógicos foram construídos com

objetivo de movimentar, no microssocial, representações sociais sobre drogas. Os saberes e práticas de sujeitos para consigo e com os outros, quando se fala de drogas, neste contexto específico de exercício de liberdade, resistência e autonomia.

Os pares antinômicos escolhidos foram: **autoridade e liberdade**, suas expressões e relações entre ocupantes, docentes (grevistas ou não), direção da escola, comunidade local e autoridades públicas a partir das ocupações estudantis, assim como suas expressões e relações com as políticas de saúde e drogas, de poder decidir o que é melhor para sua saúde; **produz morte e produz vida**, suas implicações na definição do que são as drogas, na definição de quem são as pessoas drogadas ou não, do que faz bem ou mal, do que produz morte ou vida.

5.3.1 Entre Autoridade e Liberdade: tensões no acesso às drogas/escolas

O controle/trancamento dos portões de acesso à escola logo da ocupação destas representa a inscrição objetiva da antinomia autoridade e liberdade nas relações cotidianas do microcosmos das ocupações. Poderia parecer autoritarismo, não houvesse aí, no estabelecimento desses limites pelos ocupantes, a própria condição para exercício de sua liberdade e autoridade, *“da resistência, da indignação, da justa ira [...] do seu direito e do seu dever de rebelar-se contra as transgressões éticas de que são vítimas cada vez mais sofridas”* (FREIRE, 1996, p. 63). Esta ação do controle do acesso invoca a *“tensa e dramática relação em que ambas, autoridade e liberdade, vivendo plenamente seus limites e suas possibilidades, aprendem, sem tréguas, quase, a assumir-se como autoridade e como liberdade”* (FREIRE, 2015, p.38). Os limites dessa tensa relação vão sendo construídos e repensados no exercício da autonomia posta em prática. Justamente pela tensão dessa relação, esse exercício de liberdade e autoridade - que possibilitava a ocupação pelos estudantes e impedia a realização de aulas como forma de apoio à greve dos educadores - foi motivo de conflitos entre ocupantes, estudantes não-ocupantes, docentes grevistas e não-grevistas, comunidade local e autoridades públicas.

Moscovici (2011, p. 214) em “Psicologia das Minorias Ativas” busca compreender de que maneira as minorias poderiam exercer influência sobre as majorias, segundo o autor, *“a influência de uma minoria se deve, sobretudo à consistência de seu comportamento, à confiança que os sujeitos manifestam a partir de sua conduta, à segurança que os sujeitos lhe atribuem por este comportamento consistente”*. Na mesma obra, o autor afirma que a influência da minoria se efetiva somente após outros sujeitos seguirem o primeiro sujeito da minoria que tem o ato inovador, conferindo uma dimensão social à ação inovadora do primeiro. A decisão

de ocupar é o ato inovador da minoria, a decisão de controlar os portões de acesso, e manter o controle até o final, consolida a influência e representa a consistência do comportamento. Nessas ações há o estabelecimento de limites, mas não basta estabelecer: para consolidar a influência é necessário consistência no exercício de autoridade e liberdade dentro dos limites estabelecidos. São estes os dois primeiros atos de exercícios da autonomia, respectivamente.

Tais decisões tomadas pelos e pelas estudantes possibilitaram um tensionamento das normas e tradições estabelecidas, as de que, em um movimento de docentes, estudantes não poderiam exercer protagonismo, e tantas outras que podem decorrer de um movimento de minorias em enfrentamento à cultura dominante. No caso das oficinas, um enfrentamento de discutir drogas na escola em uma perspectiva crítica, ou ao menos, desviante das normas estabelecidas. Tal enfrentamento possibilitou uma geração de dúvidas sobre certezas até então hegemônicas sobre o tema em questão, abrindo-se, com isso, a possibilidade para a mudança por meio da transformação de ideias e práticas nas relações cotidianas, como vemos em Moscovici (2011, p. 186-188):

Quando um indivíduo ou subgrupo isolado se distancia desta linha de concordância, desta classificação geralmente aceita, a convergência das respostas individuais em relação a esta norma fica interrompida e se mostra como uma exceção em relação à conformidade, que de resto se mostra onipresente. Além disto, esta minoria cria a dúvida sobre a certeza do julgamento da maioria, apresentando um modelo diferente para realizar os mesmos objetivos e explicar os mesmos fenômenos. Esta substituição da uniformidade pela diversidade aumenta a incerteza do grupo de duas maneiras. Em primeiro lugar, afeta a consistência da pressão social sobre cada membro do sistema social e constitui uma ameaça dirigida contra o consenso social unânime, onde antes imperava só uma “cultura”, agora se encontram duas “culturas” frente a frente, sendo que a segunda oferece à primeira uma possibilidade de mudança. Em segundo lugar, a introdução de dimensões completamente novas, ou o rearranjo de antigas dimensões, e a criação de diferenças ou de contrastes onde antes não os havia, provocam uma perturbação da consistência interna (intraindividual) [...] O rearranjo das dimensões sociais existentes explica as mudanças que se produzem inesperadamente na arte, na ciência e na vida econômica. [...] a minoria transforma o que, desde o ponto de vista da maioria, só pode considerar-se como uma negação da lei ou da concepção tradicional da realidade, em uma nova lei, ou uma nova concepção da realidade que oferece uma solução de mudança.

Nesse sentido, as ocupações e as oficinas poderiam representar o que Freire fala de um dos grandes desafios da humanização em tempos de capitalismo neoliberal e sua ideologia fatalista, o de apontar a mudança como difícil, mas possível. O protagonismo de estudantes nos processos de ocupação das escolas em meio à greve docente tensionou o arranjo das dimensões políticas das lutas em defesa da educação pública e da luta de classes. Referimo-nos aqui especialmente aos arranjos da construção do processo educativo, das relações docente-estudante marcadas pela hierarquia e autoridade e assimetria nas relações de poder. Tais arranjos foram tensionados pelo exercício de autonomia de estudantes, pelo exercício de sua

autoridade e proposição de novos limites à autoridade docente no ambiente escolar durante as ocupações, repercutindo no assumir riscos e responsabilidades sobre sua educação neste novo momento de conflito e tensão.

Se por um lado reconhecemos as oficinas construídas nas escolas como autêntico exercício de autonomia da minoria ocupante, por outro, faz-se necessário estabelecer algumas distinções nos processos relacionais de exercício de autonomia nas duas escolas, ou seja, nas relações estabelecidas entre ocupação, direção da escola, estudantes e docentes da escolas, movimento grevista, comunidade local e autoridades públicas.

Em que pese as oficinas terem ocorrido em momentos distintos: a do Augusto Ruschi quando o término das ocupações não estava em perspectiva próxima, a do Olavo Bilac quando o término destas já estava definido para dali a poucos dias, era evidente um maior nível de tensionamento e exercício de autonomia nas relações da primeira escola do que na segunda. Considerando-se exercício de autonomia como exercício de liberdade e autoridade com a construção de seus limites na reflexão crítica das práticas, e, ainda, como processo que produz conflitos, tensões e enfrentamentos nas relações onde se exerce. Percebemos uma relação, nas ocupações, entre maiores níveis de tensionamento e maior exercício de autonomia.

Ou seja, na ocupação do Augusto Ruschi, mesmo diante dos conflitos com a direção da escola, com a comunidade local, com os meios de comunicação locais, e com as autoridades públicas, a oficina ocorreu com um grande número de participantes, ainda, com o apoio de professores de séries iniciais que liberaram suas turmas para a atividade; mais que isso, obtiveram sucesso na conquista de suas pautas locais. A ocupação do Olavo Bilac, pelo contrário, estava marcada pelo apoio da direção desde seu início; a paralização das aulas dando-se mais pela adesão de docentes ao movimento grevista que pelo exercício de autoridade de estudantes no controle do portão da escola⁹; a participação de estudantes na ocupação condicionada a autorização escrita dos pais e à presença permanente de um docente da escola; a participação na oficina resumindo-se a quem estava no momento de sua realização, com direito a almoço no refeitório da escola após o término da oficina. Dessas impressões, a mais significativa para análise das relações do exercício de autonomia foi o controle de acesso à escola, enquanto na Augusto Ruschi era uma necessidade central para autenticar a autoridade da ocupação, no Olavo Bilac, a autenticação da ocupação pelos estudantes, não passou pelo controle do portão, limitando-se, talvez, à escolha das atividades a serem desenvolvidas na ocupação, certo é que o exercício de autonomia dos ocupantes tinha seus limites impostos não

⁹ Estas informações, para além da nossa percepção a partir da nossa vivência na construção e realização da oficina, foram confirmadas por uma docente da escola que participou do movimento grevista.

pelos estudantes, mas pela direção da escola. De qualquer forma, apesar das diferenças no exercício da autonomia no microssocial, a nível macrossocial ambas contribuíram para amplificar as pautas defendidas pelo movimento grevista docente.

Nesse sentido, guardadas as diferenças de cada ocupação, entendemos as oficinas e demais atividades realizadas durante as ocupações como exercício de autonomia, de produção de novas normas sobre a educação de que tradicionalmente são objetos, da eleição de velhos temas sob novas formas porque agora sujeitos de sua educação. Assim, as duas ocupações receberam e concordaram com a nossa proposta de oficina. Importante dizer “concordaram”, pois decidiram, não lhes foi imposta a oficina como usualmente acontece as atividades de “prevenção às drogas” nas escolas. No entanto, é importante ressaltar que na Augusto Ruschi fomos “entrevistados” por uma das ocupantes e tivemos de apresentar nossa proposta previamente, preocupada que estava a jovem de acabar promovendo uma oficina proibicionista. Justamente na oficina do Bilac contaram-nos de uma palestra que ocorrera na escola aos moldes do Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD), ministrada por homens fardados e armados da polícia que aplicaram questionários e aterrorizaram sobre os malefícios das drogas e o perigo que representa as pessoas que as usam.

Uma das principais políticas do governo no sentido de dar respostas às problemáticas em relações às drogas é o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas” (BRASIL, 2010). O plano objetiva a prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas; contempla a participação dos familiares e atenção aos públicos vulneráveis, entre outros, crianças, adolescentes e população em situação de rua; articula as ações e serviços do Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social, órgãos de segurança, órgãos governamentais e não-governamentais, em consonância com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

A criação desse Plano, segundo Denadai (2017, p. 6), deu-se

acompanhado pelo espetáculo dirigido pela mídia (iniciado em 2009 ainda na gestão de Lula), sobre a suposta “epidemia” do crack [...] juntamente com a pressão dos parlamentares ligados as Frentes Parlamentares “Anticrack” [...] grandes responsáveis para que as comunidades terapêuticas para o tratamento de usuários e dependentes de drogas se tornassem pauta do gabinete presidencial de Dilma, que prometeu transferência de recursos do Ministério da Saúde para tais instituições.

Ou seja, o referido plano, se encontra no escopo das políticas de Guerra-às-Drogas, é mais do mesmo, impulsionado por velhos atores, mirando um “novo” objeto e reprimindo os mesmos grupos sociais. Embora o Plano (Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010) não refira

em nenhum momento a redução de danos, dispõe no § 2º, Art. 1º a consonância do Plano com os pressupostos, diretrizes e objetivos da Política Nacional sobre Drogas. A partir deste referente normativo, as oficinas oferecidas pautaram-se pela perspectiva da redução de danos. Nos objetivos desta Política (BRASIL, 2011, p. 15-20), entre outros, está “*educar, informar, capacitar e formar pessoas em todos os segmentos sociais para a ação efetiva e eficaz de redução da demanda, da oferta e de danos, fundamentada em conhecimentos científicos validados e experiências bem-sucedidas, adequadas à nossa realidade*”, em suas diretrizes afirma a necessidade de reconhecer a estratégia de redução de danos, amparada pelo artigo 196 da Constituição Federal, como “*medida de intervenção preventiva, assistencial, de promoção da saúde e dos direitos humanos*”, assim como “*incluir a redução de danos na abordagem da promoção da saúde e prevenção, no ensino formal (fundamental, médio e superior)*”.

A redução de danos no âmbito do SUS é regulada pela Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005. Contudo, a definição da redução de danos por esta portaria contradiz as políticas hegemônicas sobre drogas, pois, ao investir na liberdade e autoridade da pessoa para definição das possibilidades e potencialidades de saúde na sua relação com as drogas, conflita com as representações hegemônicas de que a saúde, no uso de drogas, somente se produz na abstinência. Ou seja, não prescreve, a partir da autoridade profissional ou estatal, medidas de saúde autoritárias a serem seguidas, mas sim abre a possibilidade de construções dialógicas que, respeitando a autoridade e liberdade da pessoa, promove autonomia ao possibilitar a construção da saúde enquanto busca permanente, como assunção compartilhada de responsabilidades no exercício da liberdade e autoridade. A redução do consumo e da oferta, um dos objetivos do plano de enfrentamento ao crack e da política nacional sobre drogas, deixam de ser determinação, mas possibilidade, conforme Portaria 1.028 de 2005 do Ministério da Saúde quando estabelece que a política de

redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo. (BRASIL, 2005)

Acselrad (2013, p. 96), em seu texto “Drogas, Educação para a Autonomia como Garantia de Direitos”, diz que “*fala-se muito em prevenção às drogas, quando na verdade precisamos de fato educação sobre drogas*”. Exercitar autonomia, na visão freireana (1996), é decidir, assumir riscos e responsabilidades, no caso das oficinas os e as ocupantes puderam decidir a educação sobre drogas que gostariam, ou melhor, que não gostariam: o discurso proibicionista. Esse foi o terceiro ato de exercício de autonomia. Segundo Acselrad (2003, p.

101), em acordo aos pressupostos freireanos, uma educação para autonomia redefine, também, o lugar do educando:

O risco do uso de drogas aumenta na proporção direta da prática da educação bancária de acumulação de informações sem reflexão, segundo a qual cabe ao educador ensinar e ao aluno, escutar e repetir. Porque dessa forma, não há produção de conhecimento, mas sim reprodução do que está dado, o sujeito não é chamado a conhecer, apenas memoriza mecanicamente, recebe de outro algo pronto. De forma vertical e antidialógica, a concepção bancária de ensino age no sentido da passividade. Informa de forma reducionista que a droga faz mal, que as drogas tornadas ilícitas fazem mais mal e são as mais consumidas. Dissemina a ideia falsa que toda experiência leva à dependência, que os danos decorrentes do uso de drogas são inexoráveis e generalizáveis.

Diante da inspiração prisional da arquitetura do Colégio Augusto Ruschi, como consta no próprio site da instituição, arriscaremos uma analogia sobre os entrelaçamentos do proibicionismo com a educação nesse contexto de ocupações estudantis. Segundo Carvalho et al. (2006), em estudo sobre o perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro, das 2039 pessoas entrevistadas, homens e mulheres, 920 afirmaram ter usado uma ou duas drogas e 903 terem usado três drogas ou mais, sendo as principais cocaína, álcool, maconha e tranquilizantes. Ainda, segundo o VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino (2010), embora não trate sobre o consumo de drogas no ambiente escolar, as mesmas drogas (maconha, cocaína, álcool e tranquilizantes), e muitas outras, são acessíveis com relativa facilidade por estudantes de escolas públicas e privadas. Com isso queremos dizer: nos presídios ou nas escolas, na sociedade em geral, o autoritarismo, o controle e a repressão jamais lograram, e jamais lograrão, barrar o acesso e o consumo de drogas ilícitas, o que nos levar a pensar se as consequências danosas das políticas que se embasam nessas práticas não seriam os reais objetivos de tais políticas, ou seja, encarceramento e extermínio de determinados grupos da população. Da mesma forma a abordagem proibicionista nas escolas, uma ilusão, como percebemos na fala da professora do Augusto Ruschi quando, ao reconhecer o uso de drogas entre estudantes, pede-nos para dizer que “*não está certo experimentar*”, ou seja, realizar uma condenação moral de toda e qualquer experiência com drogas, como se algum diálogo fosse possível de se estabelecer a partir do desrespeito à autonomia de quem decide usar ou experimentar.

Portanto, o exercício da autoridade no ambiente escolar, que opte pelo viés proibicionista, pelo autoritarismo e pelo controle, além de não lograr relações dialógicas, tem uma realidade que demonstra a fantasia de tais abordagens alcançarem seus objetivos, quais sejam: prevenir o consumo e erradicar a demanda e oferta de drogas. Uma perspectiva dialógica

e promotora de autonomia no âmbito da educação deve respeitar a liberdade de estudantes em decidir e assumir as responsabilidades de suas decisões, tal qual na perspectiva da redução de danos no âmbito das políticas de saúde e humanização do SUS.

5.3.2 Morte e Vida: quais drogas produzem uma ou outra?

Em ambas as oficinas trouxemos as informações sobre as principais causas de mortalidade no Brasil com propósito de tensionar os discursos que associam o consumo de drogas ilícitas à morte. A ideia de que “drogas matam”, não tanto como afirmação, mas como questão, foi recorrente nas falas de participantes das oficinas: “*pode morrer usando drogas?*”, “*quais tipos de drogas matam?*”, “*qual crack mata mais rápido e qual mata mais lento?*”. Ou seja, associaram os aspectos danosos e adictivos de relações que podem ser estabelecidas com as drogas como a certeza da morte. Daí entendemos onde “ancora”, para usar um conceito da TRS, o objeto droga: algo que vicia e mata, mais rápido ou mais devagar, dependendo se mais forte ou mais fraca.

Para Moscovici (2003, p.61), na ancoragem, um objeto “ancora” em uma estrutura específica de saberes, valores e crenças, constituída a partir das experiências de leitura do mundo e de subjetivação do sujeito, “*é um processo que transforma algo estranho e perturbador, que nos intriga, em nosso sistema particular de categorias e o compara com um paradigma de uma categoria que nós pensamos ser apropriada*”. Nesse sentido, pensando a categoria drogas e os processos de subjetivação impulsionados pelo paradigma proibicionista da Guerra-às-Drogas, drogas seriam somente as ilícitas. Então, ao perceber um objeto estranho associado às características dos objetos de uma determinada categoria, esse é categorizado por um processo de familiarização, e passa a assumir as características dos demais objetos pertencentes à categoria enquadrada. Esse processo, que acontece a nível cognitivo, pode ser sentido através da “*objetivação*”, sua passagem ao social por meio da seleção de imagens que a pessoa dispõe para materializar uma abstração, reproduzindo, nessa seleção de imagens, o que Moscovici (2003, p. 72) chama de “*padrão de núcleo figurativo*”, “*um complexo de imagens que reproduzem visivelmente um complexo de ideias*”. Exemplo desse processo foi um vídeo, talvez feito para divulgação de uma marca (pois refere-se a uma sandália e foi feito por um grupo privado de comunicação), em que pessoas nas ruas foram abordadas com a pergunta “O

*que você faria se descobrisse que seu filho usa CROCS?”*¹⁰, mesmo não sabendo o que era “croc”, pelo modo que foi feita a pergunta, as respostas foram “*procurar uma ajuda, né? Principalmente psicológica*”, “*eu considero mais certo o tratamento*”, “*pior é que tá dentro da escola...*”, entre outras. Se o experimento foi montagem ou não, serve como uma boa analogia.

Decidimos então tensionar esse sistema de categorias construído pelo paradigma proibicionista por meio da inclusão de outras substâncias que também compartilham características negativas desse sistema de categorias: causar dano e levar à morte. Afirmamos: remédio também é droga; sal e açúcar também produzem danos à saúde, inclusive estão associados às principais causas de mortalidade; a grande maioria dos alimentos que consumimos contém agrotóxicos, substâncias que causam danos à saúde e que podem levar à morte; ou ainda, que na Guerra-às-Drogas o que mais mata é a violência do tráfico e a repressão policial. Tentamos com isso despolarizar o reducionismo de que as substâncias conhecidas como drogas ou fazem bem ou fazem mal, ou produzem morte ou produzem vida. Os efeitos desse tensionamento discutiremos ao final desse tópico, antes faremos algumas referências ao que sustentou nossas afirmações.

Segundo o DataSUS, doenças do aparelho circulatório (349.642), neoplasias/câncer (209.780) e diabetes (59.641), juntas representaram 49,8% (619.063 de 1.264.174) das causas de óbito em 2015. Já transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool e outras substâncias psicoativas representaram 14.888 (1,17% do total de óbitos). As causas majoritárias de óbito guardam íntima relação com substâncias aparentemente inofensivas utilizadas na alimentação diária, como sal e açúcar, que dependendo da quantidade e do modo de uso ao longo da vida, pode desenvolver hipertensão, diabetes e outros problemas de saúde (SICHIERI, R. et al, 2000). Por fim, mas não menos importante, acrescentamos outro item à lista de substâncias potencialmente nocivas e aparentemente inofensivas do cotidiano: os agrotóxicos.

Sobre os agrotóxicos no Brasil, o Dossiê da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO, 2015) aponta que: 64% dos alimentos estão contaminados por agrotóxicos (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2013), 34.147 notificações de intoxicação por agrotóxico foram registradas de 2007 a 2014 (Ministério da Saúde/DataSUS), 288% foi o aumento do uso de agrotóxicos no Brasil de 2000 a 2012 (Sindicato Nacional das Empresas de Aviação Agrícola) e 12 bilhões de dólares foi o faturamento da indústria de agrotóxicos no Brasil em 2014 (Associação Nacional de Defesa Vegetal).

¹⁰ Esse “experimento” pode ser encontrado buscando no youtube “O que você faria se descobrisse que seu filho usa CROCS?”

As estratégias das empresas, além da judicialização, têm sido exercer, mediante lobby, influência sobre parlamentares e gestores como forma de pressionar as políticas de Estado. [...] Em decorrência desse modelo químico-dependente de agrotóxicos, a cadeia produtiva do agronegócio se configura como um processo de insustentabilidade ambiental, pois no seu espaço se cria um território com muitas e novas situações de vulnerabilidades ocupacionais, sanitárias, ambientais e sociais. Tais vulnerabilidades induzem eventos nocivos que se externalizam em trabalho degradante e escravo, acidentes de trabalho, intoxicações humanas, cânceres, má-formações, mutilações, sequelas e ainda contaminação com agrotóxicos e fertilizantes químicos das águas, do ar, da chuva e do solo em todos os espaços ou setores da cadeia produtiva do agronegócio (ABRASCO, 2015, p. 109)

Ao trazermos informações sobre outras substâncias consumidas diariamente que também matam, observamos uma tática curiosa: nos jovens mais velhos (de 13 a 15 anos) era comum a sustentação de que “*maconha não faz mal*”, ou de que “*não é droga*”. Ou seja, não possuindo as características dos objetos ligados ao sistema de categoria drogas, sugerem que o objeto em questão possui as características inversas dos objetos dessa categoria, demandando outra categorização. Algo que faz bem e que poderia ser categorizado como remédio, por exemplo. Entendendo que pelo paradigma proibicionista drogas lícitas, como as farmacológicas, recebem um tratamento distinto das drogas ilícitas principalmente por interesses de mercado. No entanto, nessa tática empregada pelos adolescentes, a categoria “nova” permanece como um reflexo invertido da categoria de referência, mantendo a dualidade de que as substâncias reguladas pelo mercado lícito somente fazem bem e as reguladas pelo mercado ilícito somente fazem mal, ocultando, frise-se, por interesses de mercado, características negativas das primeiras e características positivas das segundas.

Eis uma das antinomias invocadas pelas representações sociais das drogas lícitas e ilícitas: produz vida/produz morte, o primeiro pólo principalmente relacionado às lícitas, o segundo às ilícitas. Os referidos adolescentes, ao tentarem escapar de uma norma que os subjagam, não a contrapõem com outra, simplesmente desviam para fugir do rótulo de drogado o que, se, por um lado, alivia-lhes do peso do rótulo, por outro, continuam sustentando as relações de dominação que são estabelecidas com sujeitos que usam substâncias definidas como drogas, independente da definição sustentada por quem usa. A tática é negar uma definição de droga que lhes inclui na classificação de “drogados”, sem com isso contestar a estratégia ideológica dominante expressa nas representações hegemônicas sobre drogas. Essa tática pode ser entendida pela distinção que Moscovici (2011) faz entre minoria nômica e anômica: a primeira, que **produz uma norma** questionadora das normas vigentes de modo a melhor atender suas necessidades e construir uma maioria futura que faça a maioria presente rever as próprias normas a partir da nova norma apresentada; a segunda, que **não propõe uma norma**,

desvia das normas vigentes conformando-se e conservando-as. Para Moscovici (2011, p. 259-260), no entanto, essa diferença entre minoria e desvio não se compreende com facilidade, usualmente confundem-se:

A diferença, contudo, é evidente. Consiste em que o desviante se define em relação ao grupo majoritário: transgride ou se afasta, ou contesta, mas sempre está situado dentro do esquema, da visão majoritária. A minoria, pelo contrário, especialmente quando é ativa, possui suas próprias posições, seu referencial, suas ideias, que propõe como um processo de substituição.

Outro tema que remete à antinomia produz vida/produz morte, embora pouco problematizado nas oficinas, é o da internação. Como medida de saúde ou de segurança, a internação é vista como garantia e produção de vida da pessoa internada. Numa perspectiva crítica, nesta visão está oculta a possibilidade de produção de morte, subjetiva e física da pessoa internada. Tal possibilidade decorre do uso da internação como principal e único dispositivo de cuidado, agravada ainda pela oferta desta em instituições com precárias condições de atenção à saúde, como exemplo as instituições identificadas no relatório da “4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas” (CFP, 2011). Torna-se também explícita, essa antinomia, quando a internação, em sua modalidade compulsória ou involuntária, é justificada como medida de segurança, de proteção da vida da pessoa, dos familiares, das pessoas próximas e/ou da coletividade.

5.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vimos nas ocupações estudantis um exercício de autonomia. Se não uma produção de novas normas, ao menos uma contestação das normas vigentes. Na decisão de ocupar, de controlar o acesso à escola até a realização de oficinas sobre temas de interesse dos estudantes, pudemos perceber um exercício de autonomia no sentido que Freire (1996, p. 121) nos fala, “*centrada em experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade, vale dizer, em experiências respeitadas da liberdade*”. Nesse sentido, em um ambiente marcado pelo exercício de autoridade e liberdade estudantis, tensionando o modelo de “*educação bancária*”, nos sentimos convocados para contribuir com uma atividade educativa sobre drogas numa perspectiva crítica e dialógica. Sabemos dos riscos que esses estudantes assumiram pelos enfrentamentos promovidos, tanto pela ocupação como por realizar uma oficina sobre drogas, porém, “*não se vive a eticidade sem liberdade e não se tem liberdade sem risco. O educando que exercita sua liberdade ficará tão mais livre quanto mais eticamente vá assumindo a responsabilidade de suas ações. Decidir é romper e, para isso, preciso correr o risco*”

(FREIRE, 1996, p. 104). Portanto, as ocupações estudantis representaram, sobretudo, um momento de tomada de consciência do papel ativo que indivíduos ou grupos podem ter para superação das normas que lhes oprimem e produção de normas mais justas por meio do enfrentamento e do questionamento.

Os questionamentos e as informações compartilhadas nas oficinas possibilitaram um tensionamento sobre as definições hegemônicas no senso comum sobre drogas, como se drogas fossem somente as ilícitas, ou como se somente a essas poderiam ser atribuídas a produção de danos que levam à morte. Pudemos perceber em grande parte das perguntas feitas pelos participantes das oficinas um tensionamento do “núcleo figurativo”, ou “complexo de ideias”, onde se ancoram os objetos categorizados como drogas. Usando a metáfora de agrotóxicos como drogas, buscamos tensionar a antinomia produz vida/produz morte: embora a maioria dos alimentos consumidos diariamente possuam agrotóxicos, alimentar-se é uma necessidade fundamental para a produção da vida humana, mesmo que com isso consumamos pequenas doses diárias de veneno. No entanto, de modo algum sustentamos uma visão fatalista como a dos que defendem o uso de agrotóxicos como única solução para garantir acesso de alimentos a toda população. Pelo contrário, a crítica que fazemos é para a percepção das relações de dominação que, por interesses da “ética de mercado”, elegem substâncias a serem combatidas nas relações cotidianas. Ocultam-se, com a ideologia da Guerra-às-Drogas e com a “ética de mercado”, tantas outras substâncias que mereceriam atenção pelo seu potencial de morte, ou pelo seu potencial de vida, mas, sobretudo, oculta-se que não se refere de fato ao combate de objetos, mas de pessoas, de grupos em conflito com as relações sociais e de produção hegemônicas. O que percebemos nas oficinas, portanto, foi o tensionamento da representação de que drogas matam, quando provocamos, por meio da cartilha e de informações, uma reflexão sobre os potenciais danos à saúde produzidos por outras substâncias comumente não enquadradas na definição de drogas do paradigma proibicionista.

O foco nas relações foi o que pretendemos como principal questão a se pensar em relação às drogas. Os conflitos gerados por meio do tensionamento na definição de drogas também se expressaram na consequente dificuldade de enquadramento de objetos com os quais relações aditivas também poderiam ser estabelecidas, a exemplo celular, computador, mate, café, etc. As relações como questão central, da maneira que compreendemos, pode ser bem expressa na definição de dependência e autonomia apresentada por Roberto Kinoshita Tykanori (1996, p. 57):

Dependentes somos todos, a questão do usuário é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente de apenas poucas relações/coisas. Esta situação de

dependência restrita/ restritiva é que diminui a sua autonomia [...] Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia nossas possibilidades de estabelecer novas normas, novos ordenamentos para a vida.

As antinomias escolhidas “Entre Autoridade e Liberdade: tensões no acesso às drogas/escolas” e “Morte e Vida: quais drogas produzem uma ou outra”, pela nossa interpretação das manifestações dos participantes das oficinas, expressam imagens do “*núcleo figurativo*” ou “*complexo de ideias*” em que se ancoram hegemonicamente as representações de drogas nos marcos do paradigma proibicionista da Guerra-às-Drogas. Tensionar esse núcleo, ou complexo, a partir do diálogo e de uma ética crítica constitui um dos desafios para promoção de sujeitos críticos e autônomos nas suas relações cotidianas com as drogas. É um desafio para uma prática educativa e de saúde não-proibicionista, “*para além do bem e do mal*” (CORREA, 2010, p. 167), para além do produz vida/produz morte, promover um agir perante a vida e a morte em toda sua complexidade e contradição. É um conflito, sobretudo, permanente, onde os seres humanos, sabendo-se inconclusos, sabendo-se mortais, assumem-se como seres éticos comprometidos singular e coletivamente, agindo como minorias ativas na contestação e produção de normas para a construção de uma vida e mundo mais justo, mais humano.

6. DESENVOLVIMENTO E EXERCÍCIO DE AUTONOMIA EM UM RELATO DE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA: O CASO DE CECÍLIA

O presente capítulo refere-se a análise de um relato de uma pessoa que usava drogas e passou por processos de internação compulsória. Na primeira parte retomaremos alguns aspectos que sustentaram o caminho do pesquisador e a construção do objeto de pesquisa: o desenvolvimento e exercício da autonomia nas relações com as drogas e com a internação compulsória. Na segunda parte, será exposto o trajeto da investigação trilhado para o encontro com a pessoa entrevistada e demais diálogos estabelecidos ao longo do caminho da pesquisa. Consideramos trechos deste caminho: 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (4ª CRS), aproximação ao Narcóticos Anônimos (N.A.) e encontro com a pessoa entrevistada. Na terceira parte, exporemos uma reconstrução do relato das experiências de internação compulsória de Cecília, obtido por meio de uma Entrevista Narrativa (BAUER & GASKELL, 2002), considerando suas relações com as drogas, relações com familiares, processos de internação compulsória, comunidade terapêutica e recuperação em casa e na rua. Por fim, uma análise do desenvolvimento e exercício da autonomia de Cecília considerando sua relação com a moradia e inter-relações, embasando-se ainda nos conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade para pensar uma ética de cuidado como ética crítica frente à internação compulsória.

Antes de tecer considerações introdutórias ao relato de Cecília, retomemos alguns aspectos relativos à interface Guerra-às-Drogas e saúde mental desenvolvidos no início dessa dissertação que impactam diretamente em modos de subjetivação, de produção de si e produção de consciência: a epidemia do crack, propagada pelos meios de comunicação de massa, é ideológica e tem servido para reproduzir, sustentar e criar “cortinas de fumaça” e relações de dominação (ROSO et al, 2013); a guerra-às-drogas, operada por aparatos midiáticos, biomédicos, judiciários e bélico-repressivos, é uma guerra aos seus consumidores, com recortes de classe, raça e gênero (KARAM, 2013; MACEDO, 2015); a persistência do modelo manicomial no âmbito das políticas de saúde mental por meio de práticas de isolamento e internação de longa duração (SKROMOV, 2013); avanços e ambiguidades nas legislações sobre drogas (ROSO, 2013); internação compulsória como dispositivo primeiro e, muitas vezes, exclusivo no cuidado de pessoas que usavam crack (ROSO, 2013, LARA 2015).

Um ponto que tentaremos desenvolver, e que acreditamos ser um ponto chave das contradições entre normas e práticas das políticas de atenção a pessoas que usam drogas, considerando especialmente o dispositivo da internação compulsória nessas políticas, é o conceito de autonomia. Conceito recorrente, ao mesmo tempo vago. As práticas de IC analisadas nos processos da 4ª CRS e município de Gravataí – RS, indicaram, de maneira geral,

o total desrespeito à autonomia da pessoa, quando não, flagrantes ilegalidades como deferimento de IC's sem qualquer laudo médico. Sabemos que uma previsão normativa não impede a violação da própria norma pelo judiciário quando estão em jogo interesses de manutenção da “ordem pública” ou mesmo de autoproteção de profissionais médicos que sentem-se coagidos a internar ou assumir as responsabilidades de eventuais situações de hetero ou auto-agressão (LARA, 2015; SILVA, 2014). Apesar de interpretações mais lúcidas ou sectárias de autonomia em relação às normas das políticas de atenção psicossocial a pessoas que usam álcool e outras drogas, nos interessou sobretudo escutar a voz de quem sofreu no corpo as consequências práticas dessas interpretações de autonomia. Portanto, é a voz de excluídos e de vítimas desses processos que queremos escutar.

Para realização da entrevista utilizamos a técnica de Entrevista Narrativa (EM) de Bauer & Gaskell (2002). Exposta ao início da dissertação na seção do método. No entanto, é necessário dizer que, na prática, a técnica foi difícil de ser utilizada pelo modo inicialmente previsto. Segundo Bauer & Gaskell (2002), esse tipo de entrevista se inicia com uma questão disparadora do esquema da história, no nosso caso “como foram suas experiências de internação compulsória?”, a seguir o pesquisador faz gestos verbais e corporais para que a pessoa prossiga a história sem o mínimo de interrupções possíveis, podendo ao final o pesquisador reelaborar suas “questões exmanentes” por meio de elementos do relato da pessoa. Como dito, não aconteceu assim, a pergunta geradora não disparou um esquema de história, mesmo assim, buscamos o mínimo de interrupções possíveis ou questionamentos sobre algum elemento que ainda não aparecerá até o momento da conversa. Essa entrevista foi realizada por um pesquisador e uma pesquisadora, essa a convite do pesquisador por compor a equipe de pesquisa do Projeto “PROCUIDADO” e por estar investigando as experiências de mulheres que usaram crack e passaram por internação compulsória. Aconteceu na casa da entrevistada, a convite dela, numa tarde de segunda-feira. Durou cerca de 2h e 30 minutos.

Para a exposição do relato, adotamos uma proposta que possibilitará, ao leitor ou leitora, a produção de suas próprias interpretações sobre a complexa rede de relações mobilizadas pelos processos de IC contra pessoas que usam drogas. Na reconstrução do relato, privilegiamos algumas categorias, a nosso ver essenciais, para a análise do desenvolvimento do exercício de autonomia que pretendemos realizar numa perspectiva freireana. São elas: relações com as drogas, relações familiares, internações compulsórias, comunidade terapêutica e recuperação em casa e na rua. As falas em aspas e itálicos são falas literais, podendo ser encontradas na transcrição da entrevista, ou falas não-gravadas sendo o mais próximo possível do registrado pelo pesquisador e pela pesquisadora em seus diários de campo.

Ao final, por meio das categorias elencadas no relato, desenvolvemos nossa análise considerando a questão da moradia e suas inter-relações no desenvolvimento do exercício de autonomia. A escolha por “moradia” deu-se com base na importância que esse direito social possui no âmbito das estratégias de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira como condição para o exercício de autonomia. Analisamos três períodos do desenvolvimento da autonomia de Cecília em relação à sua moradia e inter-relações: na casa com o ex-marido e o filho, de volta a casa dos pais e na casa própria com o filho. Ainda, com base nos conceitos freireano de autonomia, autoridade e liberdade, buscamos identificar os tensionamentos produzidos nas relações quando se exerce a autonomia em busca de um cuidado de si e do outro.

Começamos, então, pelo trajeto da investigação que levou ao conhecimento e aproximação do espaço onde encontramos Cecília, nossa entrevistada. E como transitamos, no campo, da busca de processos para o encontro de pessoas, chegando até o Narcótico Anônimos onde conhecemos Cecília.

6.1 TRAJETO DA INVESTIGAÇÃO

O trajeto até o encontro da entrevistada consiste em dois momentos: análise dos processos de internação compulsória na 4ªCRS e aproximação do Narcótico Anônimos. Será relatado em primeira pessoa, pois esses trajetos foram feitos pelo pesquisador. Essa opção também visa privilegiar a perspectiva do Diário de Campo como um analisador da implicação do pesquisador com a pesquisa, relatando sentimentos e percepções produzidas ao longo do trajeto de investigação.

6.1.1 4ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE (4ª CRS)

Entrei em contato com uma psicóloga residente da 4ª Coordenadora Regional de Saúde para agendar minha ida até o local onde estavam armazenados os processos de internação compulsória os quais, por meio do contato a ser realizado por uma profissional da 4ª CRS, me dariam acesso às pessoas que foram objeto das internações. Cheguei no local e o horário indicado e logo me disponibilizaram as caixas que continham os processos. Após algumas horas de análise destes, logo percebi algumas dificuldades: muitos não tinham informações do contato dessas pessoas, ou quando tinham era de familiares; os processos do período que havia determinado para pesquisa eram de dois ou três anos atrás, ou seja, além da probabilidade das informações de contato ali contidas estarem desatualizadas, também poderia pesar o fato de a pessoa não querer participar e reviver o que passou, algo comum em uma pesquisa com pessoas

que passaram por situações de violência; o contato seria feito por alguma profissional da 4ª CRS independente de possuir vínculos ou não com a pessoa contatada, a não ser o vínculo institucional. Decidimos em supervisão, eu e a orientadora, investirmos por outro caminho que possibilitasse uma aproximação maior com os potenciais participantes da pesquisa a partir dos seus locais de reunião e do cotidiano.

Inicialmente pensamos em uma aproximação por meio dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas, há dois em Santa Maria. No entanto, com fins de proteger a privacidade e evitar múltiplas intervenções desarticuladas nesses serviços de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde passou a organizar o acesso de pesquisadores a esses serviços por meios de procedimentos burocráticos. Nosso termo de parceria no projeto era com a 4ª CRS, órgão estadual, não com o município e seus serviços.

Lembrei de uma pessoa que conversei um dia no início de 2017 em uma carona do Campus da UFSM para o Centro da cidade. Era um homem, branco, cerca de 45 anos, 1,65 de altura, veterinário de formação, “dependente químico” segundo própria definição e atualmente integrante do Narcóticos Anônimos (N.A.)¹¹. Conteí a ele que estava fazendo mestrado e pesquisando o tema da internação compulsória. Ele se interessou muito, me fez muitas perguntas. Por fim, me convidou para quando quisesse ir conhecer o grupo do N.A. Junto com ele estava um jovem, branco, cerca de 30 anos, técnico de enfermagem, “dependente químico” e também integrante do N.A. Nossa carona foi até um dos locais onde ocorre o N.A., próximo ao Hospital da Brigada Militar, era um sábado e eles estavam indo para uma das reuniões do grupo. Não fui nessa, mas guardei aquele convite.

6.1.2 NARCÓTICOS ANÔNIMOS: PRIMEIRA APROXIMAÇÃO

Na construção desse relato levo em consideração algo que sempre foi dito nas vezes que participei das reuniões do Narcóticos Anônimos (NA): “leve a mensagem, mas não o

¹¹ O Narcóticos Anônimos (NA), segundo o site brasileiro da organização, é uma “Irmandade ou Sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres para quem as drogas se tornaram um problema maior”, e um “programa de abstinência total de todas as drogas” cujo único requisito para participar é o “desejo de parar de usar”. Segundo Soares (2013), é um grupo de “pessoas que se qualificam enquanto “adictos”, os quais buscam estar em “recuperação” através do exercício de um programa sugerido. A afiliação à Narcóticos Anônimos é livre, voluntária, não havendo qualquer restrição de ordem social, cabendo aos membros decidirem o modo e a frequência de suas idas às reuniões. Apesar dos grupos terem autonomia para desenvolver suas reuniões - incluindo a liberdade de organização das mesmas e de transmissão das mensagens de NA – a unidade da irmandade é valorizada e corporificada na união aos princípios dispostos nos Doze Passos e Doze Tradições de NA elencados em uma literatura específica. Trata-se de um programa espiritual e individual – que se constitui de forma coletiva – em que se fomenta um espaço privilegiado de circulação da dádiva alicerçada na tripla obrigação de Dar, Receber e Retribuir por meio das quais as experiências pessoais verbalizadas por meio da “partilha” e a observância aos princípios são referenciais basilares”.

mensageiro”. Com base elemento da ética do grupo se dá a construção desse relato, tratando de omitir detalhes do “mensageiro”, e trazer a mensagem (ao menos do modo como percebi) dos participantes. Essa construção serve de contextualização do território e grupo onde se deu o encontro com Cecília e o cumprimento de um compromisso assumido pelo pesquisador em suas participações no grupo.

No dia 2 de junho, sexta-feira, lembrei do convite para participação das reuniões do Narcóticos Anônimos. Nesse dia, 19h aconteceria uma sessão aberta na Igreja Anglicana da Avenida Rio Branco. Então, aproveitando o convite feito há algum tempo e a disposição de viver mais o campo de pesquisa, me dirigi à reunião aberta do grupo (com um bloco de notas no bolso, que não usei, como eu mesmo previra).

A reunião acontecia nos fundos da Igreja Anglicana da Rio Branco. Logo que entrei fui bem recebido, me cumprimentaram e eu retribui, de um-a-um, me senti acolhido, mesmo enquanto visitante. Estávamos entre umas 10 pessoas. Sentei e logo me ofereceram um mate pela esquerda. Terminei e veio outro pela direita, tive de recusar em certos momentos. Logo pensei “*sem drogas, menos mate, mate pode e o cigarro, no intervalo, também*”. A reunião tinha a seguinte metodologia: (1) apresentação “*nome e tempo livre, se assim se tiver vontade*”; (2) “1 minuto de silêncio pelos adictos que ainda não encontraram seu caminho”; (3) oração da serenidade - “Concedei-nos, Senhor, a Serenidade necessária/para aceitar as coisas que não podemos modificar/Coragem para modificar aquelas que podemos/e Sabedoria para distinguir umas das outras.”; leitura de alguns textos do NA, geralmente algum dos 12 passos; distribuição de ficha, sorteio e troca de relatos; intervalo; ritual de entrada de novos membros; continuação da troca de relatos; pedido de doação financeira (somente) para os membros; término.

Minha primeira oportunidade de fala foi na apresentação. “*Nome e tempo livre se tiver vontade*”, eram as perguntas da apresentação. Como não fui ali com objetivo principal de falar do meu uso de drogas, troquei a segunda parte pelo motivo da minha presença. Falei que era estudante de mestrado em Psicologia e estava pesquisando as experiências de internação compulsória e que, tão importante quanto os livros, era o relato das pessoas mesmas que passaram por essas experiências com drogas e internação, por isso eu estava ali. De pronto, uma pessoa da reunião, que parecia ser experiente no grupo, me perguntou: “*então não tem problema com drogas?*”. Até poderia me esquivar, mas preferi ser sincero já que esperava o mesmo do grupo, “*é, já tive*”. Me percebi: se queria ouvir outros falarem das suas relações, no mínimo, tinha que estar disposto a falar das minhas. Distribuíram as fichas e me deram uma delas, nesse momento senti-me integrante do grupo, mesmo como visitante.

A ficha serve para sortear a ordem, ao final todas pessoas acabam tendo a oportunidade de falar. O primeiro sorteado a falar foi um jovem que disse já ter feito meses de tratamentos alternativos com substâncias diversas, sem sucesso, para, então, chegar no N.A. onde sentia que, pela primeira vez, estava funcionando. No primeiro tratamento disse ter se sentido muito bem nos meses após a intensa experiência com a ibogaína¹², sentia-se o cara, recuperado, ficou meses sem usar, mas depois recaiu. No segundo tratamento, disse ter revisto sua vida em um filme, revivendo muitos momentos, mas recaindo novamente. Agora no N.A. sentia estar funcionando porque “*semanalmente renova seu desejo de não usar*”. Disse que no momento está em um cargo de gerência na sua empresa, que tem contado muito com o apoio dos seus colegas, tanto para continuar seu trabalho como para continuar sua recuperação.

Ficha 18, minha vez de falar. Falei sobre problemas com álcool na adolescência e sua relação com problemas familiares, do medo que minha mãe tinha de que me tornasse meu pai. “Me identifico!”, disse alto alguém na sala enquanto eu prosseguia o relato. Essa expressão era muito usada durante os relatos, parecia um reforço à fala, como se dissesse “continue, te entendo, já passei por isso”, gerava empatia, fortalecia, no meu caso, o elemento “já tive problema com drogas” presente na minha identidade, integrava à minha subjetividade um ser que deixava de ser estranho (pois era reconhecido e identificado por outros). Falei de como meus amigos tentavam me enquadrar num padrão de ser e de agir por eu lutar pela legalização das drogas e praticamente não usar maconha, mesmo mantendo até hoje firmes minhas convicções sobre a necessidade dessa luta. Não ouvi reforços nessa parte da fala, no intervalo ouvi foi justamente o contrário.

No intervalo, em tom de piada, um participante da reunião me disse “*como assim liberação de droga? Vai passar por um corredor polonês aqui, hehe*”. “Legalização”, o corrigi, “*não acho que quem queira usar precise se expor a tantas violências com as que existem hoje nas redes do tráfico*”. Trocou de assunto e falou de eu levar na minha pesquisa a mensagem de existência desse grupo para mais pessoas.

Ainda no intervalo conversei com uma moça de idade próxima a minha. Começamos pelo tema da legalização, disse ela que era preciso “*olhar os prós e contras, pois muitas pessoas são dependentes, adictas, tem uma doença*”. Perguntei se na opinião dela essas pessoas passariam a usar caso fosse legalizado, me respondeu que não, “por mais que legalizassem, as pessoas que não usam (por não querer ou por “não poder”) não usariam”. O importante, disse

¹² Ibogaína é um psicoativo derivado da raiz planta africana chamada Iboga. Tem sido utilizada como meio de tratamento para “*todas dependências químicas*” em uma única administração do psicoativo. Mais informações podem ser encontradas no site <http://www.melhortratamentoibogaina.com.br/ibogaina>

ela, “*é entender a drogadição como uma doença, que é ativada*”. Logo ela pegou um livro do N.A. e leu uns trechos que descrevia, segundo o entendimento dela, a drogadição, não necessariamente à uma droga, mas adicção a comportamentos de busca do prazer. Disse que seu pai (que não conheceu) e seu avô tinham essa doença, e, assim como eles, agora ela conseguia perceber que também tinha, manifestando-se desde a infância, roubando moedas da vó, manipulando, mentindo, buscando o comportamento de prazer quando estava muito pra baixo ou muito feliz. Por “*não ter tido pai*”, dizia ter problemas com as figuras masculinas, reagia às abordagens policiais e logo foi presa. Disse ter passado por internações, inclusive uma compulsória.

Na volta do intervalo, sua ficha foi sorteada, era sua vez falar. Fez um discurso, com uma boa retórica, dizendo perguntar-se constantemente, dia e noite, “*por que tinha que fazer tudo certinho?*”. Disse então de um episódio recente que sua mãe lhe pediu para posar em casa e cuidar de um dinheiro para que a irmã, com problemas com drogas, não o pegasse. A ironia, disse ela, é que agora era ela quem guardava o dinheiro em seu quarto.

“*Você é a pessoa mais importante desta reunião*”, disse a mediadora a um homem vindo de uma cidade próxima com sua companheira para participar da reunião do N.A. pela primeira vez. Disse o homem já ter participado do Alcoólicos Anônimos, mas depois de participar decidiu buscar o N.A. Ele então contou que estava morando na rua em uma grande cidade, perdido nas drogas, que cometeu crimes e foi condenado a 30 e poucos anos, mas que conseguiu escapar do regime fechado (não entendi como) e decidiu voltar para sua cidade onde tinha família. Lá começou sua recuperação e conheceu sua atual companheira. Na volta do intervalo quando a mediadora pediu para que levantasse a mão quem quisesse ser membro do N.A., o homem decidiu entrar.

O crítico. Ele chegou pelo intervalo, recebeu ficha e logo foi sorteado. Começou dizendo “*sei que talvez não seja o espaço mais apropriado, pois temos uma reunião de serviço para discutir isso, mas vou falar porque a fala é minha e eu faço com ela o que eu bem entender*”. “*Acho que as pessoas precisam respeitar que tem alguém responsável por mediar a reunião e a essa pessoa cabe intervir com as outras no momento que achar mais adequado, por exemplo, quando alguém em seu relato fala o nome de alguma droga*”. Nesse momento percebi que ninguém falou nome de drogas, a não ser o jovem que falou “*ibogaína*” e “*ayahuasca*”, e eu, que falei “*maconha*” algumas vezes. Prosseguiu: “*se todos ficarem tomando para si essa função e ficassem cortando a fala dos outros poderiam acabar estrangendo e afastando as pessoas de entrar no grupo, não me refiro às pessoas que estão aqui, mas de outras reuniões e outros grupos que vi isso acontecendo*”. Ninguém se manifestou enquanto ele falava, nenhum “*me*

identifico!”, nenhum *“obrigado!”*. Começou a soar o sino da mediadora sinalizando que já estava acabando o tempo de sua fala. Terminou. Ninguém tocou no assunto e a reunião prosseguiu com as próximas falas. Logo terminou a reunião.

A despedida foi interessante. O grupo se juntou em um abraço, como uma equipe de futebol antes do início de uma partida ou antes da cobrança das penalidades finais, recitou mais uma vez a *“Oração da Serenidade”* e alguém disse umas palavras da filosofia do N.A. Depois o grupo foi se cumprimentando e se despedindo com apertos de mão e abraços. O rapaz que criticou minha posição pró-legalização, na hora de cumprimentá-lo, mais uma vez falou para mim levar a mensagem do grupo e novamente lembrou do *“corredor polonês”*. Fui falar com o homem que meses atrás havia me feito o convite para participar da reunião, ficou surpreso e feliz pela lembrança ao me reconhecer. Perguntei-lhe sobre o rapaz que estava com ele aquele dia, *“faleceu...”*, fiquei surpreso, perguntei *“como assim?”*. Respondeu: *“correndo, teve um infarto, estava correndo bastante, participando de competições até, ganhou algumas medalhas, e num dia desses enfartou...”*. Me disse que no dia seguinte da morte do amigo, outro membro do grupo, que era muito próximo deste que faleceu, lhe disse ter sentido o espírito do amigo passando pela frente da sua loja, neste dia que ele decidiu ir e ingressar no N.A.

Passado esse momento, após pegar alguns panfletos, sai da sala e encontrei a maioria do grupo fumando na parte de fora, lhes disse que, de repente, nos veríamos em uma próxima reunião aberta. Como uma resposta, alguns me convidaram, inclusive, para as reuniões fechadas do grupo. Por fim, um deles ainda disse *“quem sabe você até deixa de beber socialmente!”*. *“Quem sabe”*, respondi, mas não nas próximas 24h.

6.2 RELATO DE CECÍLIA

Na construção desse relato, optamos por uma exposição a partir de categorias, a nosso ver, essenciais para análise do desenvolvimento e exercício de autonomia que desenvolveremos ao afinal, são elas: relações com as drogas, relações com familiares, processos de internação compulsória, Comunidade Terapêutica e recuperação em casa e na rua. Essa opção também visa proporcionar ao leitor/leitora uma compreensão mais ampla do relato de Cecília, para além do foco da análise que desenvolvemos.

O primeiro encontro com Cecília aconteceu a partir de uma das reuniões do Narcóticos Anônimos (NA). Em uma das reuniões, sabendo dos propósitos da participação do pesquisador naquele espaço, durante o intervalo Cecília veio para conversar e mostrou interesse na pesquisa, disponibilizando seu contato para que marcássemos a entrevista. Ela disse que gostava de participar de pesquisas, via nelas uma forma de contribuir para o cuidado de pessoas em

sofrimento pelo uso de drogas. Cecília disse se sentir outra pessoa, diferente da “*Cecília de antes*”, agora que “*ajuda as pessoas que estão com dependência química*”:

Eu vivo sempre me policiando, mas não pensando assim ó: ai porque eu sou dependente química. Não! Isso era a Cecília de antes, agora não, eu sou outra pessoa, sabe? Hoje, muito pelo contrário, eu ajudo as pessoas que estão com dependência química, que tem esse problema, a superar. Tipo... Ir na casa de saúde, conversar com quem está internado, eu já fui duas vezes. O próprio narcóticos anônimos, tu dar o teu depoimento.

Entramos em contato com Cecília e marcamos a entrevista. Ela preferiu que fosse em sua casa, durante a tarde numa segunda-feira, que era quando ela não estava trabalhando. Fomos em dois pesquisadores para realizar a entrevista, eu e uma colega pesquisadora do projeto PROCUIDADO. A pesquisadora foi convidada por estar desenvolvendo pesquisa sobre experiências de mulheres que passaram por internação compulsória, além de já contar com experiências de entrevista no âmbito do projeto PROCUIDADO. A entrevista durou cerca de duas horas e trinta minutos, ocorreu na sala de estar, ela sentada em uma poltrona e o pesquisador e a pesquisadora sentados num sofá de frente para ela.

Cecília é uma mulher branca, na faixa dos 40 anos, mora no centro da cidade em um apartamento alugado com seu filho de 19 anos. Tem Ensino Superior incompleto, tendo iniciado e interrompido três graduações, dentre elas na área de Educação, a qual relatou ter vontade de retomar. Possui um curso técnico na área de prestação de serviços e recentemente concluiu um curso profissionalizante na área de estética e beleza. Cecília foi casada e morou junto com o homem com quem teve o filho, relatou que “*sofri muito nas mãos do pai do Lucas, ele batia em mim*”. Hoje diz não ter nenhuma relação com o pai do filho. No momento da entrevista disse ter saído há pouco de um relacionamento de 5 meses que a “*sufocava muito*”, seu ex-companheiro, mais velho que ela, “*dependente químico*”, estava com câncer, demandando de Cecília não trabalhar para cuidar dele, ao término do relacionamento justificou a última recaída.

Cecília já passou por três processos de internação compulsória num hospital geral do município, e numa Comunidade Terapêutica (CT). Atualmente está “encostada” pelo INSS recebendo auxílio-doença por conta de sua relação com as drogas e das três tentativas de suicídio. Tem laudo médico que atesta não ter condições de trabalhar. No entanto, disse que trabalha informalmente no ramo da estética e beleza, junto com o filho, para “*ocupar a cabeça*”. Disse que sempre trabalhou, geralmente no comércio, e o dinheiro do seu trabalho sustentava seu uso de drogas. No momento da entrevista, faziam 6 meses que havia saído da casa dos pais para alugar um apartamento e conquistar seu “*canto*”. Afirmou ainda que seus pais queriam se mudar da cidade, mas que não o fizeram, segundo afirma, por “*preocupação*” com ela. Na

entrevista, Cecília referiu usar ou ter usado as seguintes drogas: cigarro, álcool, medicamentos, maconha, cocaína e crack.

6.2.1 Relações com as drogas

Cecília disse que começou seu uso de drogas depois dos 30 anos, “*depois de velha*”, disse, e por “*curiosidade*”, inicialmente nos finais de semana e depois diariamente. Cecília refere-se principalmente à cocaína, a qual “*puxava*”¹³ sempre que tomava uma cerveja. Sobre a bebida, disse que “*sempre*” bebeu, “*mas pouco*”. Referiu as brigas que tinha em casa com a família como “*desculpas para poder usar a droga*”, ficando cada vez mais forte a frequência do uso, dos “*finais de semana*” passou para “*todos dias*”:

Eu comecei a usar com 30 anos, depois de velha, como eu digo, né? [...] E comecei por curiosidade através de uma amiga, né. A sair, depois começou a beber. Eu sempre bebi, mas pouco. Aí tomava cerveja e puxava, né? Só finais de semana. Aí depois eu comecei... Como é que eu vou dizer? Usando, usando desculpas para poder usar a droga, né? Tipo briguei com a minha mãe. Bom, agora vou usar. Tô sem dinheiro: vou lá e arrumo. Briguei com o meu filho, daí vou lá e uso e a coisa começou a ficar muito forte. Quando vê era todos os dias. Todos os dias. Todos os dias. Todos os dias. Não podia tomar uma cerveja que puxava.

Em outro momento da entrevista, Cecília relatou com mais detalhes seu primeiro uso da cocaína: após ela e sua amiga terem ingerido muitas bebidas alcoólicas, uma amiga lhe ofereceu. Cecília disse ter negado, mas por insistência aceitou “*experimental*”, sentindo “*nada*” num primeiro momento, mas depois “*bah e ali começou*”:

a gente tava dando uma volta de carro e uma das amiga minha lá, ela usava. Daí ela foi no banheiro do posto lá perto do hotel morotin, entrou e usou, daí ela disse "tu não quer experimentar?". Eu digo "não, deus o livre". "Experimenta" [disse a amiga]. Nós tínhamos bebido bastante porque a cocaína ela tira o efeito do álcool, né? Então, ela "não" e eu tava dirigindo, né? E ela "não, vai experimenta, vai ver que bom que é" e eu digo "bah, mas não deu nada". Quando vi, "bah", e ali começou.

Das vezes que falou sobre seu uso de cocaína, em nenhum momento referiu a overdose como possibilidade. Somente associou o uso de cocaína à morte por conta das suas tentativas de suicídio por meio da ingestão de medicamentos. Afora isso, pensar em usar de cocaína lhe remete à internação compulsória e Comunidade Terapêutica:

Se eu cheiro uma vez, eu quero ir até, entendeu? E eu tenho medo dessa questão da compulsória, né? [...] Porque daí tu vai pra uma fazenda, tu fica 9 meses lá e só depois que tu gradua pra ti sair, né? E eu tenho medo dessa questão da compulsória, né? Porque meu pai e minha mãe já avisaram. Se digamos que eu tivesse uma recaída, meu pai ia lá e botava uma compulsória.

¹³ Puxava no sentido de aspirar a cocaína pelo nariz.

Quanto ao crack, disse que já fumou em três oportunidades. A primeira foi após “*virar a noite*” e ter acabado a cocaína. Disse que estava numa “*casa de vila*”, onde vendiam diversas drogas e as pessoas se reuniam para usar, quando um amigo lhe ofereceu. Justificou que experimentou “*porque não tinha cocaína para vender*” e que a sensação foi “*muito boa*”, comparando com o efeito da cocaína:

é um pouco assim... A sensação de cocaína, mas é que a cocaína tu fica mais tempo ligada. Eu era assim, eu cheirava de início daí depois começava mais e mais e mais e mais. Quando via, estava dois dias. Era uma bucha atrás de outra e o crack não. O crack tu fuma, daqui 5 minutos tem que fumar outro. Pelo menos comigo foi assim. Foi muito pouco, mas essa pouca experiência que tive na minha vida... [...] é aquela coisa assim, tu fuma, te dá uma sensação boa depois te dá uma depressão.

Quando perguntamos que drogas ela usava, depois de responder cocaína, logo disse “*já fumei crack também, mas muito pouco. Porque não tinha minha droga [cocaína], né?*”. Então, associou a chegada ao crack à sua primeira tentativa de suicídio: “*Aí eu fumei o crack. Aí... Eu... Tive uma tentativa de suicídio através de medicações. Tomei 250 comprimidos sob efeito da droga e sob o álcool. Aí eu fiquei em coma quatro dias*”.

Quanto à sua relação com o cigarro, Cecília referiu-a na entrevista em dois momentos:

1) quando nos contava sobre suas idas à psiquiatria do hospital casa de saúde, para falar sua história aos internos, referiu a sua “*recuperação na rua*” como “*muito mais difícil*” por ter que “*passar por situações*”, e citou exemplo de uma dessas situações na sua vida, “*Eu tenho que saber passar na frente de um bar, compra uma carteira de cigarro, que é só o único vício que eu tenho, e saber que a bebida vai tá sempre presente*”;

2) quando Cecília nos contava sobre os efeitos da cocaína no corpo, depois de falar dos efeitos de “*queimar*” e fazer “*buraco*” no nariz, disse-nos que alguns dentes já quebraram “*por causa da droga*”, então nos explicou uma função do cigarro no uso da cocaína: “*porque assim ó, além de cheirar, a gente tem mania do cigarro, botava no cigarro e fumava. Até isso. É pra destruir, né?*”;

Quanto a maconha disse que já fumou quando mais nova e “*não curtiu*”. A relação com essa droga aparece principalmente em 4 momentos:

1) quando perguntada se mantinha relações com pessoas que usam drogas respondeu, “*aqueles amigos da ativa, de antes, que eu fazia festa, não. Hoje é ‘oi, tudo bem?’*”, mas para os que usam maconha a situação era outra “*hoje tenho amigos que fumam maconha*”;

2) quando perguntamos se conversava sobre drogas com seu filho, respondeu “*Falo. Ele sabe o fundo do poço da mãe dele. Sabe. Tanto que o meu filho ele fuma maconha, né? Mas é*

a única droga dele. Pra ele, não é droga. Pra ele é fisioterápico¹⁴”. Por não ter curtido quando fumou mais nova, disse preferir “*mil vezes ele tá aqui trancado fumando*” do que na rua. Disse se sentir incomodada com isso “*porque já pensou no meu pai e na minha mãe, no que eles passaram comigo*”, então, quando vê que ele bebeu ou está “*fumando demais*”, ameaça-o com a internação compulsória, “*eu tô toda hora... Ó a compulsória. Ele eu ameaço. Ameaço*”. Cecília disse que assim ele a respeita, sente medo e lhe responde “*não, eu jamais vou experimentar outra droga*”;

3) quando perguntamos o que os pais de Cecília fariam se descobrissem que seu filho usa maconha, ela nos respondeu “*bah. Deus o livre. A minha mãe não aceita, não ia aceitar ninguém*”, então falou do irmão como a única pessoa que sabe do uso de maconha do filho, “*mas nunca falou nada pra mãe*”. Cecília disse que o irmão mais novo “*é usuário também, fumava maconha e cheira. Agora eu acho que nem usa mais cocaína, mas ele fuma maconha todos os dias*”;

4) quando Cecília contou-nos as conversas com seu filho sobre a maconha estar “*liberada*”, ou prestes a ser, “*vão liberar*”, disse ela. Falou-nos de uma passeata para “*liberação da maconha*” que iria ocorrer, e que seu filho disse que iria, ao que ela ironizou “*ah, vai. Eu também vou lá*”, mas, segundo ela, “*graças a Deus*” não aconteceu. Disse que seu filho lhe afirmava “*vai ver mãe, agora vão liberar e tá liberado*”, ao que ela novamente o ironizava “*ah, tá liberado? Então tu vai ver liberado*”. Em seguida, como que se referindo a essas situações, Cecília disse “*Então se coloca, eu tenho n motivos pra voltar a usar [drogas em geral], n, n motivos. Mas não quero porque aí vai piorar a minha vida, mas eu tô muito bem assim, graças a deus*”.

Quanto aos medicamentos, Cecília os têm numa relação das seguintes 8 maneiras:

1) Como meio de suicídio. “*Toda vez que eu tentei me mata, as três vezes, o Lucas, meu filho, não estava em casa, mas as três vezes eu tomei uma quantidade alta de medicação*”. Os medicamentos que ela usava eram os dela e outros da sua irmã que estavam à disposição “*porque a minha irmã tomava também daí eu juntava*”. Relatou ainda que, quando saía da internação, “*a mãe guardava todos os remédios e dava para mim tomar*”, mas que hoje “*eu tenho uma caixa ali com todos os meus remédios*”. Ainda assim, disse que recentemente “*me deu uma crise de querer usar e pensar em suicídio*”, então lembrou dos remédios, “*Ah, tem um monte de remédios ali...*”;

¹⁴ Traduzimos textualmente, embora termo usual seria “fitoterápico”, medicamento produzido exclusivamente a partir de plantas medicinais.

2) Como tratamento nas internações compulsórias. Durante as internações, além de ter ficado *“amarrada na cama [...] quase todos os dias”*, relatou estar maior parte do tempo *“dopada”*: *“Dopavam muito a gente de remédio que tu ficava assim, tu não conseguia, sabe, raciocinar muito”*. Em uma das suas internações, após ter ficado 10 dias em coma, ter perdido peso e força, disse que *“se eu sentava, eu não conseguia levantar. Aí tinha que ir duas enfermeiras lá e me levantar, sabe?”*, e associou essa condição à *“droga na cabeça mais medicação”*;

3) Como consequência de tudo que passou. Quando nos contou um pouco do *“tudo que tu imaginar de ruim que tu possa fazer pela droga, eu fiz”*, ela disse das suas idas às vilas sozinha, abordando desconhecidos, perguntando onde tinha droga e indo com eles buscar, *“tá na casa de um traficante cheirando, se envolver com cara que vendia só para ter a droga”*. E resumiu: *“Tudo essas coisas assim ó que pode derrubar uma mulher em questão de caráter, essas coisas, tudo eu fiz”*. Ao final concluiu, como que se referindo a tudo que passou: *“até hoje eu tomo medicação, né?”*

4) Como causa de *“sequelas”* pela combinação com outras drogas. Cecília disse que tanto as drogas (ilícitas) como as medicações (lícitas) lhe deixaram *“com sequelas”*, *“esquecimento”*, dificuldade para *“assimilar as coisas”*: *“Fiquei com algumas sequelas, eu fiquei com esquecimento, eu não lembro muito, as pessoas as vezes me cumprimentam e eu não sei quem é, sabe?”*, também disse sentir os efeitos no trabalho *“Até questão do trabalho, pra assimilar as coisas eu tenho dificuldade também”*. Disse por fim saber a causa: *“Eu sei que é por causa da droga e por causa das medicações também”*;

5) Como meio de sentir mais segurança e lidar com desequilíbrio emocional. Quando Cecília contou-nos que *“hoje era pra eu tá há 2 anos limpa”*, mas *“recaí faz 6 meses”*, argumentou que *“todo esse tempo assim ó, eu sempre tomava medicação”*, pois, segundo ela, *“é o que me dá mais segurança, bem mais”*. Contou-nos ainda da sua relação com o psiquiatra e que *“toda hora”* ele lhe receita *“medicação nova para ver se eu consigo me adapta”*. Cecília disse que também toma remédios para bipolaridade, *“estabilizador de humor”*, porque *“eu to sempre com aquelas oscilações”*. Segundo Cecília, essas *“oscilações”* acontecem com *“a gente que usa droga e que usou droga um tempo, a gente fica com aquele desequilíbrio emocional”*. E terminou dizendo que o psiquiatra que lhe atende é o mesmo que lhe atendeu na Casa de Saúde, *“de todas [pessoas] que ele atendeu, a única que ficou atendendo até hoje sou eu”*;

6) Como meio de lidar com as dificuldades da vida. Quando Cecília falava sobre as diferenças da recuperação em fazenda e da recuperação na rua, nos disse que para ela

“recuperação para mim, no meu caso, é rua, é tu enfrentando as coisas. O dia-a-dia”, e “quando vim qualquer dificuldade é oração, meditação, é medicação, sabe?”;

7) Como metáfora para cocaína de má qualidade. Quando Cecília nos contava da sua última recaída primeiro falou de como chegou, naquele dia, da cerveja à cocaína. Estava em casa, tomou um remédio e foi tentar dormir, então lhe veio uma vontade de tomar cerveja “*Fui aqui na esquina, tomei uma cerveja e quando eu vi me deu vontade e comecei a ligar pros conhecidos meus: ‘vem pra casa e vamos usar’ e a gente foi até às oito da manhã.*”. Ao cheirar as “duas buchas” que comprou, sentiu que “*Era aspirina pura*”, e exclamou “*não, mas eu tô cheirando remédio, meu Deus do céu! [...] o cara me trouxe duas buchas pura dipirona*”. Depois disse que pensou sobre o tamanho da sua vontade e “*do prazer que ela me dava, né?*”, e por fim concluiu “*não, não é pra mim*”;

8) Como meio para dormir antes após as recaídas. Quando Cecília contou de suas recaídas, disse ter usado remédio para dormir quando ainda estava em casa, ao que depois saiu para tomar cerveja e só voltou de manhã. “*Daí quando acabava eu ia pra casa me entupir de clonazepam pra dormir. Aí vem aquela coisa da culpa, do desespero, sabe?*”.

6.2.2 Relações familiares

Além dos dois pais e do filho, Cecília disse na entrevista ter dois irmãos e uma irmã. Os dois irmãos, segundo Cecília, também usam drogas ilícitas, mas “*eles usam daquela maneira controlada, que para mim não existe. Tem gente que sabe usar, né? Só quando sai. Final de semana. Eu admiro quem faz isso. Eu não consigo*”. Na entrevista, Cecília disse ainda que a irmã usa medicamentos controlados, ou seja, drogas lícitas, as quais ela usou nas suas tentativas de suicídio.

Chamou-nos a atenção a relação de maior controle que os pais de Cecília estabeleceram com ela sendo que os irmãos também usavam drogas ilícitas. Perguntamos como os pais lidavam com o uso de drogas dos seus dois irmãos:

eu acho... Sabe que boa pergunta? Isso eu falo muito com o meu psiquiatra. Porque que a preocupação deles gira tanto em torno de mim se eles sabem que meus irmãos usam? Aí o meu psiquiatra disse assim ‘porque tu escancarou, tu tentou tirar a vida, envolveu família, ficou em coma, tu perdeu teu filho’, tu sabe? E eles não. Eles a mãe sabe, mas como ela disse ‘o que é que eu vou fazer? Eles não demonstram que nem tu’ então hoje eu faço a minha recuperação por mim, sabe? Eu não fico... Antes eu me preocupava ‘pô, é só eu, meu pai e minha mãe sabem dos meus irmãos e não fazem nada’. Deixa eles. Eu tenho que cuidar de mim.

Para Cecília “*depois que tu está um tempo limpo, tu aprende que a honestidade é em primeiro lugar*”, e refere a honestidade principalmente com a família, pois “*eles sofreram muito comigo. Muito*”. Cecília disse que a relação com família hoje é “*ótima, mas antes não era boa, porque eu escancarei minha doença, fiz eles sofrerem*”. Referiu como motivos principais para o sofrimento as suas tentativas de suicídio e ter “*esquecido*” do filho: “*tudo, né?*”.

Perguntamos especificamente sobre a relação de Cecília com seus pais em relação à droga. Para ela a família fica “*codependente*”, e como ela “*escancarou*” demais a droga, ela disse que “*eles têm muita preocupação*”. Cecília disse que, recentemente, por conta de uma medida protetiva contra seu ex-companheiro, ela e a mãe se falam toda hora por um aplicativo de mensagens do celular. Cecília tenta ser honesta com os pais e dizer a verdade para que não digam que está “*de novo com o mesmo comportamento quando tu usava droga*”. Prefere que saibam por ela, e não por outros, quando, por exemplo, sai com os amigos.

Se eu saio. Ontem eu fui no [bar no centro] e eu voltei, eu digo "ai, eu fui no [bar no centro]" e ela disse "ai eu vi, pelas fotos". Então eu falo porque senão... Se eu começar a mentir de novo para eles, a primeira que eles dizem para mim 'tu já tá de novo com o mesmo comportamento que tu estava quando tu usava droga'. Já aconteceu isso. De eu esconder as coisas deles e eles descobrirem coisas banais assim e dizer 'tu tá com o mesmo comportamento de quando tu usava droga'. Aí eu digo 'não, só um pouquinho', então eu vou ter que ver o que eu estou errando para ter a confiança deles de novo. Aí comecei a falar verdade. Dói. As vezes tu não quer falar, mas eu digo 'não, tem que saber por mim'”.

No entanto, quando a relação de honestidade com os pais envolve o uso de drogas do filho, a situação torna-se mais complexa e contraditória. Perguntamos para Cecília se ela conversa com seu filho sobre drogas: “*Falo. Ele sabe o fundo do poço da mãe dele. Sabe. Tanto que o meu filho ele fuma maconha, né?*”. Cecília disse que já fumou maconha quando mais nova, mas que não “*curtiu*”. Sente-se incomodada com o uso do filho, no entanto diz preferir que ele use em casa do que na rua. Porém, o que mais lhe incomoda é a lembrança do que seus pais passaram com ela, por isso, ameaça o filho com a internação compulsória:

Mas ele eu tô toda hora... Ó a compulsória. Ele eu ameaço. Ameaço. [...] Qualquer atitude que ele faça, qualquer coisa que eu não goste eu já começo. [...] ele não é de beber, mas se eu vejo que ele bebeu, que ele tá fumando demais, eu já... [pausa] mas ele me respeita assim. [...] Só quem tá aqui dentro de casa que sabe, só quem convive comigo sabe, entendeu? É muito fácil as pessoas chegarem e falar "não faz isso, faz aquilo". Eu pra mim, eu não aceito, sabe? Entra aqui e saiu aqui. Quem toma as decisões sou eu, né? Sou eu. As limitações sou eu, entende? Então, pra mim, ele sabe, ele tem medo, bah. Medo. Ele diz "não, eu jamais vou experimentar outra droga", porque ele viu o fundo do poço da mãe dele, então.... Eu saio, às vezes eu chego e ele "mãe, tu não bebeu?". "Não" [responde Cecília]. "Mãe, tu não usou?". "Não". Pode vir, pode me cheirar. Mas esse medo fui eu que causei nele, fui eu. Fui eu que deixei ele assim.

Para Cecília, é ela quem pode impor os limites ao seu filho, por exemplo, não beber demais, não fumar demais, fumar preferencialmente em casa, não usar outras drogas ilícitas para além da maconha. Ambos sentem medo: ela de ver o filho passar pelo que ela passou e, de certa forma, reviver no papel de mãe o que os pais passaram; ele de decepcionar a mãe e ser internado compulsoriamente caso use outras drogas ou abuse das que usa. Outro medo também está presente na relação dos dois, o medo de Cecília perder o filho caso ela volte a usar, repetiu-nos as palavras do filho para ela: "*mãe, eu não vou aceitar se tu voltar [a usar], aí tu me esquece*".

Perguntamos a ela o que faria se o filho usasse cocaína:

Ah, vai ser uma decepção muito grande, aí eu vou internar ele. O que eu não quis para mim, eu vou fazer para ele. Porque eu não vou deixar meu filho sofrer. Porque eu sei o que que é isso. Porque ele ainda tá... Ele tem 19 anos, eu tinha quase 40 agora quando tudo aconteceu então eu já estava um pouco madura para entender tudo e ele não.

Se para Cecília o limite da relação do filho com as drogas é a maconha, sendo a cocaína uma transgressão do limite, para seus pais (na visão de Cecília) saber que Lucas usa maconha já seria suficiente para ele ser internado compulsoriamente. Mas não só isso, Cecília acredita que, além de perder a guarda do filho, "*mesmo ele sendo mais velho*", ela também seria internada compulsoriamente, "*porque se eles souberem eles vão botar duas compulsória, em mim e no Lucas [pausa], entendeu? Aí são duas. É a minha e a dele*". Segundo Cecília a única pessoa da família que sabe que o filho usa maconha é o seu irmão mais novo que "*é usuário também, fumava maconha e cheira. Agora eu acho que nem usa mais cocaína, mas ele fuma maconha todos os dias. Ele sabe, mas nunca falou nada para a mãe*".

Cecília tem muito orgulho do filho, considera que está no auge do seu sucesso e do seu trabalho (Lucas trabalha junto com Cecília na área de estética e beleza). "*Foi o melhor presente que Deus me deu*", disse ela referindo-se ao filho. Cecília disse que teve de enfrentar barreiras na família para que aceitassem a homossexualidade do filho, "*mas hoje eles aceitam [...] o importante é que ele seja feliz*". Cecília vê em Lucas um grande apoiador para sua recuperação: "*quando ele vê que eu não estou bem, ele fica comigo, sabe? Me falando as coisas, 'mãe, tu é uma guerreira, olha quanta coisa tu já enfrentou, tu é forte, tu não vai...' sabe? Ele me bota para cima*". No entanto, ressalta Cecília, "*quando é para mim brigar com ele, olha, Deus o livre. Mas é que eu não posso passar a mão por cima, entendeu? Tu tem que ó, te liga. Mas, né?*", e refere-se sobre as falas do filho de que maconha não é droga, "*Eu ainda acredito que vá, vá ver que [a maconha] não é nenhum fisioterápico*".

6.2.3 1ª Internação Compulsória

Aconteceu “*faz uns quatro anos*” quando Cecília ainda morava com os pais e seu uso de cocaína tornou-se mais frequente e mais forte, até o ponto que tentou cometer suicídio: “*tomei 250 comprimidos sob efeito da droga e sob o álcool. Aí eu fiquei em coma quatro dias*”. Após sair do coma de 4 dias, Cecília foi internada compulsoriamente, a pedido do pai, na psiquiatria do hospital casa de saúde. Lá permaneceu por 70 dias. Disse que se sentia “*a pior pessoa do mundo [...] doente ao extremo*”. Relatou-nos o tratamento que recebeu no seu período de sua internação: “*eles dopavam muito a gente de remédio que tu ficava assim, tu não conseguia, sabe, raciocinar muito. Então, eu saía de cada internação assim, sem eira nem beira, sem saber o que fazer*”. Cecília contou-nos ainda sobre as visitas que recebia e dos sentimentos de tristeza e decepção que percebia, especialmente em seu pai. Também o médico de Cecília registrou em seu celular fotos do “*antes e depois*” para ela “*não esquecer*”.

Ai, o meu pai via que tinha uma tristeza muito grande, uma decepção muito grande, uma pena muito grande porque toda a internação que eu fui ele me olhava e dizia que não era eu, entendeu? Eu fui pra 90 e poucos quilos. Meu psiquiatra tem até hoje uma foto minha no celular dele, do antes e o depois. “Para ti não esquece” [disse o médico de Cecília] [pausa]. É muito ruim.

Após receber alta da internação psiquiátrica, foi internada em uma Comunidade Terapêutica onde permaneceu por 21 dias.

6.2.4 Comunidade Terapêutica

“*Fui com a mente bem aberta, mas cheguei lá, né? Visita da família, aquela coisa toda, ir embora. Daí comecei a surtar...*”. Perguntamos sobre seu surto: disse-nos que na CT “*trabalham muito o lado emocional*”, o porquê do uso, a aceitação das “*barreiras*” criadas pelas brigas familiares para “*não ter um motivo para ti ir lá beber e usar*”.

Contou-nos da sua impressão e um pouco da dinâmica de funcionamento da comunidade: “*ah, era bem legal [a CT], mas tinha que acordar muito cedo, aí tinha espiritualidade, daí depois fazia a faxina ou senão tu ia pra cozinha fazer almoço. Só no domingo que tinha descanso e podia olhar filme, só*”.

Por fim, referiu a primeira visita da família, e o sentimento que teve ao ver o filho chorando, como a situação que iniciou o desenvolvimento do seu surto: “*eu fiquei muito longe do Lucas. Então na primeira visita, ele foi e saiu chorando então ali bateu o medo, sabe? Eu fiquei mais uns 5 dias só e surtei lá dentro*”.

Após 21 dias de internação na CT, e do seu surto, o pai de Cecília foi buscá-la e levou-a para casa.

6.2.5 Recuperação em casa e na rua

Cecília disse que para ela a CT “*não deu certo*” e, após seu surto e seu pai ter ido buscá-la, foi fazer sua recuperação “*na rua*”. Para Cecília, “*tu fazer tua recuperação na rua é muito mais difícil*”. Considera que “*mesmo tendo essas recaídas*”, “*quis*” esse tipo de recuperação, “*porque na rua eu tenho que passar por situações*”, situações que na CT, segundo ela, a pessoa só irá se deparar depois que sair para “*reinserção*”.

tu fazer tua recuperação na rua é muito mais difícil. Porque na fazenda tu tá lá 9 meses fechado. Daí tu sai praquela reinserção que tem, né? E na rua tu convive... Porque que eu quis, mesmo tendo essas recaídas que eu tive. Porque na rua eu tenho que passar por situações. Eu tenho que saber passar na frente de um bar, comprar uma carteira de cigarro, que é só o único vício que eu tenho, e saber que a bebida vai estar sempre presente.

No entanto, antes de assumirem (Cecília e os pais) a recuperação em casa e na rua, seu pai tentou uma nova internação na ala psiquiátrica do Hospital Universitário de Santa Maria. Quando chegaram, Cecília e seu pai, ele disse “*tu fica aqui no carro*”, ao que ela respondeu “*mas aqui é 21 dias, eu já estou limpa, né?*”. Cecília nos disse que são precisos três meses “*para ti tirar toda aquela droga, aquela química que está no teu corpo*”, e ela recém tinha saído de uma internação psiquiátrica de 71 dias na casa de saúde e outra de 21 dias em uma CT. Então, Cecília disse entender que seus pais queriam mais que isso (Cecília estar limpa): “*eles queriam alguma forma para eles terem paz, entendeu? Para eles ficarem bem, eles tinham que me ver internada, porque daí eles estavam seguros*”. Cecília já conhecia os critérios que justificariam o tipo de internação possível ali para uma pessoa que usa drogas, a internação para desintoxicação de 21 dias, e sabia que não era o seu caso. Sem sucesso em dissuadir o pai da ideia, foi atrás dele para que o médico a visse e ouvisse sobre a necessidade ou não da sua internação.

Quando vê, eu fui atrás dele. ‘Não, doutor’, ele dizendo, ‘porque a minha filha, eu estou assim... Eu queria internar ela aqui’ e o médico disse ‘mas não tem como’. Daí eu olhei e disse para o médico assim ‘tá vendo? Sou eu. Eu estou limpa, não tem porque’ [disse Cecília], ‘eu estou vendo que tu não está drogada, não tem porque eu te internar’ [disse o médico].

Frustrada a nova tentativa de internação, Cecília iniciou em casa, e na rua, um novo momento da sua recuperação. Sobre esse momento disse-nos: “*A minha vida era ficar na mãe dormindo, acordando, ajudando dentro de casa, isso que eu tinha que fazer: ajudar em casa,*

limpar, por no mínimo três meses [...] depois onde eu ia o meu pai me levava, entendeu? Era assim". O período inicial de acompanhamento intensivo, tarefas domésticas, descanso, controle e restrições, durou, segundo ela, três meses, praticamente o mesmo tempo que havia ficado internada no hospital quando de sua primeira internação compulsória.

Durante os três meses de "internação domiciliar" o cotidiano da vida de Cecília era marcado por uma série de restrições à sua autonomia:

No início, eu não andava com dinheiro na mão. Eu saía de cada internação da psiquiatria, era um parto, porque eu ficava um tempo com eles em casa, para depois recomeçar a minha vida, tipo trabalhar, essas coisas, sair sozinha.... Eu saía com eles. O dinheiro nas minhas mãos, nem pensar. Pagar conta? Deus o livre. Chave de casa eu não tinha, entende?

Perguntamos como Cecília conseguiu sair de casa. Essa pergunta, agora vemos, pode ser entendida em mais de um sentido. Nesse relato, no momento que foi feita a pergunta, em ao menos dois: tanto as saídas de casa graduais em termos de maior exercício de autonomia no período de três meses, assim como a saída de casa definitiva quando conseguiu alugar seu próprio apartamento. Respondeu-nos:

porque eu tive confiança em mim e mesmo tendo confiança eu... Eu disse não, agora eu quero ter o meu espaço, eu quero ter minha privacidade, eu quero ter a minha casa, não importa como eu vou ter as coisas, como eu vou pagar, como eu vou... Porque tudo que eu tenho aqui [na sua casa atual] eu ganhei, nada eu comprei. Um me deu uma coisa, outro me deu outra e assim foi indo. [pausa]. Luta. É luta atrás de luta. E tu tem que focar naquilo que tu quer pra ti, né?

Perguntamos, então, o que Cecília queria para ela.

é ter uma vida sem droga porque é tão bom tu te divertir sem precisar beber e usar droga, assim sabe? A gente fica... É muito melhor. Muito melhor. [pausa]. Sabe? Não tem, tu tem a confiança dos teus pais de novo, tu tem... Tu consegue se sentir mais bonita, tu consegue cuidar mais de ti então são coisas que é o dia-a-dia.

Nessa mesma resposta, Cecília disse de uma briga que teve recentemente com o grupo do Narcóticos Anônimos que frequenta. Disse que em seu depoimento na reunião do grupo falou "*vocês não me venham com essa história de 'tamo junto' e 'só por hoje'*". Sintetizou para nós a ideia de recuperação do grupo na frase "*eu estou em recuperação, eu sou usuário de droga*", e criticou-a: "*se tu ficar ligado assim, que tu é, que tu tá em recuperação, que de 5 em 5 minutos, aí tu vai cair mesmo, entendeu?*". Para Cecília, pessoas que vivem assim "*são doentes, mais doentes ainda*", e que para ela "*tu tem que acreditar que tu te tornou uma pessoa melhor*", e não "*viver em função disso [que é drogado e está em recuperação]*". E terminou sua resposta nos dizendo: "*mas uma coisa só que eu tenho medo é da compulsória. Porque daí tu vai pra uma fazenda, tu fica 9 meses lá e só depois que tu graduar pra ti sair, né?*".

Cecília não voltou a ir para uma CT (ou fazenda). A única vez foi após sua 1ª internação compulsória 4 anos atrás. No entanto, no período entre os três meses de “internação domiciliar”, decorrente da 1ª internação compulsória, até sua saída de casa para ir morar com o filho, ocorreram “*recaídas violentas*”, mais duas tentativas de suicídio e mais duas internações compulsórias.

6.2.6 2ª e 3ª Internações Compulsórias

todas as minhas internações, né, no caso da compulsoriamente foi na Casa de Saúde¹⁵. Que eu renunciava quando chegava lá: ‘não, pai, tu não vai me levar’. Eu chegava sempre de cadeira de rodas

As três tentativas de suicídio de Cecília estiveram intimamente ligadas às três internações compulsórias. Sobre suas três tentativas, referiu um padrão:

Toda vez que eu tentei me matar, as três vezes, o Lucas, meu filho, não estava em casa, mas as três vezes eu tomei uma quantidade alta de medicação. Imagina 250 comprimidos. Tegretol, tudo que é medicação que tu imaginar [...]. Daí começava a fazer o efeito, meio que eu tinha que parar, daí eu desmaiava. Minha mãe chegava no quarto estava eu lá, vomitada, quase sem vida. Aí chamaram o SAMU as três vezes, faziam a limpeza, tiravam toda a medicação, né? Mas aquilo já estava agindo, né? Na tua cabeça.

Sobre sua 2ª internação compulsória, Cecília somente referiu que ocorreu após sua segunda tentativa de suicídio: “*Aí o pai entrou com uma compulsória. Aí tentei o segundo suicídio. Só que esse não fiquei em coma, mas fiquei no hospital bem mal também*”. A segunda internação também aconteceu no mesmo hospital da primeira, Hospital Casa de Saúde.

Sobre sua 3ª internação compulsória, Cecília contou-nos maiores detalhes do processo. Tentou suicídio da mesma maneira que nas vezes anteriores: em casa ingerindo altas quantidades de medicação. Permaneceu em coma por 10 dias, em um hospital do norte do estado para onde foi levada após a tentativa de suicídio. Quando saiu do coma, foi levada de volta para Santa Maria onde foi internada compulsoriamente na ala psiquiátrica do Hospital Casa de Saúde. No caminho, dopada de medicamentos e ainda se recuperando do coma, Cecília tentava entender para onde estava indo. Quando chegou ao hospital foi prontamente reconhecida pela equipe de saúde, “*de novo, Cecília?*”.

Aí, essa última vez eu cheguei assim ó, que eu vim de [cidade do norte do estado] com eles, com o pessoal da Secretaria da Saúde e daí eu estava meia dopada, imagina, eu

¹⁵ Casa de Saúde é um hospital geral público do município de Santa Maria. Desde 2010 é administrado pela Associação Franciscana de Assistência à Saúde (SEFAS) e, segundo seu site, disponibiliza 100% de sua capacidade operacional para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse hospital, na ala psiquiátrica, aconteceram as três internações compulsórias de Cecília. Mais informações sobre o hospital: <http://sefas.org.br/site/hospital-casa-de-saude/>

recém tinha saído do coma e o pai me levou direto e eu não lembro, não lembro por onde a gente passou, eu lembro que eu disse "pai, tinha muita gente vendendo coisa na estrada, né? Os muambeiros" "ah sim" até eu isso eu via. Imagina, tinha tomado quase 300 comprimidos, ainda tava... Né? Recém tinha saído do coma, fiquei 10 dias e o pai "sim, tinha muambeiro na estrada vendendo" [irônica]. Aí a gente chegou na Casa de Saúde e os enfermeiros lá, o G., todo mundo, "de novo, Cecília?" e eu "uhum". Eu só dizia "uhum". Aí o pai "filha, tu vai ficar aí". Aí eu, "tá bom, pai".

Cecília contou-nos sobre seus primeiros dias da internação. Rindo, disse da sua tentativa frustrada de escapar do hospital no segundo dia simulando uma ligação telefônica com o pai:

eu me lembro, isso eu me lembro, que eu cheguei e juntei minhas coisas no quarto lá, as sacolas, e lá a psiquiatria tem uma porta que tem uma janelinha que tu enxerga os enfermeiros. Eu fui pra frente da porta, peguei a mão assim como se eu tivesse ligando pro celular e falei "pai, tá, o senhor tá vindo me buscar? Então tá. Viu, gurias? O pai tá vindo me buscar" e elas "Cecília [com tom de indignação], vai dormir". [...] Imagina, eu pegar e fingir que estava ligando pro celular, o tamanho da doença, né? E fica "ô pai, então tá, viu gurias? Ó, o pai vai vir me buscar" "que buscar o que, Cecília? Tu recém chegou aqui, vai pro quarto e vai dormir" [responde como se fosse uma das enfermeiras].

Cecília disse que a amarravam na cama "*quase todos dias*", inclusive quando recebia visita da família. Contou-nos de um dia que o pai foi visitá-la: "*Daí o pai vinha e eu sempre questionando, cadê o Lucas, pai? Cadê o Lucas? E o pai 'ah, o Lucas tá em casa, não quis vir hoje' e eu atada na cama*". No entanto, Cecília conseguia se desamarrar, e quando conseguia, era repreendida violentamente: "*Aí vinha o G., um dos enfermeiros lá, eu não gosto dele, era muito violento, daí ele ia lá e me amarrava bem amarrado [...] ele amarrava a gente e brigava assim, sabe? Eu ficava atada na cama.*"

Perguntamos a ela porque a amarravam, disse "*porque eu me agitava muito*". Cecília se desamarrava, queria sair do hospital, "*ficava perambulando, não deixava ninguém dormir*". De onde Cecília tirava forças para se desamarrar e sair "*perambulando*" é a questão, pois contou-nos que estava muito debilitada após ter ficado 10 dias deitada em coma:

Eu vim de [cidade do norte do estado], eu não parava em pé, eu ia pro banheiro e me ajoelhava e não conseguia levantar. Tinha que vir a enfermeira e me levantar porque eu fiquei muito... Eu fiquei 10 dias deitada só, né? Eu não tinha força nas pernas. E eu estava gordinha, mas como eu estava... Eu lembro que eu emagreci um pouco e eu não tinha força para andar, não tinha nenhuma. Se eu sentava, eu não conseguia levantar. Aí tinha que ir duas enfermeiras lá e me levantar, sabe? Claro, imagina, droga na cabeça mais medicação.

Perguntamos o que mais Cecília lembrava de sua internação. Disse-nos do sentimento de "*tristeza*" e "*arrependimento*" que sentia, queria sair e "*começar uma vida nova*". Contava os dias até chegar o 21º, período definido para internação psiquiátrica para desintoxicação. Quando chegou o dia esperado, uma nova decepção. Seu pai não autorizou e pediu para que ficasse mais tempo. Teve de permanecer até completar três meses. Terminados os três meses,

seu pai preparou uma nova internação compulsória para que Cecília fosse para uma fazenda. No entanto, o médico, segundo Cecília, “*era contra fazenda*” e conseguiu dissuadir os pais da ideia.

Ai, dava muito assim, tristeza, sabe? Tu querer sair, tu ver o arrependimento, sabe? Comigo. Bah, porque que eu fui fazer isso, meu deus? Porque de novo, sabe? Não é isso o que eu quero. Tu querer sair e começar uma vida nova. Daí chegava 21 dias, Bah, chegou os 21 dias, e eu ‘ah vou embora’, daí ‘não, o teu pai disse que é para tu ficar mais tempo’. Fiquei, quase 3 meses. Só saía com a autorização dele. Daí chegou um dia que o médico, o dr. J. Foi lá, chamou eles e conversou. Aí o pai disse ‘não, já tô com tudo pronto, uma compulsória, ela vai para fazenda’ e ele [o médico] é contra fazenda também, daí ele conversou, conversou, conversou com o pai e com a mãe, até que eles aceitaram que eu voltasse para casa.

A última experiência de Cecília com internação compulsória foi recente. Estava em sua nova casa quando chegou um oficial de justiça com o pedido. Cecília disse ter entrado em pânico, então entrou em contato com os pais que estavam na praia: “*pai, pelo amor de deus, tu não tirou a compulsória?*”. Seu pai justificou que era um engano: “*bah, minha filha, eu pedi para eles tirarem*”. Segundo Cecília, seus pais queriam, quando entraram com o pedido, que ela fosse para uma Comunidade Terapêutica. O pedido ocorreu depois de uma recaída que Cecília tivera alguns meses atrás, a qual ela contou para sua mãe. A mãe de Cecília então lhe respondeu “*olha, tua compulsória está lá no fórum, qualquer coisa, né?*”. Os pais retiraram o pedido e, dessa vez, Cecília não foi internada.

6.3 A MORADIA E SUAS INTER-RELAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO DO EXERCÍCIO DE AUTONOMIA

O direito à moradia figura como um dos direitos sociais do Art 6º da Constituição Federal de 1988. No entanto, moradia é muito mais que um lugar de residência, do contrário o “*parque manicomial de quase 100.000 leitos remunerados pelo setor público, [...] e 20.000 leitos estatais*” (BRASIL, 1989, p. 10697) denunciado por Paulo Delgado no projeto de lei da Reforma Psiquiátrica, poderia ser entendido como efetivação do direito à moradia. Mas não é, pois, o sujeito em sofrimento psíquico que não sente o lugar em que reside como sua moradia, continua “*alienado*” em relação a esse direito, tem residência, mas não tem casa, alienação aqui entendemos no sentido filosófico e político de não se enxergar no objeto que produz (SILVEIRA & SANTOS, 2011, p. 44). Ou seja, essas residências psiquiátricas não foram escolhidas, foram impostas, tal qual as pessoas encarceradas. Portanto, é no reconhecimento de si, na sua casa, que se efetiva o direito à moradia.

A moradia é um dos pontos centrais das políticas de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira, e pode ser expressa pelo tripé de programas: De Volta Para Casa (Lei 10.708 de 2003), onde a pessoa que passou anos internada em hospital psiquiátrico recebe alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, contando ainda com um auxílio de R\$ 240,00 mensais por um ano, podendo ser renovado ou suspenso quando “*alcançados os objetivos de reintegração social e autonomia do paciente*”. Esse programa, segundo dados do governo federal, conta hoje com 2600 beneficiários; Serviços Residenciais Terapêuticos (Portaria nº 106 de 2000 do Ministério da Saúde), são casas, locais de moradia, destinadas a pessoas em sofrimento mental que permaneceram em longas internações psiquiátricas e estão impossibilitadas de retornar às suas famílias de origem, no âmbito da RAPS é um ponto de atenção nas estratégias de desinstitucionalização, objetivando “*o cuidado integral por meio de estratégias substitutivas, na perspectiva da garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social*”. Segundo o 12º relatório da “Saúde Mental em Dados”, até 2014 estavam em funcionamento 610 unidades de SRT; o terceiro é o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS (Portaria nº 52 de 2004), ou seja, “*a substituição progressiva dos leitos em hospital psiquiátrico por uma rede comunitária de atenção psicossocial*”, de modo a redirecionar o modelo assistencial em saúde mental para bases comunitárias e territoriais, com isso viabilizando à pessoa um tratamento em liberdade, por meio de serviços e recursos extra-hospitalares.

Portanto, tão evidente como a relação da moradia com a desinstitucionalização promovida pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, é também sua relação com a promoção de autonomia da pessoa em sofrimento mental. Nesse sentido, passaremos a analisar a relação de Cecília com sua moradia e inter-relações com as drogas, familiares e internação compulsória. Com isso pretendemos analisar, por meio da relação com a moradia, como Cecília foi desenvolvendo e exercitando sua autonomia. Essa entendida aqui na perspectiva freireana (1996) como processo, vir a ser, responsabilidade que vai sendo assumida, sustentada em “*experiências estimuladoras da decisão e da responsabilidade*” (p. 117), pois “*é no domínio da decisão, da avaliação, da liberdade, da ruptura, da opção, que se instaura a necessidade da ética e se impõe a responsabilidade*” (p. 20), de modo que a “*liberdade vai preenchendo o espaço antes habitado por sua dependência*” (p. 105). Nesse sentido, por meio do relato das relações de moradia e suas inter-relações, pudemos perceber o desenvolvimento do exercício de autonomia de Cecília em três períodos.

O primeiro período quando Cecília estava casada e morava com seu filho e o pai dele. Embora Cecília tivesse uma casa, uma relação de moradia, essa relação foi fragilizada pela relação abusiva que o pai de seu filho estabelecia com ela e com o filho, disse-nos ela, “*sofri muito nas mãos do pai do Lucas, ele batia em mim [...] ele foi muito ruim pra mim e pro filho dele também então...*”. Aonde essa relação desumanizadora poderia levar Cecília? Ela própria nos deu uma pista ao indagar-se sobre sua relação com as drogas nesse período: “*Tu vê, né? E nessa época eu não pensava em usa. Eu era totalmente careta*”. Para escapar da desumanização, Cecília decidiu romper as amarras de violência e assumiu a responsabilidade de cuidar do filho sem o pai. Porém, para esse exercício de autonomia, Cecília e seu filho tinham ainda a casa dos pais de Cecília como possibilidade de constituição de uma nova casa.

O segundo período começa na volta à casa dos pais. Ainda que “dos pais”, Cecília considerava essa sua casa também. E só a deixou de considerar em dois momentos: quando conseguiu alugar o próprio apartamento e quando tornou-se excessivamente dependente da sua relação com as drogas. Detenhamo-nos no desenvolvimento desse segundo momento, assim resumido por Cecília “*Quando eu comecei a usar [cocaína], que eu entrei em crises, eu perdi tudo. Perdi casa. Perdi família. Eu perdi filho. Perdi emprego. Tudo*”.

Cecília relatou-nos seu primeiro uso de cocaína como “*curiosidade*”, seus saberes sobre essa relação limitavam-se aos saberes da experiência, lhe dava prazer, cortava os efeitos do álcool e lhe permitia seguir bebendo e usando até de manhã. Para Freire (2016a, p. 187), essa é uma forma de operar da “*curiosidade ingênua*”, ocorrendo quando a curiosidade “*fica num processo de apreensão do objeto, que se restringe à aparência do fato ou das coisas que sobre ele incidem [...] ela não se centra, por exemplo, na busca da razão de ser ou das diferentes razões de ser do objeto que ela apreende*”. No momento da entrevista, após anos de reflexões sobre essa relação, Cecília já detinha outros saberes sobre os motivos que a levaram a um uso diário da cocaína: “*usando desculpas pra poder usar a droga, né? Tipo briguei com a minha mãe. Bom, agora vou usar. [...] Briguei com o meu filho, daí vou lá e uso e a coisa começou a ficar muito forte. Quando vê era todos os dias*”. Novamente os conflitos em casa tornaram-se fonte de desprazer, só que desta vez, não tendo outra a recorrer, foi investindo e dependendo excessivamente das relações que lhe davam prazer, enfraquecendo as demais relações que lhe geravam algum desprazer, com os pais, com o filho, com o trabalho e com a casa. Restringiu sua autonomia ao depender excessivamente de uma relação. Tykanori (KINOSHITA, 2001, p. 55-59) nos ajuda pensar essa relação de dependência e autonomia

Dependentes somos todos nós, a questão dos usuários é antes uma questão quantitativa: dependem excessivamente apenas de poucas relações/coisas. Esta

situação de dependência restrita/restritiva é que diminui a sua autonomia. "Somos mais autônomos quanto mais dependentes de tantas mais coisas pudermos ser, pois isto amplia as nossas possibilidades de estabelecer novas formas, novos ordenamentos para a vida

Portanto, por essa definição, não é que a cocaína, por suas características e efeitos, tenha levado a uma “*situação de dependência restrita/restritiva*”, mas o contrário, o enfraquecimento das demais relações de dependência (pais, filho, trabalho, moradia) levou Cecília à um aprofundamento da relação de dependência com a cocaína. Impediu-lhe o exercício de autonomia e a ampliação de possibilidades de estabelecer novos ordenamentos para sua vida. Essa situação de dependência restrita/restritiva desenvolveu-se três vezes ao ponto extremo de Cecília realizar três tentativas de suicídio. Nessas três vezes Cecília foi internada compulsoriamente no Hospital Casa de Saúde a pedido dos pais, lá permanecendo por aproximadamente três meses.

Embora Cecília tenha dito que nessas situações perdera tudo, foi ao atentar contra a própria vida que quase perdeu tudo. Cecília transgrediu as responsabilidades assumidas para si, e perante os pais, quando do término da relação abusiva com ex-marido e mudança de casa: o cuidado de si e o cuidado do filho. Cecília, no exercício de sua autonomia, decidindo, rompendo, assumindo responsabilidades, resvalou para o que Freire (1996, p. 99) chama de “*licenciosidade*”, a liberdade sem limites de si, “*a ruptura em favor da liberdade contra a autoridade*”. Por outro lado, seus pais, no exercício de sua autoridade, com apoio dos agentes envolvidos nas internações compulsórias, resvalaram para o “*autoritarismo*”, “*a ruptura em favor da autoridade contra a liberdade*”. Para Freire (1996, p. 105), autoridade e liberdade estão sempre numa relação tensa, e somente no respeito mútuo é que ambas podem resultar em práticas promotoras de autonomia, promotoras do “*ser mais*”, o essencial, portanto, “*nas relações entre o educador e educando, entre autoridade e liberdade, entre pais, mães, filhos e filhas é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia*”.

Então, Cecília com sua autonomia em níveis mínimos, foi internada compulsoriamente para desintoxicação e, em tese, para aprendizado de sua autonomia. Como se a autonomia fosse ocupando o espaço deixado pelas substâncias tóxicas à medida que fossem saindo do corpo. Essa experiência de autonomia e internação compulsória dentro da Casa de Saúde ocorreu a partir do seguinte contexto: afastada dos pais, afastada do filho, afastada de casa e com sua liberdade de locomoção e reflexão cerceada por barreiras físicas e químicas, Cecília relatou-nos que a atavam na cama “*quase todos os dias*”, quando conseguia sair, um enfermeiro “*muito violento*” brigava com ela e “*amarrava bem amarrado*”; por ser amarrada na cama quase todos os dias, nessa condição recebia suas visitas; disse ainda que “*dopavam muito a gente de remédio*

que tu ficava assim, tu não conseguia, sabe, raciocina muito então eu saía de cada internação assim sem eira nem beira, sem sabe o que faze; e que, no intento de fugir, simulava uma ligação telefônica com o pai para que a equipe de saúde ouvisse e pensasse que ele estaria vindo para buscar ela. Será possível construção de autonomia nessas condições? Que experiências de decisão são proporcionadas? Que outras relações de dependência, para usar a ideia de Tykanori (KINOSHITA, 2001), podem ser estabelecidas nesse contexto? Às medicações? Que reflexões sobre si, sobre suas práticas e ideias, podem ser produzidas sob dopagem medicamentosa? Ao que mais se assemelha a descrição desse lugar, casa ou prisão?

Para os pais de Cecília, ela livre gerava preocupação, ela internada gerava segurança. Segurança de que não estaria usando drogas ilícitas nem atentando contra a própria vida. E só. Terminada a primeira internação compulsória de 71 dias, Cecília foi encaminhada para uma Comunidade Terapêutica, lá permanecendo por 21 dias. Nesse período na CT, Cecília relatou-nos que surtou, e que isso ocorreu após a visita do filho: *“eu fiquei muito longe do Lucas. Então na primeira visita, ele foi e saiu chorando então ali bateu o medo, sabe? Eu fiquei mais um 5 dias só e surtei lá dentro”*. Após três meses distante de casa e distante do filho, e com previsão de mais 9 meses na CT, não seria o surto de Cecília um sinal de saúde mental? Uma tentativa de fuga? Com essa ação, tal qual na Casa de Saúde, Cecília assumiu riscos, optou pela liberdade em desfavor de uma normatização autoritária. Para Freire (2016a, p. 192), a assunção do risco que se resume em si nada muda, assumir o risco implica assumir responsabilidade no agir, diminuir a distância entre o que se diz/pensa e o que se faz, *“mas até para arriscar é preciso pensar, é preciso ter medo. Contudo, para ter medo é preciso ter coragem, e a coragem não existe distante do medo. A coragem é o medo educado”*. Portanto, podemos entender o surto de Cecília como um ato de coragem, de medo educado, uma assunção de risco e responsabilidade no agir. Teve sucesso, após o surto seu pai foi buscá-la e levou-a para casa. Mas, uma pergunta nos inquieta: que tipo de medo fez Cecília colocar em risco a própria saúde mental e que poderia justificar um surto como agir responsável em direção a um dizer ou pensar?

Com essa pergunta chegamos a um momento de transição entre o segundo e o terceiro período de exercício e desenvolvimento de autonomia de Cecília em relação à sua moradia e inter-relações dessa. Embora a resposta possa parecer óbvia, tentaremos responder aos poucos. Após a saída da CT, o pai de Cecília tentou levá-la ao HUSM para nova internação psiquiátrica. Contrariando a ordem do pai para *“ficar no carro”*, Cecília seguiu-o até o médico com quem ele foi conversar para pedir a internação. Cecília explicou que estava limpa e não teria necessidade de uma internação para desintoxicação de 21 dias (curiosamente na entrevista Cecília nos disse *“mas mesmo assim leva três meses, né?”*), como que justificando o tempo do

período de internação que passara na Casa de Saúde). O médico concordou e a tentativa do pai foi frustrada. Seus pais, então, lhe propõem uma espécie de internação domiciliar por um período de três meses com repouso, medicações, trabalhos domésticos e restrições como não sair de casa sozinha, não ter a chave de casa e não ter dinheiro. No entanto, estaria em casa, com o filho, com a família. Eis aqui uma questão complexa: em que medida essa é uma experiência produtora de autonomia? Em que medida a autonomia pode ser exercitada com tamanhas restrições à liberdade do agir social? Quão próximo ou distante essa ação está da proposição de Freire (1996, p. 105) de que o “*essencial*” para as relações entre pais e filhos “*é a reinvenção do ser humano no aprendizado de sua autonomia*”? Aceitar se internar na própria casa ou...? Não percebemos “ou” no relato, talvez Cecília também não tenha percebido, ou entendeu que essa era a melhor, senão a única, opção. Após os três meses, conquistando confiança em si e a confiança dos pais, Cecília foi podendo assumir maiores responsabilidades, como trabalhar, lhe possibilitando exercer maiores níveis de autonomia, “*recomeçar a vida*”, nas palavras de Cecília. Esse tipo de internação domiciliar e “*recomeçar a vida*” se repetiu após as outras duas tentativas de suicídio e internações compulsória. Até o ponto que, mesmo “*tendo tudo*”, “*já não tava mais dando certo morar com a minha família, morava eu e meu filho*”, então Cecília decide: “*vou alugar um apartamento, vou me virar*”.

Chegamos ao terceiro período de desenvolvimento do exercício de autonomia de Cecília. Na sua nova casa, morando com o filho, Cecília definiu esse momento por meio da resposta da seguinte pergunta que lhe fizemos “e o que te faz bem hoje?”: “*tá limpa. Poder acordar de manhã, olhar pro céu, sair na rua. Não sair com dor de cabeça por ter bebido, sair numa boa. Viver. Ter paz. Conquistar as coisinhas que for, tipo eu alugo esse apartamento, mas é minha casa, entendeu?*”. Em todo tempo que morou com os pais, após o término do relacionamento com o ex-marido, Cecília tinha a casa dos pais como sua casa. Se tivesse outra será que teria se submetido às “internações domiciliares”? Ou, mesmo que tivesse, e se a condição para estar com o filho fosse somente por meio da “internação domiciliar”? Importa que, nesse novo momento, o “*tudo*” que (quase) perdera, pelas tentativas de suicídio, foi reconquistado: “*com o tempo eu tive que conquistar tudo de novo. Foi ter meu apartamento. Ter meu filho de volta*”. Nesse novo momento, Cecília, mesmo “*encostada*” pelo INSS, trabalha informalmente para “*ocupar a cabeça*”. Quando se envolveu afetivamente com um homem, trazendo-o para morar em sua casa, ao sentir-se “*sufocada*” pela relação e pelo cuidado/controlado que ele demandava/exercia por sua condição de saúde (câncer), levando-a a deixar de trabalhar para dedicar-se ao cuidado, Cecília terminou a relação e expulsou-o de sua casa. Pelo término, justificou-nos a última recaída que teve. Porém, dessa não decorreu tentativa de suicídio nem

internação compulsória. Ou melhor, quase ocorreu uma compulsória, pois seus pais fizeram o pedido quando souberam, por ela, da recaída, no entanto, a pedido dela, retiraram. Aqui parece que a tensa relação entre autoridade e liberdade na relação de Cecília com seus pais aproximasse do equilíbrio por meio do diálogo e do respeito mútuo, ou, nas palavras de Freire (2015, p. 38), “*vivendo com lucidez a tensa relação entre autoridade e liberdade que ambas descobrem não serem necessariamente antagônicas uma da outra*”.

No entanto, o que mais nos chamou atenção nesse terceiro período de desenvolvimento de exercício de autonomia é a relação de Cecília com seu filho, para ela “*o melhor presente que Deus me deu*”. Na relação de autoridade e liberdade dela com seu filho podemos ver o medo de ela reviver o que seus pais passaram com ela, pois “*eles sofreram muito comigo*”, ao mesmo tempo que um exercício de “*educar o medo*”, assumir riscos e responsabilizar seu agir de modo a torna-lo mais coerente com o que pensa, diz e sente. Cecília diz sentir-se incomodada com o filho usar maconha, daí derivam dois medos: que seus pais saibam e queiram internar ele e ela; que ele use cocaína ou outra droga ilícita e passe pelo que ela passou. Sua postura, no entanto, é de tolerância, por sentir-se dona de sua casa, “*quem toma as decisões sou eu, né? Sou eu. As limitações sou eu, entende? Então, pra mim, ele sabe, ele tem medo, bah*”, além de possibilitar um maior exercício de autonomia de si, lhe possibilita também um exercício de autoridade mais “*coerentemente democrática*”. Para Freire (1996, p. 104), a autoridade que

fundando-se na certeza da importância, quer de si mesma, quer da liberdade dos educandos para a construção de um clima de real disciplina, jamais minimiza a liberdade. Pelo contrário, aposta nela. Empenha-se em desafiar-la sempre e sempre; jamais vê, na rebeldia da liberdade, um sinal de deterioração da ordem. A autoridade coerentemente democrática está convicta de que a disciplina verdadeira não existe na estagnação, no silêncio dos silenciados, mas no alvoroço dos inquietos, na dúvida que instiga, na esperança que desperta.

Nesse sentido, Cecília não lhe proíbe o uso, mas sugere que o faça em casa. Ainda, respeita seu saber de que maconha “*Pra ele, não é droga [...] é fisioterápico*” e brinca com ele por meio de ironias quando esse expressa para mãe seus posicionamentos pró-legalização da maconha. Cecília reconhece que “*a única droga dele é a maconha*”, tanto quanto reconhece para si que “*meu único vício é o cigarro*”. Dessa relação de ambos, podemos retomar a importância da moradia para as políticas de atenção psicossocial às pessoas que usam drogas pautadas pelo princípio da desinstitucionalização: o filho de Cecília pode reconhecer-se em casa ao sentir respeitado seu uso de maconha, não precisa sair de casa ou esconder-se da mãe para usar, pelo contrário, sua relação com a maconha, por meio do respeito e da dialogicidade, é acolhida de modo a fortalecer os vínculos com a mãe e com sua casa. Assim que ela educa seu medo de ele usar outras drogas, é uma relação de controle, mas também de cuidado.

No entanto, o outro medo, dos pais de Cecília descobrirem o uso do filho e internarem ambos compulsoriamente, remete a um tensionamento muito maior nas relações de autoridade e liberdade entre pais e filhos. Cecília relatou-nos que, certa vez, seu filho lhe disse “*mãe, eu não vou aceitar se tu voltar [a usar], aí tu me esquece*”, disse ainda que quando sai e chega em casa, as vezes, seu filho lhe questiona “*mãe, tu não bebeu?*”, “*mãe, tu não usou?*”. Por outro lado, Cecília, quando questionada o que faria se o seu filho usasse cocaína, respondeu-nos “*Ah, vai ser uma decepção muito grande, aí eu vou internar ele. O que eu não quis pra mim, eu vou fazer pra ele. Porque eu não vou deixar meu filho sofrer.*”. Para Cecília se os seus pais descobrissem o uso do filho “*não iriam aceitar*”, seria como uma nova transgressão, por parte de Cecília, das responsabilidades assumidas pelo seu exercício de autonomia. Por isso, para não perder o filho, pois, segundo Cecília, se souberem “*eu perco a guarda dele. Mesmo ele sendo mais velho*”, diante de “*qualquer atitude que ele faça, qualquer coisa que eu não goste eu já começo [...] Ó a compulsória. Ele eu ameaço. Ameaço*”. A ameaça de Cecília é, ao mesmo tempo, tão comum às feitas por pais para um filho quando descobrem ou desconfiam que usa alguma droga ilícita, e tão diferente, porque Cecília já passou por três internações compulsórias e sabe o sofrimento que significa ter sua liberdade física e mental cerceada, estar longe de casa e de quem ama. Ou entende que em alguma medida foram necessárias, como um mal necessário diante do sofrimento que vinha causando aos seu pais e filho. Se verdadeiro esse pensamento, é uma séria contradição às normas próprias de produção de sua saúde em liberdade, o que chama de “*recuperação na rua*”, uma oposição ao cuidado institucionalizado, “*na rua é muito mais difícil, tu convive [...] tenho que passar por situações*”.

Portanto, em teoria, a ameaça de internação compulsória serviria, paradoxalmente, para evitar a internação compulsória, e, além disso, serviria também para evitar a perda de sua autoridade enquanto mãe e, com isso, a perda do filho. Na prática de ambos, vemos um afastamento desse paradoxo e uma aproximação da ideia de “*recuperação na rua*”, considerando a flexibilização em torno da maconha e, ainda, importante ressaltar, seu filho não ter a deixado após sua última recaída (a não ser que a ameaça do filho tenha sido feita após esse episódio, o que não pudemos verificar com certeza no relato). Pode ser que, na relação de ambos, o cuidado e o diálogo prevaleçam sobre o controle e o autoritarismo. Buscando o equilíbrio da tensa relação entre autoridade e liberdade.

6.4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com essa entrevista, relato de uma pessoa que passou por internações compulsória pelo seu uso de drogas, objetivamos analisar o desenvolvimento e exercício da autonomia na relação com as drogas considerando os conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade para pensar uma ética de cuidado frente à internação compulsória. Pretendemos, também, chamar atenção para uma autonomia que está além daquela prevista em normas e legislações. Uma autonomia que se constitui na prática e no exercício diário de busca de equilíbrio entre autoridade e liberdade como pares dialéticos e não-antagônicos. Utilizamos os conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade por entender que expressam uma ética crítica e relacional possível de ser empregada para compreender as contradições e tensões desse exercício diário de autonomia que ora pode resvalar para autoritarismos ou licenciosidades quando o diálogo e o respeito mútuo são interrompidos.

Pretendemos ainda denunciar práticas autoritárias de coerção da liberdade travestidas de políticas de cuidado. Os relatos de Cecília sobre os tratamentos recebidos nas suas internações: *“amarrada na cama quase todos os dias”, “dopavam muito a gente de remédio que tu ficava assim, tu não conseguia, sabe, raciocina muito [...] saía sem eira nem beira”,* se considerados numa perspectiva de autonomia *“fundada na ética, no respeito à dignidade e à própria autonomia”,* só podem ser entendidos como transgressão ética, como desumanização. O *“parque manicomial de 100.000 leitos psiquiátricos”* denunciado por Paulo Delgado em 1989, embora reduzido pelas políticas de desinstitucionalização e mudança do modelo assistencial em saúde mental, ainda vive pela reprodução de práticas e ideias segregadoras de liberdade operadas nas micro-relações cotidianas de serviços e instituições de saúde.

O foco na relação de moradia escolhido para analisar o desenvolvimento e exercício de autonomia de Cecília, seus três períodos de exercício, sua decisão de romper um relacionamento violento podendo contar com a casa dos pais para reconstrução de sua moradia; seus períodos de *“internação domiciliar”* como estratégia de cuidado/controlado acordada com os pais; sua conquista de maior autonomia e possibilidade de exercer uma *“autoridade coerentemente democrática”* na relação com o filho; apontam para a importância dos dispositivos de desinstitucionalização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que, a partir da garantia do direito à moradia, buscam a promoção da autonomia como estratégia de cuidado.

É certo que tantas outras abordagens sobre o relato de Cecília poderiam ser tecidas, a questão do suicídio, por exemplo, mas por espaço e tempo, não puderam ser feitas. Porém, essa também foi uma pretensão do modo como foi trabalhada a reconstrução do relato de Cecília,

uma provocação para reflexão a partir de suas falas, as quais tentamos expor da maneira mais coerente possível, primeiro, para divulgar seu relato de experiência; segundo, para compreensão do nosso objeto e objetivo de pesquisa. Ante as contradições e pequenas violências relatadas nas relações familiares de Cecília, tentamos mostrar também um esforço ético de cuidado que esteve presente na maior do tempo, um esforço permanente para ressignificar relações e rearranjar novas dimensões e possibilidades de produção de vida e cuidado.

7 CONCLUSÕES

Com essa pesquisa pretendemos analisar o desenvolvimento e exercício da autonomia na relação com as drogas considerando os conceitos freireanos de autonomia, autoridade e liberdade para pensar uma ética de cuidado frente à internação compulsória. Tivemos como objetivos específicos: identificar os tensionamentos produzidos pelo exercício de autonomia, autoridade e liberdade em ações dialógicas de educação e saúde na perspectiva da Redução de Danos; construir relatos de experiência com pessoas que usaram crack e passaram por internação compulsória; estabelecer elementos para uma ética como instância crítica na perspectiva freireana de ética universal do ser humano em diálogo com as políticas do SUS de Humanização e Redução de Danos.

Na primeira parte, com a experiência das oficinas pretendemos alcançar o primeiro objetivo específico. Ou seja, entendendo as ocupações estudantis como um exercício de autonomia e as oficinas sobre drogas como uma ação dialógica de educação e saúde, buscamos tensionar as representações hegemônicas sobre drogas operadas pela ideologia da Guerra-às-Drogas. A partir de uma perspectiva ética crítica baseada em Freire e na Psicologia Social Crítica, percebemos as respostas e os efeitos dos tensionamentos produzidos. Utilizamos o conceito de antinomia da Teoria das Representações Sociais para fazer essa leitura, justamente por sua perspectiva crítica de indicar a intrínseca relação de algo com seu oposto, sempre que algo é dito/feito. As duas antinomias, “Entre Autoridade e Liberdade – tensões no acesso às drogas/escolas” e “Morte e Vida: quais drogas produzem uma produzem e/ou outra?”, expressaram as contradições e representações que emergiram dos diálogos promovidos pelas oficinas.

Falar sobre drogas com estudantes necessita antes de tudo o respeito aos saberes do outro, ou seja, parte-se da dialogicidade com condição para estabelecimento de relações respeitadas da autoridade e da liberdade do educando. Com as ocupações estudantis os e as estudantes afirmaram a condição de sujeitos da produção de saber e de sua autonomia. Controlando a escola questionaram o modelo de educação bancária e puderam decidir sobre que educação gostariam e que temas consideravam importantes de serem trabalhados na sua formação enquanto estudantes e seres humanos. Portanto, a produção de conflitos, ou tensionamentos entre autoridade e liberdade, está diretamente relacionada à possibilidade de produção de novas normas a partir do questionamento de normas injustas.

Aprendemos, sobretudo, que as drogas, enquanto tema de discussão nas escolas, pelo relato dos participantes, quando apareciam, era sob o viés proibicionista, enfocando na produção

de morte, na proibição do uso e na estigmatização de quem usa, mascarando a realidade e dificultando qualquer diálogo, mesmo sobre as substâncias usadas e consumidas no dia-a-dia relacionadas com indicadores expressivos de adoecimento e morte, como sal, açúcar, refrigerante, agrotóxicos, etc. Portanto, ainda que a educação escolar sobre drogas seja uma extensão das campanhas midiáticas calcadas na ideologia da Guerra-às-Drogas, não está dada a completa interdição do diálogo. A ocupação das escolas nos mostrou que há gente que resiste às normas hegemônicas quando as sentem injustas. Daí nossa aposta nas oficinas para criar esse espaço de diálogo sobre drogas, nada melhor que uma ocupação estudantil para conversar sobre normas injustas e pensar outras formas de relação com as drogas “para além do bem e do mal”. Ou seja, escapando da armadilha de construção de relações a partir da ideia de que algumas coisas fazem bem e outras fazem mal. O termo “coisas”, é justamente para pensar as relações com objetos, para além das drogas, que frequentemente caem nessa binariedade bem versus mal. Binariedade essa que se estende à categorização de pessoas a partir de suas relações objetais. Reduzir danos, portanto não se refere somente às relações com drogas, mas também reduzir danos dos preconceitos que estigmatizam e cerceiam as possibilidades do diálogo e do cuidado.

Na segunda parte, com o relato de Cecília, nossa entrevistada que passou por internações compulsórias devido ao seu uso de drogas, buscamos compreender seu desenvolvimento e exercício de autonomia. O relato obtido por meio da Entrevista Narrativa, não apresentou um esquema de história como esperado, demandando uma adaptação metodológica do instrumento. Por isso, optamos pela exposição do relato reconstruído a partir de categorias, a nosso ver, essenciais para análise do desenvolvimento e exercício de autonomia: relações com as drogas, relações com familiares, processos de internação compulsória, Comunidade Terapêutica e recuperação em casa e na rua.

Deparamo-nos com a complexidade do tema ao percebermos, entre outras, as seguintes questões: como entender os pais que, diante da impossibilidade momentânea de nova internação, resolvem cuidar da filha em casa, ainda que sob alto grau de controle? Como entender uma mãe, que já passou por três internações compulsória, ameaçando internar compulsoriamente o filho, “*melhor presente que Deus me deu*”, caso ele usasse a mesma droga que ela usou? Para dar conta dessas e outras questões, elaboramos uma análise do desenvolvimento e exercício da autonomia de Cecília considerando sua relação com a moradia e inter-relações. A escolha por “moradia” deu-se com base na importância que esse direito social possui no âmbito das estratégias de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica Brasileira como condição para o exercício de autonomia. Percebemos, na relação e moradia de Cecília com seu exercício de autonomia, avanços e retrocessos. Ou seja, exercitando no dia-a-dia sua liberdade, fazendo opções, ora

conquistava maior autonomia, ora regredia, não estando diretamente vinculada autonomia a ter ou não uma moradia, mas sim, à quantidade e qualidade das relações que estabelecia, com as drogas, com a família, com a moradia, com o trabalho, com os amigos. Portanto, “desenvolvimento” talvez não retrate a complexidade e volatilidade do exercício de autonomia de Cecília. De qualquer forma, mesmo sob condições de violência e restrições ao exercício de autonomia, jamais deixou de lutar por sua liberdade. Concluímos que na análise das relações de autoridade e liberdade tensionadas pelos processos de IC, pode-se encontrar uma autonomia prática do senso comum oscilando entre cuidado e controle, “*autoritarismo*” e “*licenciosidade*”, sendo a dialogicidade e o respeito mútuo, condições para o exercício de autonomia numa perspectiva ética do cuidado.

Desses relatos e dessas experiências, apontamos para um modo de pensar e construir a autonomia na relação com as drogas, tanto para pessoas em seu cotidiano, como no exercício de profissionais de saúde em serviços que atendem pessoas que usam drogas. Essa autonomia fundamenta-se na “ética universal do ser humano” de Paulo Freire como uma ética do cuidado a orientar a construção de saberes e práticas de humanização e redução de danos no âmbito das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS).

REFERÊNCIAS

ABRASCO. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. **Associação Brasileira de Saúde Coletiva**. Organização de Fernando Ferreira Carneiro, Lia Giraldo da Silva Augusto, Raquel Maria Rigotto, Karen Friedrich e André Campos Búrigo. - Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular, 2015.

ACSELRAD, G. **Drogas, a Educação para a Autonomia como Garantia de Direitos**. R. EMERJ, Rio de Janeiro, v. 16 63 (Edição Especial), p.96-104, out.-dez. 2013

ALMEIDA, Leonardo Pinto de. **Para uma caracterização da Psicologia social brasileira**. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. spe, p. 124-137, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500009>. Acesso em: 9 de dezembro de 2017

ARANGUIZ, D. Fa. Reunião entre MP, 8ª CRE e professores busca resolver problema na Augusto Ruschi. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 28 jun. 2016. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2016/06/reuniao-entre-mp-8-cre-e-professores-busca-resolver-problema-na-augusto-ruschi-6244518.html>> Acesso em: 16 out. 2017.

_____ b. Depois de negociação, alunos do 1º ao 6º ano retornam às aulas na Escola Augusto Ruschi. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 8 jun. 2016. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2016/06/depois-de-negociacao-alunos-do-1-ao-6-ano-retornam-as-aulas-na-escola-augusto-ruschi-5896493.html>> Acesso em: 16 out. 2017.

_____ c. Após assinatura de acordo, escolas de Santa Maria devem ser liberadas. **Diário de Santa Maria**, Santa Maria, 4 jul. 2016. Disponível em: <<http://diariodesantamaria.clicrbs.com.br/rs/geral-policial/noticia/2016/07/apos-assinatura-de-acordo-escolas-de-santa-maria-devem-ser-liberadas-6373939.html>> Acesso em: 25 out. 2017.

BAUER, M.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

BONDIA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência**. *Rev. Bras. Educ.* [online]. 2002, n.19, pp.20-28. ISSN 1413-2478. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782002000100003>. Acesso em 13 de dezembro de 2016.

BRASIL. **DECRETO Nº 4.294, DE 6 DE JULHO DE 1921**. Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Brasília, 1921. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html> Acesso em: 8 dez. 2017

_____. **DECRETO-LEI Nº 891, DE 25 DE NOVEMBRO DE 1938**. Aprova a Lei de Fiscalização de Entorpecentes. Brasília, 1938. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/declei/1930-1939/decreto-lei-891-25-novembro-1938-349873-publicacaooriginal-1-pe.html> Acesso em: 8 dez. 2017.

_____. Projeto de Lei 3657-A. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Congresso Nacional, Diário Oficial da União, Seção I, p. 10696-10697, 29 set. 1989.

_____. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Brasília: SENAD, 2010.

_____. **Lei nº 10.216 de 04 de junho de 2001**. Brasília, 2001. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei10216.pdf> Acesso em: 16 de maio de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização**. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 44 p., 2010.

_____. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. **PORTARIA Nº 1.028, DE 1º DE JULHO DE 2005**, Ministério da Saúde, Brasília, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html Acesso em: 13 nov. 2017.

_____. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/central-de-conteudo/politicas-sobre-drogas/cartilhas-politicas-sobre-drogas/2011legislacaopoliticaspublicas.pdf> Acesso em: 13 nov. 2017

_____. **Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010: Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências**. Brasília: Casa Civil. 2010. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm Acesso em: 13 nov. 2017.

CARVALHO, M. L. et al. **Perfil dos internos no sistema prisional do Rio de Janeiro: especificidades de gênero no processo de exclusão social**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 461-471, 2006. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000200023&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 13 nov. 2017.

CASTILHO, E. W. V. de. **A eficácia invertida da internação involuntária**. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas e Cidadania**: em Debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

CEBRID. I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001 / E.A. Carlini ... [et al.]. -- São Paulo: **CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002.

_____. II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São

Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

_____. 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/E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: **CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas**: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo 2010. SENAD - Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Brasília – SENAD, 2010. 503 p.

CORREA, G. Drogas Para Além do Bem e do Mal. In Santos, L. de B. Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas, p. 167-176, Porto Alegre: CRP, 2010.

CFP. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

_____. **Drogas e Cidadania**: em Debate. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2012.

_____. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

DENADAI, M. C. V. B. Expressões do conservadorismo na política de drogas brasileira. Anais do 5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social, p.11447-11463. Vitória, Espírito Santo, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufes.br/EINPS/article/view/16596/11447>> Acesso em: 13 nov. 2017.

ESCOLA AUGUSTO RUSCHI. **Histórico**. Santa Maria, 2013. Disponível em: <<http://escolaaugustoruschi.com.br/a-escola/historico/>> Acesso em 09 nov. 2017.

FARR, R. M. **Raízes da Psicologia Social Moderna**, RJ: Editora Vozes 11ª Ed. 2013

FERREIRA, M. C. **A Psicologia Social contemporânea: principais tendências e perspectivas nacionais e internacionais**. Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, v. 26, n. spe, p. 51-64, 2010.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 4ª Ed. 2016.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**; tradução de Raquel Ramalhete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/121335/mod_resource/content/1/Foucault_Vigiar%20e%20punir%20I%20e%20II.pdf> Acesso em: 10 dez. 2017

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** 7ª ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1983. Disponível em: <http://www.emater.tche.br/site/arquivos_pdf/teses/Livro_P_Freire_Extensao_ou_Comunicacao.pdf> Acesso em: 8 de nov. 2017.

_____. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa**: 11ªEd. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos**. Organização e participação Ana Maria de Araújo Freire, 2ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2015.

_____ a. **Pedagogia da Tolerância.** Organização, apresentação e notas Ana Maria de Araújo Freire, 5ª Ed. São Paulo: Paz e Terra, 2016.

_____ b. **Pedagogia do oprimido.** 60ª Ed, Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

_____ c. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido.** 23ª Ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

FREIRE, P.; FAUNDEZ, A. **Por uma pedagogia da pergunta.** 8ª Ed. Rio de Janeiro. São Paulo: Paz e Terra, 2017

GUARESCHI, P. A. Ética e paradigmas na psicologia social: Ética e paradigmas. In: PLONER, KS., et al., org. **Ética e paradigmas na psicologia social** [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2008. p. 18-38.

GUARESCHI P. A. **Psicologia Social Crítica: Como Prática de Libertação:** 3 ed. Porto alegre: EDIPUCRS, 2005.

GUARESCHI, P. **O que é mesmo psicologia social? uma perspectiva crítica de sua história e seu estado hoje.** In JACÓ-VILELA, AM., and SATO, L., orgs. Diálogos em psicologia social [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2012. p. 25-45. Disponível em: < <http://books.scielo.org/id/vfgfh/pdf/jaco-9788579820601-04.pdf>> Acesso em: 12 dez. 2017

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. 1ª Ed, Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

JOVCHELOVITCH, S. **Os contextos do saber:** representações, comunidade e cultura. Petrópolis: Vozes, 2008.

KINOSHITA, R. T. **Contratualidade e reabilitação psicossocial.** In: Pitta A, organizadora. Reabilitação psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 55-59.

KARAM, M. L. **Direitos Humanos, Laço Social e Drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano.** In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 1ª edição, p33-53, maio 2013.

_____. **Medidas de segurança: punição do enfermo mental e violação da dignidade.** verve, 2: 210-224, 2002. Disponível em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4620/3210> Acessado em 13 de dezembro de 2016.

LARA, M. P. DE. **Internação Compulsória e o cuidado de pessoas que fazem uso de crack.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, CCSH, PPGP, RS, 2015.

LIMA, C. E. F.; TRISSUZI, C. S.; GALVAO, P. V. A. **O Imperialismo Americano no Sec. XIX.** Artigo de divulgação, Seção Grandes Processos, NEC/UFF, RJ, 2010. Disponível em: < [http://www.historia.uff.br/nec/sites/default/files/O Imperialismo Americano no sec. XIX.p df](http://www.historia.uff.br/nec/sites/default/files/O%20Imperialismo%20Americano%20no%20sec.%20XIX.pdf)> Acessado em: 10 dez. 2017.

MACEDO, F. S.; ROSO, A.; LARA, M. **Mulheres, saúde e uso de crack: a reprodução do novo racismo na/pela mídia televisiva.** Saúde soc., São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1285-1298, Dec. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000401285&lng=en&nrm=iso>. Acessado em 10 de dezembro de 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015138833>.

MARKOVÁ, I. **Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria N° 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). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html Acesso em: 28 out. 2015.

_____. **Portaria N° 3.089, de 23 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre o financiamento dos CAPS no âmbito da RAPS (republicada em 31.12.2011).

_____. **Portaria N° 3.090, de 23 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre o repasse de incentivo de custeio para Serviços Residenciais Terapêuticos – SRT.

_____. **Portaria N° 148, de 31 de janeiro de 2012.** Define normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência do Componente Hospitalar da RAPS e institui incentivos financeiros de investimento e custeio.

_____. **Portaria N° 132, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio para o componente Reabilitação Psicossocial.

_____. **Portaria N° 131, de 26 de janeiro de 2012.** Institui incentivo financeiro de custeio para apoio aos Serviços de Atenção em Regime Residencial, incluídas as Comunidades Terapêuticas.

_____. **Portaria N° 123, de 25 de janeiro de 2012.** Define critérios de cálculo de equipes de CR.

_____. **Portaria N° 122, de 25 de janeiro de 2012.** Define diretrizes para os Consultórios na Rua – CR.

_____. **Portaria N° 121, de 25 de janeiro de 2012.** Institui Unidade de Acolhimento – UA.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social.** Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Psicologia das Minorias Ativas.** Petrópolis: Vozes, 2011.

_____. **Society and Theory in Social Psychology**. In J. Israel & H. Tajfel (Eds.), *The Contexto f Social Psychology* (p. 17-68). London: Academic Press, 1972.

OCUPA AUGUSTO RUSCHIa. **Nota de repúdio a mídia manipuladora**. Ocupa Augusto Ruschi, Facebook, Santa Maria, 30 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.facebook.com/OcupaAugustoRuschi/photos/a.281454032188710.1073741828.281265795540867/298649650469148/?type=3&theater>> Acesso em: 16 out. 2016.

OCUPA AUGUSTO RUSCHIb. **Nota de repúdio**. Ocupa Augusto Ruschi, Facebook, Santa Maria, 28 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.facebook.com/OcupaAugustoRuschi/posts/298439677156812>> Acesso em: 16 out. 2016.

OCUPA AUGUSTO RUSCHIc. **Estamos afim de organizar**. Ocupa Augusto Ruschi, Facebook, Santa Maria, 12 jun. 2016. Disponível em: <<https://www.facebook.com/OcupaAugustoRuschi/posts/290973627903417>> Acesso em: 16 out. 2017

OLIVEIRA, G. Cresce ocupações de escolas por estudantes em diversas regiões do Estado, em defesa da educação. **Centro dos Professores do Estado do Rio Grande do Sul (CPERS)**, Porto Alegre, 2016. Disponível em: < <http://cpers.com.br/cresce-ocupacoes-de-escolas-por-estudantes-em-diversas-regioes-do-estado-em-defesa-da-educacao/>> Acesso em: 16 out. 2017

OLIVEIRA, N. N. **A escola da ocupação e a ocupação da escola: democracia como modo de vida no movimento secundarista “não fechem minha escola”**. Trabalho apresentado no VII Congresso Internacional de Educação, FAPAS, Santa Maria, Rio Grande do Sul 2017.

PEREIRA, C. EDUCAÇÃO. Já são seis as escolas ocupadas em SM. Instituto Olavo Bilac e Tancredo Neves ampliam a lista. Claudemir Pereira, Santa Maria, 30 mai. 2016. Disponível em: <<https://claudemirpereira.com.br/2016/05/educacao-ja-sao-cinco-escolas-ocupadas-em-sm-instituto-olavo-bilac-e-tancredo-neves-ampliam-a-lista/>> Acesso em: 16 out. 2016.

PRESTES, F. Pedro Abramovay: “Usuário pobre está sendo tratado como traficante”. **Sul 21**, Porto Alegre, 23 jul. 2012. Disponível em: <<https://www.sul21.com.br/jornal/pedro-abramovay-o-usuario-pobre-esta-sendo-tratado-como-trafficante/>> Acesso em: 09 de nov. 2017.

ROMANINI, M. “Rodas de conversa” sobre a (além da) campanha “Crack, nem pensar”: a saga do “Super-homem moderno” em tempos de crack. 2011.

RIO GRANDE DO SUL. Projeto de Lei nº 44/2016 (Poder Executivo): Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Assembleia Legislativa do Rio Grande do Sul, Poder Legislativo, Porto Alegre, RS, 25 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.al.rs.gov.br/legislativo/ExibeProposicao/tabid/325/SiglaTipo/PL/NroProposicao/44/AnoProposicao/2016/Origem/Px/Default.aspx>>

ROSO, A., & GUARESCHI, P. A. **Megagrupos midiáticos e poder: construção de subjetividades narcisistas**. *Política & Trabalho*, 26(1), 37-54, 2007 .

ROSO, A.; ROMANINI, M.; MACEDO F. S.; ANGONESE, M.; MONAIAR A. B.; BIANCHINI, M. P. **Discourses about crack in the printed mass media**. *Estud. psicol.*,

Campinas, v. 30, n. 3, p. 455-465. jul/sep, 2013.
 <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2013000300015&lng=en&nrm=iso> Acesso em 8 de dezembro de 2016.

ROSO, A.; ROMANINI, M.; MACEDO F. S.; FRANTZ, M. C.; MONAIAR A. B. **Ensino, Pesquisa e Extensão em Psicologia: Quando Estudar Drogas Não É Nenhum Bicho-De-Sete-Cabeças**. Barbarói, Santa Cruz do Sul, v.36, ed. esp., p.96-109, jan./jun. 2012.
 <<https://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/2929>> Acesso em 8 de dezembro de 2016.

ROSO, A. **Drogas, Direitos e Discursos Públicos: inquietações com relação às modalidades de internação de pessoas que fazem uso de crack**. In LONDER, J. C.; BIRNFELD, C. A. H. (ORGS). *Direitos sociais fundamentais: contributo interdisciplinar para a redefinição das garantias de efetividade*. Rio Grande: Editora FURG, 276 p, 2013.

_____. **Psicologia social da saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos**. Aletheia, Canoas , n. 26, p. 80-94, dez. 2007 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000200008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 dez. 2016.

SICHERI, R. et al. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para a população brasileira. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 227-232, Jun. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302000000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 nov. 2017.

SOARES, F. N. C. **Ritual e Dádiva nos Narcóticos Anônimos**. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos – NEIP. Brasília, 2013. Disponível em: <http://neip.info/novo/wp-content/uploads/2015/04/soares_narcticos_annimos_2013.pdf> Acesso em: 10 dez. 2017.

SKROMOV, D. Internações: aspectos jurídicos, políticos e sua interface com a saúde mental. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Drogas, Direitos Humanos e Laço Social**. Brasília: CFP, 2013.

THOMPSON, J. B. **Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa** (7ª ed.). Petrópolis: Vozes, 2007.

APÊNDICE A TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Federal de Santa Maria
 Centro de Ciências Sociais e Humanas
 Departamento de Psicologia
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: “PROCUIDADO – O Cuidado que Nós Desejamos: Uso de Crack e Representações em Saúde. Experiências de Internação Compulsória”
 Pesquisador responsável: Alex Barcelos Monaiar (55) 96877525 ou (55)81037309

Você está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa de forma totalmente voluntária. Porém, antes de concordar e responder a entrevista (conversa) é importante que você compreenda as informações contidas neste documento, pois a pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas. Além disto, você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade ou perda de benefícios aos quais tenha direito.

A pesquisa objetiva conhecer as representações sobre o crack e a pessoa que usa crack, analisar como e em que condições de produção as representações sobre o crack constroem, restringem ou transformam o cuidado à saúde de pessoas que foram internadas compulsoriamente devido ao uso do crack, problematizar a experiência da internação compulsória de pessoas que usam crack observando como essa experiência interatua nos processos de (auto)cuidado à saúde nas suas interrelações com a sociedade de consumo. Para tanto estão sendo convidados homens maiores de 18 anos que tenham sido internados compulsoriamente devido ao uso do crack. Após sua autorização serão feitas perguntas referentes à sua percepção com relação ao crack, às suas experiências em relação à internação e aos cuidados à saúde. A entrevista será gravada em gravador digital, caso você não desejar, sua vontade será respeitada. O dia e horário para realização da entrevista será marcado com você conforme a sua disponibilidade. O tempo de duração da entrevista será conforme você desejar.

Os benefícios aos participantes são a oportunidade de falar sobre suas experiências e de compartilhar seus sentimentos, isso poderá auxiliar na elaboração de ações em saúde voltadas às demandas de pessoas que fazem uso de crack. Como não vamos testar, nem experimentar nenhum procedimento novo, poucos poderão ser os riscos para os participantes, mas, caso sejam identificados situações de desconforto psicológico, o pesquisador avaliará a situação e manterá contato com você, caso houver necessidade, encaminhará você a um serviço de atendimento psicológico.

Os participantes poderão solicitar esclarecimentos sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados com a pesquisa, podendo interromper sua participação a qualquer momento, sem que isto lhes traga prejuízo. O pesquisador se compromete a preservar a privacidade dos participantes. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução desse projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no departamento de psicologia por um período de cinco anos após o término da pesquisa sob a responsabilidade do coordenador da pesquisa, Alex Barcelos Monaiar, na sala 321 do departamento localizado na Rua Marechal Floriano Peixoto, 1750, 3º Andar - CEP 97015-372 – Santa Maria, RS – Brasil, em local protegido por senha, no caso de material digital, e por chave no caso de material impresso. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Qualquer dúvida a respeito da pesquisa você poderá entrar em contato com a professora coordenadora da pesquisa. Ou, ainda, se quiser maiores esclarecimentos poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa/UFSM:

Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Sala 702 Cidade Universitária – Bairro Camobi 97105-900 – Santa Maria-RS Tel.: (55)32209362 - Fax: (55)32208009 e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Eu, _____, estou ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, aceito participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando uma via comigo e a outra com o pesquisador.

Santa Maria, _____ de _____ de 2016.

 Assinatura ou Impressão digital da(o) participante

 Nome do Pesquisador Responsável

 Assinatura do Pesquisador Responsável