



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**DROGAS E INTERNAÇÃO: O ENCONTRO COMO
MOBILIZADOR DE PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO E
SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Candice Cristiane Barros Santana Novaes

Santa Maria, RS, Brasil

2015

**DROGAS E INTERNAÇÃO: O ENCONTRO COMO
MOBILIZADOR DE PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO E
SAÚDE**

Candice Cristiane Barros Santana Novaes

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

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Carlos Corrêa

**Santa Maria, RS, Brasil.
2015**

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Educação
Projeto de Dissertação de Mestrado em Educação
Curso de Mestrado em Educação**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de Mestrado em Educação

**DROGAS E INTERNAÇÃO: O ENCONTRO COMO
MOBILIZADOR DE PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO E
SAÚDE**

elaborado por:

Candice Cristiane Barros Santana Novaes

Como requisito parcial para **obtenção do grau de Mestre em Educação.**

Comissão Examinadora:

Guilherme Carlos Corrêa, Prof. Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Deisi Sangoi Freitas, Prof^a. Dr^a. (UFSM)

Ana Maria Hoepers Preve, Prof^a. Dr^a. (UDESC)

Luiz Caldeira Brant de Tolentino Neto, Prof. Dr. (UFSM)

Santa Maria, 15 de junho de 2015.

Àqueles que me permitiram construir esta dissertação e
que deram voz a esta obra.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade, e por me conceder sabedoria e força nos momentos difíceis.

À minha filha Julia Barros Magalhães Novaes, que esteve comigo desde a entrevista para seleção do mestrado, ainda na barriga da mamãe e com 03 meses de idade mudou de uma temperatura ambiente de 37° (Palmas – TO) para 07° (Santa Maria – RS).

À minha amada mãe Lucia Maria Barros Santana, por embarcar comigo neste sonho, mudar de cidade e cuidar da minha princesa com tanto amor e dedicação.

Ao meu esposo João Carlos Magalhaes Novaes pelo apoio e compreensão de forma incondicional.

Ao meu pai José Dionizio Santana, minha referência de trabalho, honestidade e respeito ao próximo.

Ao meu irmão Allison Barros Santana, também Enfermeiro, meu exemplo de profissional dedicado e competente.

Ao meu orientador, Guilherme Carlos Corrêa, pelos ensinamentos, confiança, compreensão e orientação. Um verdadeiro educador!

Aos meus familiares e amigos pelo incentivo, orações e cuidados.

Às minhas colegas de mestrado e hoje amigas, pelo apoio, companhia e ombro amigo nos momentos de dificuldades. Valeu demais Maiara Sobral, Janaina Amorim, Lívia Macêdo, Ana Claudia Rosa, Eliana Sato e Kiara Viana.

Aos Professores, Membros banca examinadora, Dra Ana Maria Hoepers Preve, Dra Deisi Sangoi Freitas e Dr Luiz Caldeira Brant de Tolentino Neto pela disponibilidade, colaboração e atenção.

Ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Tocantins e a Universidade Federal de Santa Maria pela oportunidade.

“Quase nenhuma ação humana tem por sujeito um indivíduo isolado. O sujeito da ação é um grupo, um ‘nós’...”

Lucien Goldman, 1947.

RESUMO

Dissertação de Mestrado em Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação
Curso de Mestrado
Universidade Federal de Santa Maria

DROGAS E INTERNAÇÃO: O ENCONTRO COMO MOBILIZADOR DE PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

AUTOR: CANDICE CRISTIANE BARROS SANTANA NOVAES
ORIENTADOR: PROF. DR. GUILHERME CARLOS CORRÊA
Santa Maria, 15 de junho de 2015.

Inserido na linha de pesquisa Formação, Saberes e Desenvolvimento Profissional do Programa de Pós-graduação do Mestrado em Educação de Santa Maria/RS, a dissertação constitui-se com o objetivo de compreender o processo de internação do usuário de drogas, na perspectiva das suas experiências. O estudo se faz pautado nas referências de Corrêa (2006; 2010), Karam (2007), Oliveira (2009), Preve (2010), Rolnik (1989), entre outros que estudam as perspectivas das drogas e a cartografia do desejo. Foi realizado entrevistas com os usuários de drogas internados no Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e drogas em Palmas – Tocantins, com o intuito de cartografar o processo de internação a partir das suas falas. Nos deparamos com 03 eixos principais que transpõem a questão da droga: jurídico policial, médico psiquiátrico e religioso. As leituras que realizamos e os ecos dos nossos entrevistados conduzem sempre para um destes eixos. Importa asseverar a sensibilidade para ouvir, a observação da evolução e condição da pessoa que você cuida no processo de trabalho em saúde. Cada encontro é único, as nossas necessidades são singulares e cabe ao profissional que lida com estas necessidades, direcionar os cuidados de forma individual e cuidadosa.

Palavras-chaves: Educação em saúde, internação, drogas

ABSTRACT

Dissertation in Education
Graduate Program in Education
Masters Course
Federal University of Santa Maria

DRUGS AND HOSPITAL: THE MEETING AS PROSPECTS OF MOBILIZER IN
EDUCATION AND HEALTH

AUTHOR: CANDICE CRISTIANE BARROS SANTANA NOVAES
ADVISER: PROF. DR. GUILHERME CARLOS CORRÊA
Santa Maria, June, 15th, 2015.

Inserted in the research line Training, Knowledge and Professional Development of the Graduate Master's Program in Education of Santa Maria / RS, the project is with the aim of understanding the drug user hospitalization process, in view of their experiments. The study is guided in Corrêa of references (2006, 2010), Karam (2007), Oliveira (2009), Preve (2010), Rolnik (1989), among others studying the prospects of drugs and the desire of cartography. It conducted interviews with drug users admitted to the Psychosocial Care Center - Alcohol and drugs in Palmas - Tocantins, in order to map the admission process from his lines. We came across 03 major routes transposing the drugs issue: police legal, psychiatric medical and religious. The readings we do and the echoes of our respondents always lead to one of these axes. Asserting the sensitivity to listen, to observe the progress and condition of the person you care for the health work process. Each encounter is unique, our needs are unique and it is up to the professional who deals with these needs, direct the care of individual and carefully.

Key-words: Meeting, hospitalization, drugs

SUMÁRIO

1	O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO	07
1.1	O INÍCIO DE UMA CAMINHADA AUDAZ.....	13
2	PAISAGENS PELO CAMINHO.....	18
3	A DROGA E SUAS PERSPECTIVAS À LUZ DA LITERATURA.....	29
4	O OLHAR COLETIVO E EM SI MESMO.....	40
5	O MOVIMENTO DE INTERNAÇÃO.....	49
6	O PERCURSO: DA PRÁTICA AO DESEJO.....	60
7	O ENCONTRO E SUAS PERSPECTIVAS.....	65
	REFERÊNCIAS	70
	APÊNDICES.....	75
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	76
	APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	77

ANEXOS.....	79
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES HUMANOS.....	80

1 O MOVIMENTO DE CONSTRUÇÃO...

Vivi a adolescência na minha cidade natal, Crato, interior do Ceará. Lá não tive contato com drogas, nunca tive oportunidade e nem vontade de experimentar. Aos 19 (dezenove) anos saí de casa para estudar em Recife, capital de Pernambuco. Na minha caminhada diária para a escola, avistava jovens com garrafas pet cheias de cola aspirando-as pelo nariz e pela boca e na maioria das vezes vinham ao meu encontro pedir “um trocado”. No momento sentia medo, mas respondia de forma delicada que não tinha! Sentia também vontade de ajudá-los, só não sabia como. Como evitar que todos aqueles jovens cheirassem cola? Naquela época já compreendia que aquela droga era a única forma de mascarar a fome deles!

Escolhi com segurança ser Enfermeira, aprendi a cuidar..., cuidar de crianças, idosos, homens, mulheres, gestantes, jovens, hipertensos, diabéticos, cuidar de quem precisasse. Não lembro, no entanto, de momento que me possibilitasse o contato ou a reflexão em relação ao usuário de drogas. Nem mesmo na disciplina de saúde mental; tivemos contato apenas com pacientes, na época internados em um hospital psiquiátrico de Recife, que apresentavam patologias como esquizofrenia e transtorno bipolar. A Política da Reforma Sanitária era muito incipiente, não tínhamos conhecimento da existência dos Centros de Atenção Psicossociais – CAPS. No estágio, o contato com os pacientes era bem superficial, até porque, a professora já nos orientava quanto ao cuidado para eles não tomarem nossas coisas ou não nos baterem.

Recém formada, fui trabalhar na Estratégia de Saúde da Família - ESF e na docência, primeiro em cursos técnicos, depois superior. Na experiência da ESF continuei cuidando de crianças, idosos, mulheres, homens, gestantes, jovens, hipertensos, diabéticos e de quem me procurasse, mais uma vez não tive contato com a temática das drogas, ou pelo menos não atentei para situações que me levassem a ela.

Penso se a evidência de um histórico importante de conservação do meu pensamento sobre as drogas, enquanto profissional, tem relação com a tendência tecnicista dos cursos de graduação na área da saúde, onde apostam em uma proposta direcionada principalmente a tecnologias especializadas para procedimentos terapêuticos efetivos.

Ao longo de 10 (dez) anos de experiência profissional não havia pensado o tema droga de uma forma tão diferente. Sempre enxerguei o usuário de drogas, ilícitas, vale ressaltar, como uma pessoa perigosa que deveria estar distante da sociedade. Como se ele não fizesse parte dela! Pergunto-me, como as instituições de ensino vêm abordando e preparando profissionais para lidar com o movimento das drogas no seu cotidiano? Mas o quê realmente é a droga? Ela é ou não uma questão de saúde? Senti necessidade de melhor estudar o tema.

Vivenciei situações que me fizeram refletir sobre o movimento da atenção ao usuário de drogas e que foi chave para a definição e amadurecimento do meu objeto de pesquisa, posso considerar como encontros de grande relevância para a minha vida pessoal e profissional.

O primeiro encontro aconteceu no processo seletivo para mestrado da Universidade Federal de Santa Maria – RS. Precisávamos escolher um orientador, ao analisar o currículo dos professores, me chamou a atenção o de um deles. Professor, químico e pesquisador na área de drogas! Como um professor da área de química se interessaria por drogas?! Achei diferente.

Após o processo de seleção, contato com a coordenação do curso, início das aulas e encontro com o orientador, soube que aquele químico pesquisador da área de drogas seria o meu orientador.

Há algum tempo vinha me sentindo improdutivo, desmotivada com o meu trabalho, precisava de algo que me fizesse sentir uma profissional melhor, que pudesse contribuir mais no meio acadêmico, que sentisse prazer em estudar. Pensei então, será que trabalhar com drogas não seria uma forma de me renovar como profissional, de me envolver com um tema ainda desconhecido do meu universo de trabalho e proporcionar um movimento na minha vida profissional e nas daqueles que venham a se envolver nesta proposta?

O segundo encontro foi com o meu orientador, professor Guilherme Correa e seu grupo de pesquisa. Trocamos alguns e-mails e já naquele momento, lendo algumas referências por ele encaminhadas, o pensamento de estudar drogas foi se fortalecendo.

Fui apresentada a uma realidade que nunca havia atentado; a realidade do usuário de drogas, considerando os seus desejos, problemas e possibilidades de uma vida melhor; aquele não visto como criminoso ou doente, que tem uma história, que sonha, que sente necessidades.

No movimento das leituras e discussões sobre o meu objeto de pesquisa, me chamou atenção uma dissertação de mestrado (OLIVEIRA, 2009), retratando a trajetória de um usuário de crack e as relações de força com a mídia, justiça, educação e serviços de saúde. O resultado desta dissertação me fez repensar as formas de abordagem, atenção e cuidado oferecidos às pessoas que usam drogas. O jovem que teve toda uma “estrutura de acompanhamento e tratamento da sua doença” – o vício ao crack – deixou o vício por conta própria, pela “Oração”.

Necessário refletir de que modo à família, a saúde, a justiça, a mídia, a educação, a sociedade têm se envolvido no processo de mudança de vida de um jovem usuário de drogas e como a noção atual de droga interfere na abordagem e na produção de cuidado.

A partir desta reflexão, fiz uma análise da minha postura enquanto profissional de saúde. Como fui formada e transformada em uma profissional alienada em relação ao cuidar de um usuário de drogas. Até então considerava estas pessoas violentas! Reafirmo a necessidade de pensar a droga como realidade do nosso país e nos preparar para uma abordagem mais eficiente.

Eu acompanhava as publicações na imprensa sobre as prisões, depoimentos de familiares, mortes em massa e tantas outras discussões com fim de combater o tráfico e acabar com o uso de drogas, de uma forma muito distante da minha realidade! O sofrimento da família me tocava, no entanto, o pensamento negativo em relação àqueles “jovens infratores” desenvolvia em mim uma sensação de desprezo pela situação.

Pensei no estrago que o álcool, uma droga de uso legal e rotineiro, pode causar também na vida das pessoas. Lembrei-me de um colega, é usuário problemático de álcool e não consegue deixar o vício. Com uma vida totalmente desestruturada, já estive na iminência de perder o emprego por várias vezes. Tínhamos o cuidado de encaminhá-lo ao hospital para internação, ele ficava internado por meses em busca da “cura da sua doença”, porém quando saía de alta hospitalar, poucos dias passavam e ele lá estava em contato com o álcool.

Enxerguei a possibilidade de encontros comigo e meu trabalho, de desconstrução e reconstrução de conceitos importantes, de discutir a formação profissional e sua abordagem com o mundo das drogas.

Indagações em relação à produção do cuidado ao usuário de drogas começam a fazer parte dos meus pensamentos. Vejo pessoas discutindo proibicionismo, legalização, internação involuntária, compulsória, considerando o usuário criminoso ou doente e buscando resolver a situação, porém não identifico a voz do principal ator – o usuário. Importante ressaltar a sua experiência com o uso da droga e no processo de internação.

Aprendemos na academia e nos manuais técnicos que o trabalho em saúde deve ser pautado na oferta de ações baseadas no princípio da integralidade com ênfase na prevenção de doenças e promoção da saúde. Como na prática desenvolver um cuidar em saúde que venha ao encontro das necessidades do usuário de drogas? Que necessidades são essas, que manuais são esses, quando se pensa em droga, em crack, em tráfico?

O fato de decidir estudar sobre drogas foi amadurecendo conforme os diversos contatos que a vida me proporcionou, com ele a certeza da necessidade de ouvir o usuário de drogas. Como desenvolver técnicas e protocolos de tratamento, envolver profissionais das diversas áreas e não ouvir aquele que vive a situação?

Interessei-me por estudar esse movimento de internação vivenciado pelos jovens usuários de drogas, levando em consideração a relação com a família, os tipos de internação, voluntária, involuntária e compulsória e o paradigma do jovem usuário de drogas ser identificado como doente mental e representante da criminalidade.

Durante a construção destes pensamentos, surgiam várias dúvidas... Não seria perigoso? Como eles me receberiam? Como seria essa abordagem? Eu poderia ir sozinha? Será que vão falar a verdade?

Com o intuito de me aproximar da realidade do município de Palmas – TO em relação às drogas e amadurecer o meu objeto de estudo, realizei visitas ao Centro de Apoio Psicossocial de Palmas – CAPS AD, entre novembro e dezembro de 2013. Interessada na proposta da internação dos jovens usuários de drogas, busquei conhecer o serviço e trocar ideias com alguns jovens acolhidos.

Em dezembro de 2013, visitamos também uma Comunidade terapêutica, hoje ela não mais está instalada em Palmas – TO.

Após contato com a coordenadora, agendamos o encontro para um sábado pela manhã. Fomos eu, meu esposo e minha filha. Não conseguimos encontrar o local, era uma chácara a 15 Km do centro. Entrei em contato com a pessoa que iria nos receber e alguém foi ao nosso encontro para melhor orientação.

Logo na entrada havia um jovem para abrir a porteira. Do portão, que ficava mais alto, conseguíamos visualizar toda a chácara. Bem na entrada tinha um campo de futebol, poucas árvores. Mais abaixo, a casa. Parecia ter vários anexos, a estrutura demonstrava que foi sendo ampliada aos poucos. Antes de estacionar o carro, já havia um rapaz nos aguardando. Este nos acolheu com toda atenção e nos conduziu a um escritório.

Identificamo-nos e meu esposo saiu com a minha filha para um lugar mais arejado. Iniciamos uma conversa com o Coordenador da obra e posteriormente com mais três acolhidos. Adiante apresentaremos ecos desta conversa.

1.1 O INÍCIO DE UMA CAMINHADA AUDAZ

Neste meu pouco tempo de estudo e problematização quanto à noção sobre drogas, tenho percebido que discursos são mantidos segundo verdades legitimadas a partir das regulamentações sobre drogas, reportagens e preconceitos.

Enxerguei o crime como direcionador dos espaços possíveis para o jovem usuário de drogas ser reduzido à condição de delinquente ou doente; que a base para abordagem a esses jovens tem referência a partir de três eixos, o jurídico policial, o médico psiquiátrico e o religioso; que há necessidade de criação de espaços para que a educação assuma a sua função estratégica de grande relevância na problemática social da droga.

A percepção do usuário de drogas na condição de delinquente demanda ações que envolvem traficantes, polícia, advogados, pastor, empresário, juiz,

violência. A percepção do usuário na condição de doente demanda a estrutura de toda uma rede de atendimento que envolve diversos elementos tais como, locais para internação, profissionais preparados, plano de tratamento, família...

Há que se estudar mais sobre as propostas de abordagem ao usuário de drogas com ênfase no processo de internação. Como justifica toda uma estrutura e mobilização de profissionais das diversas áreas para intervenções dirigidas à solução dos problemas destes jovens com o uso das drogas, e as dúvidas quanto à efetividade da internação sendo fortalecida pela evidência da sua continuidade no mundo das drogas? Segundo Oliveira (2009), “práticas convencionais dirigidas aos usuários de crack se veem abaladas pela potência dos efeitos desta droga na vida dos jovens, família, profissionais e instituições”.

Estudar o processo de internação do usuário de drogas, como mobilizador da minha perspectiva de profissional e de mundo, bem como mobilizador de situações educacionais para trabalhadores da saúde, possibilitou-me olhar para pessoas que não diferente de muitos, vivenciam situações de conflito, precisam de atenção, algumas vezes, precisam de ajuda. Conhecer pessoas que, não diferente de muitos, desvelam os mais diversos vícios, dentre eles o uso de álcool e outras drogas ilícitas.

Em contato com as leituras de Preve (2010), Rolnik (1989), Guattari e Rolnik (2013), me interessei pela proposta da cartografia do desejo. Comecei a analisar a minha forma de abordagem no momento de uma conversa. A importância de analisar todo o contexto da situação e não apenas as palavras faladas, de acompanhar o processo do diálogo de modo a compreender o que está

acontecendo. Como estes jovens que experienciam o uso de drogas, vivem o movimento da internação?

Com o intuito de compreender o processo de internação do usuário de drogas, na perspectiva das suas experiências, propomos cartografar o processo de internação a partir das falas das pessoas acolhidas no CAPS, através da experiência, como também, problematizar a noção de droga e o desfecho do processo de internação sob a ótica do usuário.

Rolnik (1989), foi a principal referencia com o estudo da cartografia, ela cita que:

O cartógrafo dá língua para afetos que pedem passagem, dele espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecem elementos possíveis para composição das cartografias que se fizerem necessárias.

Dispostos a dá língua aos afetos e emoções vivenciadas por esses jovens que usam drogas e passam pela experiência da internação e considerando que estou iniciando este processo de construção da cartografia do desejo, busquei o auxílio do roteiro de entrevista para superar a insegurança de início com a proposta de trabalho.

Considerando o conhecimento sobre a cultura da droga sob a ótica das pessoas que a usam, cartografar o processo de internação a partir das falas dos internos, me permitiu conhecer uma situação singular, ou melhor, situações singulares, de experiência de uso e busca da superação no mundo das drogas, envolvendo família, trabalho, amizades e desejos, com seus movimentos e modulações.

Para o início da pesquisa, realizei o contato com a Coordenação do CAPS AD em Palmas - TO, explicando a nossa proposta. A Coordenação disponibilizou um consultório exclusivo para realização das entrevistas, além do acesso às fichas de acompanhamento das 24 horas dos *acolhidos*, termo referido aos usuários de drogas internados. Enquanto o técnico em enfermagem organizava a vinda deles um a um, eu ia lendo as fichas disponibilizadas.

Deixamos o ambiente preparado para sentarmos um de frente para o outro, penso que a mesa distancia o contato e dificulta a interação. A ideia era estar mais próxima deles, disposta a ouvir. Deixava-os à vontade para escolher onde sentar, dos 12 entrevistados, apenas um sentou distante de mim, do outro lado da mesa, foi o Carlos.

Os entrevistados são identificados por pseudônimos, para assim proteger a sua identidade. Iniciamos a nossa conversa, explicando a proposta de trabalho. Líamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido juntos e eu realizava orientações complementares. A dinâmica das perguntas durante as entrevistas acontecia conforme o assunto ia emergindo, as perguntas eram realizadas seguindo a lógica das respostas liderada por cada entrevistado. Algumas vezes começamos pelo final ou meio das perguntas previstas no roteiro. Outros, antes mesmo de me apresentar, já começavam a falar sobre eles, suas vidas, suas necessidades...

O presente trabalho compõe 07 capítulos. Neste primeiro, relato o início da minha caminhada na busca de conhecer as interfaces de jovens que usam droga e buscam um tratamento através da internação. Este capítulo é marcado

principalmente pela reflexão quanto a minha relação com a noção de droga tanto do ponto de vista pessoal como profissional até atingir a questão de pesquisa.

No capítulo 02 descrevo momentos que sobressaíram, que deixaram marcas importantes para mim e que permitem uma reflexão importante do leitor quanto a droga, quanto ao vício e a vida das pessoas envolvidas.

No Capítulo 03, evidencio a perspectiva da droga à luz da literatura. Referencio estudiosos na questão das drogas, resgatando a evolução histórica, tendências e abordagens ao usuário.

Os capítulos 04, 05 e 06 oportunizam ao leitor um contato com aqueles que vivem a situação de usuário de drogas. Nestes capítulos, apresento os ecos, as experiências de jovens que usam ou usaram drogas e que buscam uma saída para este “vício” que tanto os massacram.

No capítulo 07, faço uma reflexão sobre o que este trabalho me trouxe como pessoa e profissional e sobre a imensa responsabilidade que temos, enquanto educador e profissionais da área de saúde, com a preparação para abordagem às pessoas em tratamento por uso problemático de drogas.

2 PAISAGENS PELO CAMINHO

Aqui descrevo falas, gestos e atitudes que considerei importante ressaltar no nosso encontro. São paisagens, paisagens que marcaram o nosso caminho.

Chegando ao CAPS para realização das entrevistas, procurei a Coordenadora. Já havia feito todos os contatos necessários. Enquanto aguardava na recepção, fiquei observando o mural, com a programação das atividades distribuídas durante a semana, os desenhos expostos nas paredes, um sofá e várias pessoas entrando e saindo. Pensei: será que estou preparada para este contato? Veio uma louca vontade de ir embora, mas continuei à espera.

A coordenadora, após me cumprimentar, pediu para que alguém chamasse o José. Encaminhou-nos para um consultório e fechou a porta. O medo, que até então estava controlado, triplicou... Naquele ambiente frio entre mesa, cadeiras e maca, sentamos, nas duas cadeiras à frente da mesa e nos apresentamos. Logo veio a surpresa: José, um menino jovem, educado, de boa conversa e muito bonito! Interessante o que construímos da figura de alguém ou algo a partir da referência de outras pessoas, fatos ou histórias.

De portas fechadas ele me falou sobre suas experiências com as drogas. Importa ressaltar algumas:

Perguntei porque ele estava ali. José respondeu:

-...eu usava álcool e maconha, conheci o crack há mais de cinco anos...

-...me envolvi ainda mais após o falecimento da minha mãe, e nunca mais consegui me libertar...

Perguntei sobre sua família...

-...sou Pai de dois filhos, sinto muita culpa por ser viciado, tenho vergonha dos meus filhos, dos meus irmãos e da minha família...

-...eu trabalho, sou servidor público, estou quase perdendo o emprego, tô no estágio probatório...

Você já se internou outras vezes? Perguntei...

...estou na terceira internação, das outras vezes vim por causa da minha família, agora eu vim porque quero mudar de vida. Estou aqui aguardando uma vaga na Comunidade Ser Livre, eu sei que estou doente, quero me curar...

O que você acha que poderia melhorar no processo de internação?

...acho que os profissionais de saúde deveriam trabalhar mais com orientações e não apenas se preocupar com medicamentos...

Na primeira conversa o que eu havia construído de preconceito ao longo da minha vida em relação ao usuário de drogas começou a ser desconstruído! Senti medo do contato, medo do desconhecido, medo de ficar sozinha com ele, mas ao final saí com outra imagem daquele rapaz que após a sua 3ª internação, busca, segundo ele, a cura para a sua doença.

Não consegui até então entender minha sensação, sei bem que foi algo diferente. Voltei para casa com a certeza de que havia feito uma boa escolha, e com uma louca vontade de conhecer mais sobre a experiência dos jovens dependentes de droga, vivendo a internação.

Em uma tarde quente de Palmas me dirigi mais uma vez ao CAPS. Enquanto aguardava a coordenadora, sentei no sofá da recepção ao lado do João, este não fez parte da nossa pesquisa, pois estava apenas em uma consulta inicial, mas achei interessante apresentar a fala dele.

Com o intuito de iniciar uma conversa com o João, comentei sobre o calor! Ele me responde:

-Está quente sim, mas daqui a pouco vem a chuva.

Estávamos no mês de novembro, normalmente em Palmas nesse período o calor diminui e as chuvas chegam em dezembro.

Perguntei se ele estava internado.

- Tô aqui porque o juiz mandou. Estava vindo do meu trabalho, fui pego fumando maconha e um policial que não ia com a minha cara me prendeu, simulando que eu carregava grande quantidade de maconha. Tive que ficar calado e assumir. Mas tranquilo, vou me tratar, tô doente, é importante começar o tratamento.

Com a voz firme e olhar tímido, demonstrou vontade de iniciar o tratamento.

Perguntei-me: como nós profissionais estamos preparados para lidar com a questão da droga? É uma questão de instrução, técnica, ética, de berço?

A coordenadora chegou para autorizar a minha entrada e fui conversar com o Miguel. Desta vez as salas estavam todas ocupadas, fomos para o jardim. O dia estava bem quente, de vez em quando passava um discreto ventinho que amenizava a sensação de calor.

Começamos a falar sobre sua família, perguntei com quem ele morava.

- Eu morava com a minha avó, minha mãe caiu no mundo, não conheci o meu pai. Conheci as drogas com 09 anos, essa foi minha companhia.

Falamos sobre a necessidade de orientar as crianças em relação às drogas, da importância da educação para “diminuir este problema”.

- A porta de entrada neste mundo é a escola, com 08 anos os pirralhos já começam a usar. Comigo foi assim.

Perguntei ao Miguel como chegou ali, ele respondeu:

- Minha esposa tá viajando, se eu ficar em casa sozinho, vou recair! Achei melhor vim pra cá.

Estava com 26 anos. Da sua 6ª internação, havia saído há 15 dias. Com esta fala, fica clara a sua concepção de que necessita de alguém ao seu lado para enfrentar o vício. Preocupe-me com esta dependência que eles acham que têm

pelas pessoas, lugares ou situações para a abstinência à droga. Considero uma importante questão a ser discutida e melhor estudada.

Em um outro dia de encontro, um sábado, final de dezembro, poucos profissionais e internos, havia apenas três; com um deles eu já havia conversado. Como era conhecida pelos funcionários, não existia tanta formalidade, trocamos algumas palavras com os três internos e fomos, eu, o Lucas e o Manuel conversar no jardim.

O CAPS AD Palmas – TO, tem uma área ampla à frente da casa. Poucas plantas, dois bancos de alvenaria. Ao lado, uma área coberta, onde costuma sempre ter algumas pessoas conversando, fumando, pensando... mais para o fundo, uma piscina, aparentemente pouco usada.

Ali estávamos sentados eu e o Lucas num banco daqueles de alvenaria e o Manuel à nossa frente.

O Lucas, internado pela primeira vez, conheceu as drogas através de um tio, morava com ele.

- Estou aqui porque minha mãe pediu, sei que vou ficar bom! O uso de remédio me tira a vontade de usar o crack, mas a escola pode ajudar a prevenir o uso das drogas.

O Manuel, na sua segunda internação, estava mais a ouvir nossa conversa. Quando falamos sobre os problemas do nosso estado em relação às drogas, ele levantou bruscamente e se manifestou:

- Aqui é fácil demais ter contato com drogas, em toda esquina tem. Os pirralhos começam cedo. E não adianta obrigar a internar, quando a pessoa não quer, não tem jeito! Ninguém foge, usa droga escondido, porque dá para conseguir mesmo internado.

Em um outro dia de entrevista, encontrei Luiz, este já entrou afirmando que o problema dele não era droga, mas sim mulher.

- Sou viciado em sexo, não tenho problema com drogas.

Neste momento, bem no meu íntimo, senti medo! Estávamos sozinhos, em uma sala fechada. O olhar do Luiz era forte e fixo ao meu, ele tinha uma voz de difícil entendimento, falava baixo e enrolado. A nossa conversa sempre tomava outro rumo, tentava retomar ao foco, ele respondia rapidamente, na maioria das vezes nem respondia. Queria mesmo era falar sobre a família, o seu vício por mulher e a necessidade de ajuda para comprar uma casa.

Quando perguntei sobre o uso de drogas ele respondeu:

- Não eu nem gosto muito de droga... eu gosto mais é de mulher, às vezes quando eu tô grilado eu uso maconha.

Na conversa com Carlos, ele já entrou na sala pedindo segredo, quanto a sua condição de usuário, sentou distante, levantou as sobrancelhas e indagou:

- A senhora não vai falar que sou viciado, né? Tenho um emprego e uma namorada que não sabe do meu vício.

Fiquei emocionada em pensar como este rapaz consegue conviver no seu trabalho e com sua namorada, com esta angustia por não ser descoberto!

Em muitos dos momentos de conversa, me emocionei, assim como quando realizava a transcrição das entrevistas e escrita final do trabalho, mas o encontro com André, foi um dos momentos mais marcantes! Ele entrou na sala lentamente e

de cabeça baixa. Com um olhar triste, ouviu minha explicação sobre a nossa proposta. Quando falei em droga, logo levantou a cabeça e com a voz firme disse:

- Mais eu não uso droga! É a bebida! A droga não, é a bebida... porque droga pra mim é essas coisas..

Chorou. Falou de suas perdas com o uso do álcool: emprego, esposa e filhos. Se emocionou, me emocionei!

Quando indaguei sobre sua família ele respondeu:

- Eu não tenho contato com eles, ela me deixou porque eu bebo muito.

Senti vontade de oferecer a minha mão, assim fiz. Ele segurou forte e me olhou...Ficamos parados por alguns segundos, depois perguntei sobre sua internação.

Em um outro dia de entrevistas, encontrei pela segunda vez um interno José, este foi entrevistado por três vezes, foi o nosso primeiro entrevistado! Na primeira vez, contou sobre a sua vida, e muitos planos, inclusive abandonar o mundo das drogas.

No segundo encontro ele já se colocou como o responsável pelos seus atos, com um entendimento claro de que usar ou não droga depende da sua força de vontade e não dos outros ou dos problemas que a vida nos oferece. O José estava com uma cicatriz que tomava um lado inteiro do seu rosto. Perguntei o que houve. Disse ele:

- Foi tentando apartar uma briga entre os meus enteados. São adolescentes e problemáticos

Estava separado da esposa, pois não aceitava mais os filhos dela morando junto com eles.

Falou de música, de vontade, de saudades, de cuidados...

- Tem dias assim na música, certas músicas me deixam forte, me lembram parte da vida que eu tava bem. Nas noites que eu bebia com amigos, se eu tiver numa festa e tiver uma música que me lembre. Nem sempre a bebida me trouxe danos, teve um tempo que a bebida não me trouxe danos, foi bom, foi sociável, foi legal. Ela não entrou na minha vida já trazendo danos, no começo eu consegui beber socialmente, eu vivia legal. Ia pra escola legal, trabalhava legal, cumpria com minhas obrigações legal. Toca aquela música, aí vem flash de ocasiões legais, que você tava com namoradinha legal e beijando ela. Aquele flash desespera uma vontade de você beber, ficar ouvindo uma música daquelas, a vontade que vem é de você abrir uma cerveja e tomar, então eu tenho que evitar lugares que tenham álcool, que toque música, festas que tenham álcool.

No terceiro encontro, detalhou situações vivenciadas nas comunidades terapêuticas. Este dia foi cheio de fortes emoções, nosso último dia de entrevista.

Estava na sala, havia realizado duas entrevistas. Aguardei uns 15 minutos a vinda do próximo entrevistado, mas ninguém apareceu. Fui até o pátio, estavam todos sentados fumando, senti um frio na barriga! Fui ao encontro, sentei junto com eles e perguntei se ainda faltava alguém conversar comigo.

Houve uma pessoa que não aceitou participar da pesquisa, pois a entrevista seria gravada. Este, levantou-se e com os braços cruzados me olhou por cima e disse:

- Explica melhor “esse negócio!”.

Expliquei a nossa proposta de pesquisa, como seria a entrevista, o porquê da importância da participação deles, e começaram a perguntar e responder todos de uma vez, de modo que não dava para entender tudo o que falavam.

Pedi que falassem um por vez. Havia uma moça fumando lá no canto da parede, não participava fisicamente na roda, mas estava atenta às conversas. José começou a falar várias informações interessantes, que no momento da sua entrevista não havia falado, ela complementou lá do canto. Era sobre as comunidades terapêuticas. Perguntei então ao José se poderíamos gravar novamente, contemplando aquela fala dele e convidei a Maria para participar da nossa entrevista. Fomos ao consultório, primeiro o José que complementou sua entrevista detalhando a sua experiência nas comunidades terapêuticas, e depois a Maria que foi um encontro ainda mais intenso, de grande aprendizado! Acredito que pelo fato de ser uma mulher, a realidade fica mais próxima a nós, conseguimos nos envolver de forma mais precisa no contexto.

O CAPS disponibiliza 15 vagas para acolhidos, 8 masculinas e 7 femininas. Apenas em uma, das 06 vezes em que estive realizando as entrevistas, havia uma mulher. Qual será o motivo da diferença considerável entre os gêneros no acolhimento do CAPS - AD?

Maria demonstrou muita admiração pelo trabalho oferecido no CAPS, de todas as entrevistas, ela deu muita ênfase, a questão do cuidado, da atenção dispensada a eles através do CAPS – AD, situação esta que os homens não ecoaram. Uma observação a cerca da abordagem do profissional, também é importante destacar:

- *Ai, eu queria que fosse igual o CAPS, carinho. Porque tem muitos funcionários que trabalham em um lugar de saúde mas que não tem amor, acha que só ir lá trabalhar. Em questão de saúde, você tem que ter amor, trabalhar por amor se não tiver amor pelo próximo não adianta você tá lá no lugar só pra receber dinheiro. Tem que ter um certo dom.*
(Maria)

- *Tem muito lugar que não aceita o remédio, porque é evangélica, eles tem que entender que Deus deu entendimento para o homem, que o remédio é de Deus. Aí a pessoa sai, antes do prazo, pessoa vai e fuma mesmo, eles não pode chegar e falar “ você não vai tomar mais remédio, não é assim de uma hora pra outra, essa parte é muito pessoal.* (Maria)

Com Pedro, Emanuel e Marcos, conversamos na Comunidade Ser Livre, apesar de a comunidade não estar instalada mais em Palmas, achei importante manter os ecos do encontro que tive com eles no início da nossa construção, dezembro de 2013, um momento anterior as entrevistas realizadas no CAPS AD – Palmas.

- *Aqui em Palmas há uns 10 anos atrás não tinha tanta informação. A sociedade de Palmas ainda não tinha sido abalada, a classe mais alta. Porque quando começou a atingir a classe mais alta ai alarmou... e até hoje o governo não tem nenhum trabalho que faz a diferença, nem em prevenção. Eles não fazem trabalhos em colégios... é muito pouco, então a sociedade está muito a mercê. Porque para o governo e para uma parte da sociedade a drogadição é uma coisa para a vida toda, então não compensa trabalhar a reinserção, a recuperação. E os jovens estão entrando...*(Pedro)

- *A gente não deve se deixar envolver pela ilusão do mundo...eu como fui uma cara usuário de drogas, eu não posso voltar a um convívio social de pessoas que bebem, de pessoas que mexem com droga, de ir para balada e voltar de madrugada, não é? De ficar a*

mercê de tudo, porque hoje em dia a droga ela tá aí, só não vê quem não tem a malícia de tudo isso. Você passa num bar, você vê um cara vendendo um pó, o outro vendendo uma pedra, o cara da nóia do crack tá passando, outro tá vendendo droga ali mais na frente.
(Pedro).

- O que ajudou a parar de usar droga hoje na minha plena convicção Deus. Eu levo o lado espiritual assim, creio muito em Deus. É o que a obra também ensina, a doutrina da casa é espiritual, então, eu tenho assim que Deus tem me ajudado. Não foi remédio, eu não tomei remédio. No meu período aqui, o que eu tomava de remédio era só pra dor de cabeça de vez em quando. Pelo fato do meu uso, das minhas abstinências, quando eu ficava um tempo sem usar, minha cabeça doía muito... mas a base mesmo foi Deus, foi espiritual... até hoje eu tenho permanecido por essa fé. Vai completar 5 meses sem uso da droga.
(Emanuel)

- São poucas as pessoas que se levantam e vê que ali é uma vida pra Deus, que é um ser humano, uma pessoa que tá precisando de ajuda, mas infelizmente são poucas portas abertas...muitas vezes também até a família abandona, até a família abre mão, já cansa. Aí a pessoa tá dentro de casa usando, é muito desprezo dentro de casa, muita entriga...(Emanuel)

- Esse trabalho que é feito aqui, esse trabalho conscientização, aqui nós temos um trabalho de acompanhamento lá fora também, quando a pessoa sai... tem alguns empresários que já tem essa aceitação, a mente aberta, que já passaram pela dependência os filhos tão passando, eles já tão abrindo a cabeça mais que eles podem dá oportunidade. E são pessoas quando sai daqui, elas já saem com emprego, muitas vezes a gente consegue ate alugar um lugar... com as doações a gente arruma a casa pras pessoas, aí vem a questão da força de vontade de vencer, porque dificuldade todo mundo tem, né?
(Pedro)

Encontrei Pedro em um evento no Instituto Federal, campus Palmas, em que sou Professora. Ele foi participar de uma palestra com os estudantes do ensino médio, foi falar sobre sua experiência. Segundo ele estava limpo. Fiquei feliz em encontrá-lo.

Estes foram momentos que senti necessidade de destacar, nesta parte inicial do trabalho. Paisagens dadas pelos encontros, onde eu e aqueles que me permitiram conhecer melhor a droga para além da criminalidade, pudemos parar um pouco, conversar, olhar, conhecer situações singulares na vida de cada um. Importa resgatar historicamente referências por mim consideradas relevantes e assim continuar o nosso percurso.

3 A DROGA E SUAS PERSPECTIVAS À LUZ DA LITERATURA

Discute-se a droga sob a ótica da sociedade abordando as necessidades de mudança. Atribuídas à miséria social, as drogas são apresentadas através de dois grupos: o que traz grandes problemas para a sociedade, mas que não é tratado com tanta agressividade, por ser uma droga lícita e o grupo das drogas ilícitas.

Observamos que ainda há uma minimização dos problemas do álcool e uma maximização dos problemas relacionados às drogas ilícitas, mesmo com a evidência de estudos que comprovam o desenvolvimento da dependência ao álcool maior do que ao das drogas ilícitas, problemas familiares e sociais, tais como violência doméstica e acidentes.

Todas as substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, provocam alterações no organismo e dependendo da forma como forem usadas

podem eventualmente conter riscos e causar danos, não estando aí, portanto, o motivo da diferenciação entre umas e outras. Tampouco as substâncias, hoje qualificadas de drogas ilícitas, foram sempre tratadas desta forma. Vale lembrar, por exemplo, que até os anos 50 do século XX a França e a Inglaterra, valendo-se de permissão prevista na Convenção de Genebra de 1925, produziam e comercializavam ópio, sob regime de monopólio estatal, em suas colônias indianas e indochinesas. Por outro lado, substâncias, hoje lícitas, já foram ilícitas, bastando lembrar da proibição do álcool, nos EUA, no período de 1920 a 1932, quando em vigor, naquele país, a chamada “Lei Seca” (KARAN, 2007).

O modelo jurídico-moral que, segundo Marlatt (1999), é expresso exemplarmente na política de controle de drogas dos Estados Unidos, compreende o uso de drogas como um crime que merece punição e parte do pressuposto de que o uso de drogas ilícitas é moralmente incorreto. Separa drogas lícitas (como o álcool e a nicotina) das ilícitas e se preocupa com o controle das últimas. O controle do uso de drogas é baseado na “redução da oferta”, isto é, visa a redução do suprimento de drogas que chega ao país, através da destruição de plantações ou carregamentos de drogas, e do aprisionamento dos traficantes. (Marlatt, 1999)

A interface entre as drogas e as pessoas em nosso mundo é uma construção que teve significado e valor determinado pelos contextos políticos das civilizações. O uso de elementos psicoativos, seja pelas coletas de plantas, seja pelo consumo de substâncias, remonta a nossos ancestrais, foi concomitante a todo desenvolvimento histórico humano. Já nas civilizações mais antigas, percebeu-se a necessidade de criar regras e normas para a manufatura, o comércio e as maneiras de usá-lo. As características religiosas, medicinal e socializadora de tais substâncias promoveram a criação de mecanismos que regulassem sua relação com as sociedades deste então (RIBEIRO E DA SILVEIRA, 2006).

No que diz respeito ao uso de substâncias psicoativas, ao contrário do que se pensa, esse não é um evento novo no repertório humano (TOSCANO JR. 2001) defende que se trata de uma prática milenar e universal, não sendo, portanto, um fenômeno exclusivo da época em que vivemos. Pode-se dizer, então, que a história da dependência de drogas se confunde com a própria história da humanidade, conforme Carranza e Pedrão (2005), ou seja, o consumo de drogas sempre existiu ao longo dos tempos, desde as épocas mais antigas e em todas as culturas e religiões, com finalidades específicas. Isso porque, o homem sempre buscou, através dos tempos, maneiras de aumentar o seu prazer e diminuir o seu sofrimento (MARTINS E CORRÊA, 2004).

Além disso, a emergência da escola hipocrática, considerando a doença e a cura como resultados de processos naturais (MacRae, 2001; Toscano Jr., 2001), levou a nova medicina a receitar o *pharmakón* (palavra que significa remédio ou veneno) para o tratamento das enfermidades em busca da cura de doenças (TOSCANO JR., 2001).

Os romanos, que sofreram grandes influências dos gregos, também compartilhavam dessa posição, encarando as drogas como basicamente neutras, isto é, seus efeitos, sejam estes positivos ou negativos, dependiam da dosagem e da maneira de uso das mesmas (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001).

Durante a Idade Média, a Igreja Católica, que possuía um grande poder nesse período, tanto em termos religiosos quanto em termos econômicos e sociais, passou a condenar o uso das plantas consideradas como “diabólicas”, as quais eram vistas como sinônimo de feitiçaria (TOSCANO JR., 2001). Essas plantas passaram a ser

estigmatizadas, gerando perseguições tão intensas que, no século X, o emprego de drogas para fins terapêuticos tornou-se sinônimo de heresia, uma vez que o sofrimento era concebido como uma maneira de aproximação a Deus (MACRAE, 2001).

É importante esclarecer que durante a Idade Média a única droga permitida pelo Cristianismo era o álcool, mais precisamente o vinho, o qual até hoje é considerado um elemento relevante dentro dessa religião, uma vez que simboliza o sangue de Jesus Cristo (TOSCANO JR., 2001). O uso de qualquer outro tipo de droga, como unguentos e poções, era condenado pela Igreja Católica e os indivíduos que os utilizavam eram punidos com torturas e morte pelos tribunais da Inquisição (MACRAE, 2001). Apesar dessas restrições e das perseguições constantes realizadas pela Igreja Católica, a Idade Média conseguiu acumular “todo um saber herbário, alquímico e secreto, bem como de uma prática popular sobre as plantas” (TOSCANO JR., 2001).

Desta forma, com o Renascimento — final do século XV ao início do XVI —, que levou à queda gradativa do poder e da influência exercidos pela Igreja Católica em todos os âmbitos da sociedade, é possível notar grandes transformações na realidade da época. Por exemplo, a possibilidade de um contato mais íntimo com as culturas orientais, em que antigos conhecimentos farmacológicos haviam sobrevivido melhor, possibilitou uma retomada gradual do uso de drogas (MACRAE, 2001).

No decorrer do século XVIII, ocorreu uma diminuição na perseguição aos indivíduos considerados hereges, fato que propiciou uma volta do uso médico e

lúdico das drogas (MACRAE, 2001), ou seja, os próprios avanços científicos começaram a apontar a necessidade de se explorar a questão medicamentosa quando se discute a questão da doença dentro dos parâmetros em voga.

Também no início desse mesmo século, cientistas conseguiram isolar os princípios psicoativos de inúmeras plantas, passando a produzir determinados fármacos como a morfina, a codeína, a cafeína, a cocaína, os barbitúricos entre outros (MACRAE, 2001; TOSCANO JR., 2001). MacRae acrescenta, ainda, que foi desenvolvido também nesse período, o uso anestésico do éter, do clorofórmio e do óxido nitroso.

Em uma perspectiva histórica, observa-se que o país tem regulamentação sobre as drogas desde 1938 (Decreto-Lei de Fiscalização de Entorpecentes nº 891/38, posteriormente incorporado ao artigo 281 do Código Penal de 1941). O Código Penal Brasileiro resulta das diversas inovações proporcionadas pela gestão do Presidente Getúlio Vargas (1930-1945), a qual definia como foco das preocupações o trabalhador, sobre quem o governo deveria impingir ações para conter um comportamento desviante (MATOS, 2000). Tomando como exemplo a questão das campanhas antialcoólicas, essa autora destaca que o discurso médico apresentava aspectos de normatização, explicitando um imaginário social urbano em transformação em que se manifestava o perfil idealmente construído de como deveria ser o trabalhador.

Havia uma preocupação na elaboração de estratégias de controle sobre a população trabalhadora. Mantinham-se vivas as lembranças das tensões em torno das intensas manifestações operárias e populares dos anos 20 do século passado.

As estratégias de ação nas campanhas eram diversificadas: palestras e conferências, propaganda (cartazes, folhetos, etc.) e Semana Antialcoólica. Nessas campanhas procurava-se envolver a sociedade como um todo numa “cruzada”, na qual o Estado teria o papel central, com o apoio de instituições científicas, religiosas, educacionais, imprensa, clubes desportivos, entre outras (MATOS, 2000).

Segundo Olmo (1990), na década de 50 iniciaram as primeiras tentativas de difundir internacionalmente os modelos ético-jurídico e médico-sanitário para enfrentar a droga. O seu consumo já era considerado patologia ou vício. Na década de 60, “(...) todos os problemas da época eram atribuídos à droga, especialmente quando se tratava de jovens”.

Havia o temor de que as drogas se tornassem atraentes. Difundia-se seu discurso em termos de “perversão moral” e os consumidores eram considerados “degenerados” ou “criminosos viciados dados as orgias sexuais” porque predominava a relação droga-sexo. Seu controle se limitava a proibição e seu tratamento a penas severas nos famosos hospitais-prisão. (OLMO, 1990)

Musumeci (1994), fazendo uma reflexão sobre os antecedentes históricos da questão do alcoolismo no Brasil, cita documentos das décadas de 1910, 1920 e 1930, apontando para a inércia da ação estatal frente à questão. Essa inércia converteu a educação antialcoólica em um mecanismo privilegiado. Cabe registrar a instalação em 1925 no Brasil da União Brasileira Pró-Temperança (ramificação da World’s Women’s Christian Temperance Union). Segundo Musumeci, em pouco tempo a união pró-temperança reuniu filiais em diferentes estados brasileiros, instituindo a comemoração da “Semana Antialcoólica”. Composto exclusivamente por mulheres, o grupo recebeu em 1950 o título de instituição de utilidade pública.

Barbosa (2005), resgatando a história da ação social da igreja adventista no Brasil, destaca as ações de temperança desenvolvidas. Aponta, por exemplo, que em 1961, durante dois meses, foram realizadas 134 palestras e sermões sobre alcoolismo, tabagismo e temperança, contando com a participação de especialistas da área da saúde (BARBOSA, 2005).

Alterações legislativas no curso da história brasileira culminaram na Lei 6368/76, estabelecida no governo militar do presidente Ernesto Geisel (Brasil, 1976). Essa lei entra em vigor inserida em um contexto marcado pelo trabalho realizado por uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional. Aberta em 1973 após as mortes de duas crianças (Araceli Cabrera Crespo, no Espírito Santo, e Ana Lídia Braga, em Brasília) vítimas de crimes que tinham relação com as drogas, essa CPI propôs ao final um projeto de lei cujo teor foi incorporado em grande parte à lei 6368/1976 (AMUY, 2005). As políticas de enfrentamento à questão das drogas, principalmente a partir da década de 1960, evidenciam ações baseadas essencialmente na redução da oferta de drogas, restringindo-se ao campo jurídico e/ou médico (GARCIA & LEAL, no prelo; LARANJEIRA & ROMANO, 2003)

Nesse período prevaleceram ações governamentais de enfoque repressivo, que buscaram controlar o tráfico e o consumo de substâncias psicoativas, enviando para a prisão tanto traficantes como usuários. Essas intervenções encontravam-se fundamentadas na denominada “redução da oferta”, cujo objetivo era inibir o uso indevido de substâncias ilícitas pela restrição ao acesso às drogas (MELMAN, 2001).

Destaca-se, ainda, que no Século XIX houve o surgimento da Psiquiatria, a qual foi considerada como um ramo secundário no âmbito da medicina. A Psiquiatria incorporou o modelo biomédico vigente, procurando discutir a questão dos problemas mentais a partir da descoberta de causas orgânicas, ou seja, da busca da lesão, no caso, da lesão cerebral (CAPRA, 1982). O tratamento oferecido, na primeira metade do século XX, era advindo desse modelo com ênfase no biológico.

Em 1991 foi criado pelo Ministério da Saúde o Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química, como mais um dos serviços da então Coordenação de Saúde Mental. A atuação do Serviço de Atenção ao Alcoolismo e à Dependência Química voltava-se para ações de prevenção, assistência e tratamento na área de drogas. Visava reduzir a demanda crescente, através da mudança de percepção da população em relação à questão, modificando o modelo assistencial e estabelecendo ações de apoio e expansão da rede de serviços em saúde mental, notadamente dos serviços alternativos à internação psiquiátrica (BRASIL, 2002b).

O tratamento psiquiátrico volta-se progressivamente para o atendimento ambulatorial preconizando, ainda, uma assistência e tratamentos centrados em equipes interdisciplinares (VASCONCELOS, 2000).

Ainda nessa década, implementam-se as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental a partir do novo modelo. O principal exemplo foi a criação do principal laboratório dos chamados Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), na cidade de Santos. Tais núcleos foram inspirados na experiência de Trieste, Itália, onde opera um serviço comunitário de portas abertas 24h por dia e capaz de atender a praticamente todo tipo de demanda de cuidado em saúde

mental, incluindo uma estrutura de alguns poucos leitos, com grande capacidade de substituição dos hospitais psiquiátricos convencionais (VASCONCELOS, 2000).

Um desafio nesse percurso era (e ainda é) a construção de um sistema de referência e contra-referência a serviços psiquiátricos mais complexos, a partir de uma lógica comprometida com a desinstitucionalização psiquiátrica (PINHEIRO & MATTOS, 2001; VASCONCELOS, 2000).

Uma das estratégias do Ministério da Saúde, como um dos marcos de consolidação da Política de Saúde Mental, é a implementação, em larga escala, de CAPSad (Centros de Atenção Psicossocial) para usuários de álcool e drogas, regulamentada através de portarias a partir de 2002 (BRASIL, 2003).

Em meio a essa situação, o sistema penal entre em cena para, teoricamente, minimizar a problemática que envolve o mercado da droga, com medidas de contenção dos indivíduos que por muitas vezes nem são a origem do caso.

Rodrigues (2012) corrobora que “as drogas psicoativas são alvo de reprovações morais que condenam seu uso e amparam os clamores por repressão, por sua vez, alimenta desaprovações médicas, sanitárias e jurídicas.”

Vale ressaltar que as informações difundidas sobre drogas produzem a ocultação de um problema e um debate desqualificado que determina a naturalização de políticas truculentas de extermínio, internação involuntária ou compulsória e indústria de tratamentos religiosos. Conforme explicações de Karan (2007), “na mesma enganosa linha, o proibicionismo é veiculado por um discurso

que, apresentando-o como um “esforço humanitário”, destinado a solucionar os mais diversos problemas, oculta preconceitos...”

O proibicionismo, em uma primeira aproximação, pode ser entendido, como um posicionamento ideológico de fundo moral, que se traduz em ações políticas voltadas para a regulação de fenômenos, comportamentos ou produtos vistos como negativos, através de proibições estabelecidas notadamente com a intervenção do sistema penal — e, assim, com a criminalização de condutas através da edição de leis penais —, sem deixar espaço para as escolhas individuais, para o âmbito de liberdade de cada um, ainda quando os comportamentos regulados não impliquem em um dano ou em um perigo concreto de dano para terceiros (Karam, 2007).

A crítica do proibicionismo evidenciado pela Política de guerra às drogas se dá também pelo seu alto custo, aumento da violência e descontrole na qualidade das drogas, pois não há fiscalização na sua comercialização. A criminalização das drogas evidencia incoerências nas ações penais e injustiças nas decisões judiciais. O modelo criminal de proibição total causa danos familiares, sociais e coletivos e vai de encontro aos princípios garantidores da Declaração de Direitos Humanos.

Desse modo, ao longo do século XX, duas demandas não cessaram de crescer: de um lado, por drogas psicoativas, de outro por Leis e medidas de repressão. As Leis vieram e o mercado ilícito de drogas foi instaurado. A questão, longe de ser solucionada, tomou caminhos ainda mais tortuosos, levando ao desenvolvimento de máfias internacionais que cresciam no mesmo ritmo das iniciativas repressivas assumidas pelos estados que adotavam o proibicionismo (RODRIGUES, 2012).

Karam (2007) considera que o sistema penal apresenta uma publicidade enganosa quanto à garantia de segurança e à proteção do indivíduo, porém encobre a realidade de que a intervenção do sistema penal é mera manifestação de poder, visando a disciplina e o controle social.

(...) crimes não passam de meras criações da lei penal, não existindo um conceito natural que os possa genericamente definir. As condutas criminalizadas não são naturalmente diferentes de outros fatos socialmente negativos ou de situações conflituosas ou desagradáveis não alcançadas pelas leis penais. A enganosa publicidade do sistema penal oculta a realidade do caráter puramente político e historicamente eventual da seleção de condutas chamadas de crimes. O que é crime em um determinado lugar pode não ser em outro; o que ontem foi crime, hoje pode não ser; e o que hoje é crime, amanhã poderá deixar de ser (KARAM, 2007)

As políticas de controle social, “colocadas em movimento pelas leis”, se perfazem em “medidas de contenção dos indivíduos e grupos que podem desestabilizar a ordem (...) A justiça não é cega, mas tem uma perspectiva e enxerga, perfeitamente alvos específicos.” (RODRIGUES, 2012).

Historicamente podemos notar uma preocupação com o controle de certos estratos da população considerados ameaçadores ao modelo político-social e econômico existente. Em geral, essas supostas classes perigosas são formadas pelos pobres, estrangeiros e subversivos: aqueles que defendem uma postura de vida dissonante, projetos políticos distintos ou simplesmente sustentam hábitos considerados inapropriados ou imorais pelos grupos da ordem. Assim por meio de instrumentos legais determinados vão sendo construídas redes especiais destinadas a capturar esses grupos perigosos. Não é à toa que as prisões, espaços pouco utilizados como forma de punição até o século XVIII, passam gradativamente a ser o local preferido para lançar esses indivíduos indesejáveis. (RODRIGUES, 2012)

Rodrigues (2012) esclarece que “a tendência legal contemporânea é ver o usuário como alienado, um doente que não sabe conduzir sua própria vida, um escravo das drogas” e que “sendo um incapaz, esse indivíduo deve ser assistido pelo estado. Não deve ser enviado para a prisão, mas para centros de reabilitação”.

4 O OLHAR COLETIVO E EM SI MESMO

Boa parte da sociedade hoje, em consonância aos meios de comunicação, considera o usuário de drogas uma ameaça, associando indiscriminadamente o uso de drogas à violência e a criminalidade. Essa associação é feita, em geral, de forma linear e parcial, associada a demandas por políticas de segurança e controle em detrimento das políticas de saúde, assistência e educação (Sudbrack e Conceição, 2005) e tem sido um dos fatores que têm justificado a oferta de tratamentos baseados na exclusão/separação dos usuários do convívio social (Brasil, 2003).

Quando indagado sobre o uso das drogas e suas experiências, Emanuel respondeu:

- Para a sociedade, eu creio que já olham com olhar de desprezo pra pessoa que usa e quando tá num estado ali entendeu? No uso, a pessoa já olha ali desprezando, é um viciado, é um criminoso, é um bandido. (Emanuel)

Apesar de uma nova legislação sobre drogas ter entrado em vigor, a prática não acompanhou a mudança tão rapidamente, e ainda hoje temos vestígios do antigo tratamento perante o fenômeno, predominando a abordagem repressora e punitiva aos usuários. Na contramão da humanização dos serviços e das conquistas do movimento da luta antimanicomial, alguns setores da sociedade tentam repetir o paradigma asilar de tratamento da loucura trazendo, como proposta de cuidado, o isolamento social dos usuários de drogas, contendo-os à revelia em instituições totais. Essa tendência é semelhante à adotada nos tribunais norte-americanos cuja ideia central é de que os usuários de drogas fiquem obrigados a tratar da “doença”, a qual é diagnosticada na maior parte dos casos por uma autoridade jurídica. O descumprimento dessa obrigação implica uma punição legal mais severa e gera o

modelo de tratamento compulsório em que os usuários passam a ser vistos tanto como doentes quanto como criminosos (BRAVO, 2002).

É importante ressaltar que as concepções moral e biomédica sobre o uso de drogas exercem forte influência sobre a sociedade. Assim, a dificuldade de tratar o fenômeno da drogadicção de forma complexa, associada à relativa ausência do Estado, que inicialmente não conseguiu estabelecer juntamente às mudanças protagonizadas pelo movimento da Reforma, o cuidado comunitário para usuários de drogas, contribuiu para a disseminação em todo o país de alternativas de atenção de caráter total, fechado, baseadas em uma prática predominantemente psiquiátrica ou médica, ou, ainda, de cunho religioso, tendo como principal finalidade a abstinência (BRASIL, 2003).

O eco das nossas conversas, reafirma a concepção moral e biomédica também por parte dos jovens que usam droga e o sentimento de culpa que eles carregam por não conseguir controlar o vício.

Há que se considerar que, na prática do cuidado, as concepções sobre o uso de drogas ainda misturam perspectivas diametralmente opostas e, nesse sentido, muitos serviços realizam uma combinação de diferentes concepções de análise do fenômeno que se refletem em modos conflitantes de atuação (SCHNEIDER, 2011). Embora as concepções evidenciem claramente diferenças e contradições, na prática profissional o mesmo não ocorre.

Não há negociação. Ele pode não se achar nem admitir que esteja, ou seja, doente, mas, do ponto de vista dessa saúde dominante, ele é. E, nessa barafunda criada pela aceitação passiva do discurso e das práticas proibicionistas, é comum pessoas que usam drogas ilegais – mas que, devido à posição que ocupam na sociedade, não se acham e nem são considerados drogados – identificarem-se com

a proibição e suas consequências, justificando a necessidade de aprisionamento e tratamento obrigatório aos bandidos. Esse discurso todo é insidioso porque é muito fácil. Qualquer um se sente inteligente ao manifestar sua opinião sobre drogas utilizando a meia dúzia de frases das justificativas proibicionistas (CORRÊA, 2010).

Quando indagados sobre como se consideram em relação ao uso de drogas, responderam:

- Sou alcoólatra! No dia que eu não bebo uma, fico todo assim, com o corpo todo doendo. (Carlos)

- Eu me considero ex-usuária, mas eu me sinto ainda fraca, eu não me sinto fraca assim totalmente, porque eu evito as amizades! (Deu uma pausa) Eu não tenho amizade nenhuma, só meu marido e aqui no CAPS né! E minha família. Quando a gente sai desse meio, a gente infelizmente descobre a realidade, agente descobre que não tem amigo nenhum (sorriu)! Some tudo. Mas é melhor eles sumir da gente, do que a gente dizer pra eles que não é mais amiga deles. Dói muito mais neles! Porque eles estão sensíveis, quando eles estão usando ainda, eles se sente depressivos. Tem uma hora que eles acabam de usar aquilo lá! Já aconteceu comigo, de chorar, de ficar depressivo. Então se eu falar pra eles que eu não sou mais amiga deles, eles vão se sentir rejeitados, então é muito melhor, eles me largar! Porque vai deixar eles mais pra baixo e vão usar mais. Eu prefiro que eles se afaste de mim. (Maria)

Esse emaranhado de discussões conflitantes, reflete em diversas tentativas, por parte dos usuários de droga, que vão além das suas possibilidades, deixando-os com uma dolorosa sensação de fracasso. Segundo Vedovatto (2010), esses sujeitos são espoliados de seu contexto sociocultural, aponta para apenas um jeito de se

relacionar com a droga como “caminho sem volta”, “como a morte”, “como fim”, o modelo proposto é BEM (não usa nunca) ou MAL (usuário compulsivo).

O fenômeno da drogadicção não se reduz a uma relação linear de causa e efeito, mas insere-se numa perspectiva complexa, envolvendo diversas interações de variáveis e articulações entre áreas distintas do conhecimento. Contudo, dificilmente se considera o fenômeno das drogas em sua amplitude e complexidade. Para Schneider (2011), o tema vem sendo abordado de forma reducionista, fragmentada e determinista. A autora salienta que há quatro concepções sobre a atenção à problemática da drogadicção e seus respectivos desdobramentos e implicações: a jurídicamoral, a biomédica, a psicossocial e a sociocultural.

Apresento a seguir ecos que vão ao encontro das concepções referenciadas por Schneider (2011).

- Eu não creio muito na justiça... o sistema judiciário do nosso país ele é completamente falido e corrupto. Porque se você for num presídio você não vê traficante em presídio... quem tá preso é só usuário, porque eles que fazem o “vapor” são os biqueira que vende a droga, e os traficantes não é preso! A cadeia tá cheia de usuário, mas não tá cheia de traficante, porque também eles são de alto escalão e tudo... Mas é a vida... mas tem como mudar... (Pedro)

- Vai fazer 02 meses que minha mãe faleceu a última semana eu tava lá (internado), última semana ela faleceu. Eu fui, eu fugi pra ver ela viva, aí fugi da internação, fui pedir perdão a minha mãe por fazer coisas erradas. (Antonio)

- Estava muito fragilizado, é o fim da linha... é que eu já tive umas 3 ou 4 recaídas... dizendo a minha Irmã que eu fico olhando diferente assim para as pessoas, tipo que quer fazer o mal, só que isso não aconteceu. (Carlos)

- A primeira vez eu gostei, agora não gosto mais, uso porque é o jeito, porque eu não me seguro. (Antonio)

- Me sinto fraco! (José). (Olhou para baixo e balançou a cabeça com sinal de afirmação).

- Preciso criar barreiras para me fortalecer, criar mecanismos para segurar minhas fraquezas. (José)

- Rapaz eu comecei a usar com 14 anos, a minha droga era maconha, eu usava maconha igual cigarro, eu usava de manhã, usava de tarde, comecei a usar assim e tal, pelo esporte, viagem e tal, galera massa, só que aí eu estudava também, foi passando do meu limite e fui me desleixando do estudo. Afastando de tudo, fui me desinteressando, acabei parando e minha mãe deu derrame cerebral aí me afundou mais na droga. Aí vim pra Cá e depois fui para uma casa de recuperação, aí dei uma melhoradinha. (Luiz)

- No começo foi curiosidade, agora tô na luta pra largar, tô desesperado pra largar, não tem mais aquele lado bom, agora é vício mesmo. (José)

- A cultura do nosso país é uma cultura de bebedisse, de festa. Então ela já incentiva o jovem a beber, a fumar um cigarro que é lícito, e são as piores drogas que existem são o álcool e o cigarro, que tão matando mais, não é? O álcool é devastador o que ele faz, não só para a própria pessoa, mas para a sociedade... o sistema do pecado, da corrupção, da nossa sociedade incentiva o consumo, o cara ser consumista... Você assiste à televisão e toda hora tem uma propaganda de uma cerveja com uma mulher bonita, umas bebendo e tudo! Mas não é essa a realidade que nós vê nos botecos! Muitas pessoas morrendo, as

famílias sendo destruídas, o índice de violência doméstica é causado por causa do álcool, enfim, então eu acabei me influenciando por uma falsa liberdade... eu queria conhecer o mundo, participar das vaidades... (Pedro)

- Antes eu gostava... antes do preço alto que ela me fez, não na questão do dinheiro, mas eu perdi família, perdi o amor próprio, perdi amigos verdadeiros. Depois da droga, só me trouxe amigos falsos, só me trouxe prostituição, não roubava, mas me prostituía... Tenho que dá mais valor a minha vida, a minha família, dá mais valor aos momentos. Eu percebi que eu não curtia a vida, eu só destruía (Maria).

Segundo Gilberto Velho (1978), em nossa sociedade, o usuário de drogas ou, simplesmente, a categoria drogado, compreende uma acusação moral e médica na qual o aspecto de doença é dado de antemão. Essa concepção orienta as práticas e modelos de tratamento, legitimando os saberes que serão tomados como oficiais e excluindo aqueles que não se mostram adequados. Velho (1978, p.37) utiliza a noção de sistema de acusação como uma “estratégia mais ou menos consciente de manipular poder e organizar emoções, delimitando fronteiras”, deixando claro que as acusações são criações específicas de grupos sociais específicos e têm a função de demarcar os limites identitários do grupo através da padronização de um código de emoções do qual sobrevivem uma visão de mundo e um ethos particulares.

Esta acusação moral e médica de que tratou Velho em 1978, ainda continua predominante, evidenciada pelos ecos a seguir:

- Ele (o álcool) não é bom em quase todos os sentidos: a doença, relacionamento com a família. Você se torna um pouco autônomo, você não tem autoridade e apanha na rua, já aconteceu comigo. (André)

- Era uma vida de mendigo, acabava o dinheiro, não tinha dinheiro pra comer, as pessoas falavam, tu tem dinheiro pra fumar droga, mas não tem pra comer, era humilhação demais! (Maria)

- Maconha eu usei 06 anos, mas fumava um aqui, o outro semana que vem. Na verdade eu conseguiria levar uma coisa junto com a outra por muito tempo. Me enganando, mas crack, eu usei dentro de uns 6 meses, eu usei bastante, eu tive uma queda muito grande, usava muito! Eu comecei ver que não era mais eu que estava no controle, no dia que eu vendi um celular, eu peguei o celular da minha esposa e troquei ele por 10 reais. (Marcos)

- Eu me deixei influenciar, eu já era revoltado com a sociedade, ai eu me entreguei a isso, pensando que era liberdade. Eu pensava que ali era um ato de liberdade, eu fumando uma maconha, cheirando um pó, até que chegou o crack. O crack quando você começa a fumar ele é muito é prazeroso, ninguém usa droga porque ela é ruim, é porque ela é boa... o gosto, a pessoa se sente bem, no meu caso tem a questão que eu não fui criado pelo meu pai... Eu amo a natureza, o mar... mas eu me vi num ponto que eu não conseguia curtir mais nada se não fumasse uma maconha. Eu despertei pra prisão que eu estava vivendo... (Pedro)

- Agora é alucinação não tem mais aquela onda boa, agora é pânico; é mais sentimentos ruins do que bons, agora é claustrofobia e fobia ..hoje e mais isso.. (José)

- A gente perde tempo, e é um tempo que não volta mais. Eu tenho 25 anos, já sou de maior, tenho que me colocar no sistema de adulto, que eu tenho 4 anos de uso e 4 anos que eu tô lutando, com Jesus agora. Não é brincadeira. (Maria)

- É um vício! Não dá nem pra falar, um vício assim pra acabar, pra tirar a mente, pra esquecer problema, a gente usa isso aí. (Antonio)

Marlatt (1999 p. 46), corrobora com o sentimento e comportamento dos envolvidos com a questão da droga, quando cita que apesar da aparente contradição entre encarar o usuário de drogas como um criminoso que merece punição e como uma pessoa doente que necessita de tratamento, os modelos de redução da oferta e de redução da demanda concordam que o objetivo final de ambas as abordagens que é reduzir e, finalmente, eliminar a prevalência do uso de drogas, concentrando-se principalmente no usuário (“redução do uso”), independente de uma análise particular e cuidadosa da situação vivida.

Muita gente sofre, muita gente se diverte e muita gente está pensando a sua vida a partir das suas experiências com droga. Temos que cuidar para não transformar a droga naquilo em que transformamos o menino usuário de crack chapado, comprimido, reduzido à figura de bandido. Tudo isso tem profundidade, espaço, ocupa espaço, move-se, tem cheiro e joga no mundo alguma coisa. (CORRÊA, 2010)

Segundo Acselrad (2000), na passagem do modelo jurídico-moral para o modelo médico ou de doença não há uma transformação real dos valores subjacentes, quais sejam: garantir a abstinência e adequar o indivíduo ao “comportamento desejado”.

- Antes pra mim eu levava uma vida muito regalada, eu sempre trabalhei, estudava, larguei por causa do uso da droga. Larguei uma faculdade de ciências contábeis, então a droga me tirou muita coisa, me tirou 03 anos da minha vida... eu perdi muito tempo...perdi o amor da minha esposa... a cada dia a gente vai matando um leão.. (Marcos)

- Tem gente que consegue, tem amigos meus que eu conheço, que trabalham, pessoas de bem, vive bem, que usa ali, mas assim, eu creio que tem que a pessoa tá no

controle, mas pode chegar uma hora que ela vai perder o controle, entendeu? Até então é possível, creio que não vai muito longe não. (Emanuel)

- A droga não trouxe nada de bom, o bom que eu sentia, o bom meio assim... era um prazer instantâneo, uma ilusão, no momento que eu tava usando, depois que acabava era, entendeu? Era aquele efeito ruim depois do uso. (Emanuel)

- Ela (droga) traz, falar verdade eu nem tem ideia..falar verdade assim eu tendo ou sem ela, tanto faz , nem compro. Eu nem gosto muito de drogas, eu gosto mais é de mulher. (Luiz)

Dentre as entrevistas realizadas, o Luiz demonstrou tranquilidade quanto ao uso de drogas, indo de encontro à fala dos demais entrevistados, que sempre evidenciaram a culpa e referiram perdas. Bucher (1992) aponta que as visões sobre as intervenções na área da drogadicção são marcadas por duas concepções opostas, de éticas diferentes das drogas na sociedade, e também da vida social em si, do ser humano, da visão de homem. A primeira avalia as drogas como um mal extremo à sociedade, trazidas por traficantes e produtores. Na segunda concepção, as drogas não são trazidas de fora, mas representam um mal inerente à sociedade, secretado por ela devido a desequilíbrios, tornando-se válvula de escape para sustentar tensões intoleráveis. As drogas, dessa forma, vestem a carapuça de bode expiatório moderno do “mal-estar na cultura”, caminhando ao lado da marginalização social.

5 O MOVIMENTO DE INTERNAÇÃO

A partir do final da 2ª Guerra, principalmente na Inglaterra, França e Estados Unidos, mas também em outras partes do mundo, inclusive em países não ligados diretamente à guerra, surgem experiências socioterápicas no tratamento de transtornos mentais. As experiências surgidas foram, principalmente, a comunidade terapêutica inglesa, a Psiquiatria de setor francesa e a Psiquiatria preventiva comunitária norte-americana. Estas acabaram por levar a Psiquiatria à construção de um novo objeto - a saúde mental, e não mais a doença mental. Os objetivos da comunidade terapêutica eram a transformação do ambiente e do tratamento dos hospitais psiquiátricos pela “terapêutica ativa” ou terapia ocupacional. Esta foi criada por Hermann Simon, na década de 20: “a necessidade de mão-de-obra para a construção de um hospital faz com que Simon lance mão de alguns pacientes considerados crônicos e observa efeitos benéficos em tal iniciativa” (AMARANTE, 1998, p. 28)

A Psiquiatria preventiva comunitária surge nos Estados Unidos, nos anos 70, originada do cruzamento da psiquiatria de setor e da comunidade terapêutica. Em decorrência dessas alterações do período pós-guerra, no Brasil, passou a coexistir a prática higienista com experiências inspiradas na Psiquiatria preventiva comunitária ou nas comunidades terapêuticas ou Psiquiatria de setor. Isso, tanto em relação às práticas dos profissionais quanto às políticas públicas, que passam a orientar os serviços de saúde mental a terem uma atuação diversa do higienismo até então prevalente. A partir daí, a reforma psiquiátrica no Brasil pode ser entendida como “(...) um processo que surge mais concreta e, principalmente, a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 70”, a qual “tem como fundamentos não apenas uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental”, mas, de

forma especial “uma crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização” (AMARANTE, 1998, p. 87).

As práticas, ancoradas na Lei 10.216 de janeiro de 2001, a Política para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas se opôs de forma clara e coerente às práticas de cuidado para esses usuários que privilegiam o tratamento em estabelecimentos fechados, tendo como único propósito a manutenção da abstinência total. O artigo 4º da Lei afirma que “a internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (BRASIL, 2001). Dessa forma, a internação psiquiátrica nunca deve ser a primeira opção no tratamento de usuários de drogas (CRUZ, 2009) e, se por acaso ocorrer tal internação, devem ser assegurados os direitos da pessoa na instituição.

A internação deve ser considerada um momento de tentativa, de reflexão. Para Goffman (1961/2001), nas instituições, o “fechamento” ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída, muitas vezes materializadas na estrutura física da instituição, como grades, distância geográfica dos centros urbanos, arame farpado, muros altos, entre outros. Esse aspecto de fechamento e isolamento característico das instituições totais a cargo das internações de usuários de drogas, contraria frontalmente o preconizado na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras drogas que aponta para a necessidade imperativa de estruturação e fortalecimento de uma rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase em dispositivos extra-hospitalares

pautados na reabilitação e reinserção social dos usuários devidamente articulados à Rede de Atenção Psicossocial e às demais redes de saúde.

Quando indagados sobre a experiência de internação, ouvimos ecos de esperança, indignação, confiança, fuga e fé. Encaram a internação como uma saída, a melhor saída.

- É importante por que dá uma pausa. Muitas vezes você tenta, no dia dá. Você tá no trabalho e no horário da noite você usa, você já imenda o trabalho... e o outro dia da noite você usa e vai pro trabalho e fica aquela pilha sem descanso é direto direto direto... você fica aquela pilha esgotado e você já não está produzindo no seu trabalho e usando e já não está sendo produtivo numa coisa e nem outra. Não rende no trabalho em nada ne? E usando, você tá praticamente só pagando o lucro pro traficante. No caso ele que tá rendendo com tudo isso, você tá dando dinheiro pra ele acabando com sua saúde e no seu trabalho não tá dando rendimento nenhum... você tanto internado, consegue dar uma pausa e colocar a cabeça no lugar, tomar os medicamento. É por aqui que eu quero ir, dar uma respirada, por minha cabeça no lugar tomar um foco e ver pra que lado eu quero ir e também tomar a decisão se eu quero ir pra uma casa e internação para uma instituição por que às vezes as pessoas que consegue ficar limpo quando sai vai pro NA e consegue por vários anos e ficar limpo e vários companheiros conseguiram dessa maneira. (José)

- Rapaz, aqui é pra ter calma e controlar, me acalmar e refletir a vida. (Luiz)

- Eu percebi que não valeu as internações, porque as pessoas hoje, tão tratando o ser humano como um comércio, e elas usam muito Deus, pra internar a gente e pra ganhar dinheiro. (Maria)

- O tratamento é bem pesado mais depende mesmo e da pessoa. (Antonio)

Pergunto-me, quanto a nossa responsabilidade, enquanto profissionais, no lidar com as fragilidades dos outros, a nossa abordagem, pode trazer danos irreparáveis para a vida dessas pessoas. A Maria viveu a internação e hoje demonstra maturidade para visualizar situações que precisam ser olhadas com cuidado! Será que nós não estamos complicando ou dificultando ainda mais a vida destas pessoas?

Viver é um risco constante. Naturalizamos a palavra droga sem nos darmos conta de que o seu conteúdo tornou-se mequente, difuso, bocado, sem sentido... Se olhamos de frente o problema e nos permitimos pensar a palavra – desconectando-a da razão discursiva distribuída em generosas porções tanto ao mais laureado doutor quanto ao mais simples popular – damos-nos conta de que ela se refere a algumas substâncias consideradas perigosas por determinadas instâncias morais (CORRÊA, 2010).

- Eu fui internada em várias clínicas, graças a Deus, só aqui no CAPS que eu encontrei a solução na minha vida e na igreja, porque quando eu encontrei essas clínicas que diziam ser de Deus, não achava, só achava prostituição, eu ficava pior do que quando eu entrava! Usava o nome de Deus demais! Mas na verdade cuidavam da gente como se fosse comércio, era só falsidade... Lá era bem rígido, se a gente não fizesse o que eles queriam, comia arroz puro, eu me sentia horrível, antes de eu perder a cabeça eu saí! Era fora do estado de Palmas e ele falou que se eu desistisse do tratamento ele me deixava em Palmas de novo, e não foi assim que ele cumpriu, me deixou rodada em Bahia, fiquei igual a uma mendiga, me prostituía pra mim comer. O que ele me trouxe? Ao invés dele me tratar do vício da droga, ele me fez foi me tornar uma mendiga! (Maria)

- Na parte religiosa, jejuar é uma coisa particular sua com Deus, lá eles obrigavam a gente jejuar dia sim e dia não. Já me internei mais de 04 vezes. Mas no CAPS valeu a pena. Eu botei na minha cabeça que é a última vez, é a última chance! (Maria)

- Na leões de judá, é oração, é orar. (Antonio)

- Me senti mais perto de Deus, mais próximo da parte religiosa, graças a Deus me controlei mais o vício, porque eu antes eu era muito malandro, mas a parte de disciplina por nada ele estava disciplinando, por motivos poderia ser um ato verbal, tipo não faz isso, e eles me botavam pra cavar fossa, ficava horas e horas rezando ajoelhado até ter ferida no joelho. (José)

- Na CRER foi difícil, foi um impacto, porque eu tive que seguir as regras, lá fora eu não tinha regras. Quando a gente tá nas drogas, agente não tem regras, não tem caráter. Quando a gente tá na clínica, a gente aprende a ter regra, ter disciplina. Algumas clínicas tem isso. Tem horários de acordar, de orar, de almoçar, tem artesanato. Se não tiver bom comportamento já perde os benefícios... Goiânia eu não gostei não, tinha muito artesanato, mas eles não ensinava, apesar que eu já sabia, mas ninguém ensinava. Tinha missa, mas só faziam quando tinha gente de fora, como se fosse só para aparecer... e eu falei Senhor, se isso for só pra se aparecer, vai fechar! E graças a Deus fechou. (Maria)

Segundo Cruz (2000), apesar do emprego de recursos astronômicos e da obtenção de resultados medíocres, o modelo jurídico-moral encontra força nas parcelas mais conservadoras da sociedade e é frequentemente utilizado como forma de controle social, já o modelo médico ou de doença identifica o uso de drogas como uma doença biológica/genética que requer tratamento e reabilitação. Como aponta Garcia (1997), a noção que prevalece é a de que a droga, como um inimigo externo, é capaz de engendrar comportamentos estereotipados. Como um efeito em si mesmo, são atribuídas às drogas, capacidades como a de corromper a moral e gerar sentimentos de estranheza. Segundo a autora, essa visão contribui para

manter os usuários impotentes e desarticulados diante da possibilidade de prevenir ou reduzir os danos decorrentes do uso, uma vez que há o entendimento de que os danos e riscos a que podem estar sujeitos são engendrados apenas pela substância ingerida, sem considerar outros fatores. Aqui a ênfase está nos programas de tratamento e de prevenção, que procuram remediar o desejo ou a demanda por drogas por parte do indivíduo. Objetiva-se então exclusivamente a “redução da demanda”.

As questões religiosa e medicamentosa demonstram estar muito fortes nas abordagens ao usuário de drogas. Esta constatação reforça a necessidade de uma retomada dos esforços no âmbito das ações de saúde e educação, no sentido de buscar novos entendimentos a cerca da questão do uso de drogas.

- O que ajudou a parar de usar droga hoje na minha plena convicção Deus. Eu levo o lado espiritual assim, creio muito em Deus. É o que a obra também ensina, a doutrina da casa é espiritual, então, eu tenho assim que Deus tem me ajudado. Não foi remédio, eu não tomei remédio. No meu período aqui, o que eu tomava de remédio era só pra dor de cabeça de vez em quando. Pelo fato do meu uso, das minhas abstinências, quando eu ficava um tempo sem usar, minha cabeça doía muito... mas a base mesmo foi Deus, foi espiritual... até hoje eu tenho permanecido por essa fé. Vai completar 5 meses sem uso da droga. (Emanuel)

- São poucas as pessoas que se levantam e vê que ali é uma vida pra Deus, que é um ser humano, uma pessoa que tá precisando de ajuda, mas infelizmente são poucas portas abertas... muitas vezes também até a família abandona, até a família abre mão, já cansa. Aí a pessoa tá dentro de casa usando, é muito desprezo dentro de casa, muita entriga... (Emanuel)

Ainda em 1997, Velho chama atenção para o fato de que a relação das sociedades humanas com as drogas expressa um processo singular de construção social da realidade. A utilização de substâncias dos mais variados tipos que provoquem mudança no tipo de consciência é uma experiência universalmente disseminada. Assim, como aponta Garcia (1997), para compreendermos o uso de drogas dentro de uma modalidade de construção social da realidade devemos lembrar que as representações que perpassam o imaginário das pessoas a esse respeito variam.

Segundo Zaluar (1994), “as imagens negativas, os preconceitos, o medo, que, no Brasil, chegam às raias da demonização do viciado, contribuem decisivamente para a cristalização de uma subcultura marginal”, a qual “muitas vezes, chega a adquirir tons agressivos e anti-sociais” (p.12). Resulta disso a dificuldade de muitos usuários em encontrar atendimento médico quando vêm a ter problemas concretos decorrentes do uso de drogas e sob esta perspectiva a implantação de programas de redução de danos apresenta-se como uma alternativa que prioriza a inserção dos usuários na rede de saúde, oferecendo-se como um espaço de individualização, isto é, de autonomia e de autorrealização.

- Aqui no capes é mais tranquila, nas comunidades é mais religiosa. Aqui não é religiosa, é mais ampla, sem distinção de raça cor e sexualidade. É tanto que tem homossexuais que vem fazer tratamento. Assim não tem distinção é bem ampla a parte da saúde, a parte do CAPES dos medicamentos e eu acho que tem mais ajudado é a parte psicológica. A parte psicológica é a principal, porque começa a fazer o uso da droga é quando não vai bem psicologicamente, pois a gente procura a droga mesmo é quando não vai psicologicamente bem de alguma maneira em alguma parte, às vezes com a família ou

alguma desilusão amorosa, ou morte na família, alguma coisa que não vai bem no nosso interior mesmo, porque aí a gente vai procurar o refúgio na droga, tanto seja tabaco, ou álcool, ou cocaína, crack, maconha. Fica sendo um refúgio, a pessoa se entorpece, a pessoa entorpecendo ela deixa de sentir certas emoções que ela sentiria estando são.
(José)

- Se eu fosse desistir e voltar pra droga, eu tinha vários motivos né? Vários motivos pra desistir a todo tempo... dificuldades financeiras, familiar, a questão dos meus outros parentes usuários, isso dentro da minha própria casa eu tendo que ver aquilo... para os ex usuários, todo motivo que acontece na vida dele ele desiste e eu não uso, eu não tenho motivo nenhum para voltar pra droga, porque a droga é o quê? É uma desgraça! Ela causa o quê? Dor, sofrimento, morte, tragédia, é isso que ela causa, causa tudo que não presta na vida da pessoa. Então todas as coisas que foi acontecendo na minha vida, com 8 meses que eu tinha largado a droga eu perdi meu pai, pra muita gente é um baque, meu pai era o meu alicerce...eu era o xodó do meu pai (sorriu ao falar do pai) e eu amava meu pai demais, ele era um homem que me ensinava as coisas... (Pedro)

Eu pensei que estava sozinho, mas depois eu vi que eu tenho um Deus que é meu pai, aí eu joguei a responsabilidade, a palavra de deus fala que nós temos que lançar nossas ansiedades, as nossas cargas, tudo no senhor Jesus Cristo, que ele, ele leva pra gente. Não é? E nós se entregar a ele, o que acontece, tudo se torna mais leve, não é que as coisa vai se tornar fácil, mas é mais leve, aonde eu consegui. Tudo que vem na minha vida de dificuldade me faz é ser mais forte... Tem gente que só porque brigou com a mulher e tudo eles vão lá e vão usar droga. É mentira, é porque eles quer usar droga. Na minha consciência é isso. (Pedro)

- Ficar internado não é bom não! Quando você chega num ponto que tem que se despir de tudo que você ama... sua mãe, filho, esposa...tenho uma mãe que me ama

demais, que entrou em depressão por causa que o filho dela tava usando droga, então quando você ver que tem que largar tudo isso porque você chegou a um ponto que você não tem mais domínio nem de si próprio! É muito difícil, não é bom não, não tem nada de bom! A única coisa boa é a recuperação, a liberdade, mas o termo de estar internado pra mim é horrível! Aí eu falei, ai agora eu tenho que me internar, cassar um trem pra fazer a vida porque eu já tô até roubando, coisa que eu nunca fiz! Eu tive uma boa criação né? Minha mãe, meus avós... aí eu vi que aquilo lá não era o que eu tinha aprendido, aí eu resolvi sair...só que eu não conseguia sair, eu não tinha a força de me manter sobrio, de me manter firme. Eu consegui com a ajuda da internação, porque ai eu fui vendo que tinha dias difíceis, que tinha lutas, que eu tinha que me guardar de muita coisa, que eu tinha que aprender a andar em outros caminhos... (Marcos)

- Passei pela Fênix (Comunidade terapêutica particular), Leões de Judar (Comunidade terapêutica religiosa). A Fênix ela é compulsória né. É bem diferente, uma coisa é você tá aqui e ter a liberdade de ir embora, lá dentro não, você tem que ser mantido mesmo, você tem que tá ali, não pode ir embora, é no regime deles. É complicado. Mas foi bom, uma experiência nova, porém não agradável no período da internação, mas depois eu fiquei mais uns 3 meses lá, ajudando, também trabalhando lá. Na Leões de Judá eu só passei 1 mês. Fiquei 1 mês e fui embora. É que eu não queria, naquele tempo eu não quis internação. Comecei com 11anos de idade, tenho 12 anos de vicio na cara, usava várias substâncias. Esses tempo aí, desde então Deus tem me abençoado aí, Deus tem me levantado. No começo não foi nem eu que busquei, não foi nem eu que quis. Eu vim dia primeiro de dezembro pra cá, meio assim, não forçado, mas meio que apoiado pela família entendeu? Aí eu vim, fiquei uns quatro dias só, que eu lembro, aí eu fui embora, aí usei, passei umas duas noites usando lá, foi onde eu vi que eu precisava realmente de recuperação, precisava realmente mudar minha vida. Aí nesse tempo aí eu peguei, busquei, aí meu irmão queria me mandar para uma clínica de recuperação na Bahia, eu não estava

nem sabendo disso. Eu peguei e falei pra ele que eu não queria internação. Ai depois eu vi que eu realmente necessitava, de me recuperar, de construir alguma coisa na vida, de terminar minha faculdade, cursar um bom curso aí, arrumar um bom emprego, gerar uma família né? Aí eu peguei e optei por voltar. Aí nesse meio termo eu ia pra Bahia, já tinha aceitado, aí a pastora daqui pegou e ligou me chamando pra eu vir aqui na obra. No sábado dia 7 de dezembro... umas 11 e meia da manhã, mais ou menos, ela me recebeu, perguntou se eu queria permanecer, queria ficar e aí eu falei que queria, desde então eu tô aqui.
(Emanuel)

Em 2002, consoante as recomendações da III Conferência Nacional de Saúde Mental, o Ministério da Saúde implementou o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e outras drogas, reconhecendo o uso prejudicial de drogas como problema da saúde pública e construindo uma política pública específica para a atenção a essas pessoas, situada no campo da saúde mental e tendo como estratégia a ampliação do acesso ao tratamento, a compreensão integral e dinâmica do problema, a promoção dos direitos e a abordagem de redução de danos.

Apesar disso, em oposição aos princípios e práticas que a Reforma Psiquiátrica e da Política Nacional de Saúde Mental, trouxe, assistimos no cenário social do cuidado para pessoas com problemas de abuso de drogas, a retomada da defesa de práticas e concepções semelhantes às usadas na perspectiva asilar, sob a justificativa de que usuários de drogas não têm condições de lidar, em liberdade, com os problemas decorrentes de seu uso. Em tese, esses usuários estariam subjugados ao poder das drogas, seriam “fracos”, necessitados de contenção e

tutela. Em razão disso, justificar-se-ia interná-los, ainda que contra sua vontade, antes de tentar quaisquer outras abordagens, descaracterizando os princípios do cuidado em saúde mental em suas diferentes dimensões, sobretudo no concernente ao potencial emancipatório e de exercício dos direitos dos usuários.

Segundo Alarcon (2000), inicialmente, mesmo que o hospital psiquiátrico consistisse no isolamento social, essa instituição trazia uma importante mudança para o tratamento dado a essas pessoas em sofrimento mental, em vista de que, antes, o isolamento se dava em condições sub-humanas (porões, cárceres, prisões etc.), sem nenhuma perspectiva de cuidado. O hospital nasce sob a sina da salvação em nome da liberdade, dos direitos das pessoas ao tratamento mais humanizado, mas, principalmente com a proposta de possibilitar o avanço da medicina, sendo um lugar onde se poderia observar, descrever, conhecer e intervir sobre a loucura, para corrigi-la e devolver a liberdade ao sujeito.

Acselrad (2000, p. 87) nos propõe então uma virada fundamental na forma de se perguntar sobre o uso de drogas, que vem dizer de uma possível mudança de rumos: trata-se de acrescentar à pergunta usual – “por que as pessoas se drogam?” – uma outra – “por que algumas pessoas não usam ou conseguem usar drogas de forma controlada?” Assim, um projeto de enfrentamento das questões relativas ao uso e dependência de drogas com base numa educação para a autonomia compreende que “o mal não está no produto em si, mas na forma como nos servimos dele.”

Ainda em 2000, já se discutia a necessidade da escuta, de considerar os movimentos e modulações de cada ator envolvido, de analisar situação de forma singular.

6 O PERCURSO: DA PRÁTICA AO DESEJO

O uso indevido de drogas tem sido tratado, na atualidade, como questão de ordem internacional, objeto de mobilização organizada das nações em todo o mundo. Seus efeitos negativos tornam instáveis as estruturas sociais, ameaçam valores políticos, econômicos, humanos e culturais dos estados e sociedades e infligem considerável prejuízo aos países, contribuindo para o crescimento dos gastos com tratamento médico e internação hospitalar, além do aumento dos índices de acidentes de trabalho, de acidentes de trânsito, de violência urbana e de mortes prematuras e, ainda, para a queda de produtividade dos trabalhadores.

Afeta homens e mulheres, de todos os grupos raciais e étnicos, pobres e ricos, jovens, adultos e idosos, pessoas com ou sem instrução, profissionais especializados ou sem qualificação. Há que se pensar em qual a melhor estratégia para lidar com estas pessoas que usam de forma problemática a droga. Durante as nossas conversas, foram citadas algumas, citaram a necessidade de investir na escola, com abordagens direcionadas principalmente às crianças, a oferta de cursos e possibilidades de trabalho e tratamento digno, com respeito às diferenças.

*- A espiritualidade que é o tripé da nossa instituição... mas precisa de recurso...
Precisa de mais cultura... aula de violão... mais educação, ter estudo né? Aula de música,*

Aula de computação... a pessoa pega faz esse tratamento aqui, ele sai sem preparo nenhum. É onde já começa a interferir nas quedas lá fora. Ele volta a usar droga porque a sociedade como um todo não tem um apoio para essas pessoas. Nem as próprias igrejas!...

(Pedro)

- Para parar, um serviço. Trabalhar eu trabalhava, peguei essa doença e não to conseguindo trabalhar meu serviço mesmo, trabalhar mesmo normal, minha profissão.

(Antonio)

- Eu quero um emprego, eu quero trabalhar vou começar a ter controle do meu dinheiro. Eu quero isso. (Luiz)

- Falta ter o NA (Narcóticos Anônimos) mais presente aqui no CAPS, ter uma sala aqui que funcionasse diariamente. Uma espécie de desabafo... ao final do dia de compartilhar e até mesmo o que tá interno aqui dentro pra dizer o que o que ao final do dia aconteceu pai de família, no trabalho... às vezes o cara teve um dia de trabalho e teve uma discussão com a esposa, aquela coisa que ele não sabe como resolver e muitas vezes o refúgio dele era ele correr pra droga. . (José)

A demanda de um NA evidencia a necessidade de ser ouvido, demanda esta contemplada também em algumas falas da Maria:

- Eu já tentei muitas vezes, mas eu achei que vale mais a pena aqui no CAPS, o carinho deles é diferente, você sente que não é só por causa do dinheiro! Você observa. Eles perguntam “como você tá? Como foi o final de semana seu?” Aqui tem até um grupo que pergunta, isso você se sente amado! Isso que te dá força, não é tá preso em um lugar.

(Maria)

- A pessoa perguntar, como foi teu final de semana, como você tá? Bom dia! Boa tarde! Boa noite! Isso é que te dá força, é você ver aquela preocupação dos funcionários,

você saber que não é só dinheiro que é importante pra eles. Que é uma amizade. É igual a minha técnica de referência (pessoa responsável pelo acompanhamento do usuário no CAPS), aquela ali é uma santa! (abriu um sorriso largo), eu amo ela! Quando você sente amor pela gente, isso ajuda a gente, a autoestima melhora, você vê o peso da doença a autoestima melhora. (Maria)

- Ai, eu queria que fosse igual o CAPS, carinho. Porque tem muitos funcionários que trabalham em um lugar de saúde mas que não tem amor, acha que só ir lá trabalhar. Em questão de saúde, você tem que ter amor, trabalhar por amor se não tiver amor pelo próximo não adianta você tá lá no lugar só pra receber dinheiro. Tem que ter um certo dom. (Maria)

- Tem muito lugar que não aceita o remédio, porque é evangélica, eles tem que entender que Deus deu entendimento para o homem, que o remédio é de Deus. Aí a pessoa sai, antes do prazo, pessoa vai e fuma mesmo, eles não pode chegar e falar “você não vai tomar mais remédio, não é assim de uma hora pra outra, essa parte é muito pessoal. (Ana)

- O médico fala, ah é normal ter recaída, o médico tem que tirar essa mentalidade, o médico tem que para de mostrar que a gente é fraco, o médico tem que dar é força para a gente. O traficante não vai na sua casa, se um traficante for na minha porta eu chamo é a policia! (deu um discreto sorriso). Na minha casa ninguém não aceita não! Minha mãe não aceita nem amizade normal, imagine usuário!!! (deu um sorriso mais longo) Então recaída, como eles usa não é certo. Recaída não é normal. A pessoa que vai atrás, se você tem amizade errada, deixar de andar atrás, essas amizades não quer você pela sua amizade! Quer você porque você tem dinheiro, porque você tá bonita! Os homens vão te olhar, vão te dá dinheiro! Quando eu fazia programa, tava com o corpinho bonitinho ainda, eles sabiam que eu ia ganhar dinheiro, e eles diziam: -“ não ela vai ter dinheiro, daqui a pouco nós vamos fumar. (Ana)

Não foi citado por eles em nenhum momento o trabalho da redução de danos, neste momento de análise e leitura atentei para esta situação. Cabe aqui ressaltar que, em contraste com os defensores do modelo que associa uso de drogas à doença, o modelo de redução de danos

“aceita o fato concreto de que muitas pessoas usam drogas e apresentam outros comportamentos de alto risco e admite que visões idealistas de uma sociedade livre de drogas não têm quase nenhuma chance de tornarem-se realidade” (MARLATT, 1999, p. 46)

Tem-se então, como aponta Acselrad (2000), uma alternativa à interferência do Estado na vida privada como forma de superação dos problemas, uma vez que reconhece ser ineficaz pretender erradicar, a partir de uma relação de poder autoritária, uma prática que tem raízes na história pessoal e social. Nesse sentido, o referido autor, aponta que “a educação sobre drogas na perspectiva da redução de danos, não tem a pretensão de impedir a própria experiência do uso” (p.166). E mais adiante afirma: “Compreendendo que a decisão do uso se dá no espaço privado, que ela é, portanto, pessoal, aposta-se na consciência crítica, na responsabilidade de cada um diante de si mesmo” (ACSELRAD, 2000, p. 167).

Segundo Bravo (2002), “cada modelo social é produtor de ideologias que têm a função de produzir dispositivos institucionais que legitimam e justificam contradições de natureza política geradas na vida social”. Para este autor as políticas em saúde mental são consequência de fenômenos estruturais organizadores das relações sociais. Qualquer tentativa de reformulação destas políticas acarreta uma discussão ampla do modelo social que as possibilitou. Assim, ao propor uma alternativa às abordagens tradicionais, a proposta de redução de danos apresenta-se como “representante dessa revolução político-ideológica

referente aos usuários de drogas, na medida em que está centrada na reinserção social dos usuários, como sujeitos de direitos e deveres” (BRAVO, 2002, p. 46)

Nossa experiência permite afirmar que, quando atuamos em uma perspectiva não proibicionista, a noção de droga que impera no meio social – a de que faz mal, mata ou transforma pessoas sadias em doentes e delinqüentes – é abalada. Atuar em uma perspectiva não proibicionista é ser atravessado, afetado pelas histórias de vida das pessoas acessadas em campo. Muitas vezes, é ter que fechar os olhos para as injustiças sociais que ficam evidentes, é ver a beleza em cada atitude delicada dessas pessoas que nos recebem em suas casas e abrem suas vidas como se fôssemos grandes amigos. O fazer o campo descortina um universo repleto de paradoxos (SILVA, 2010).

7 O ENCONTRO E SUAS PERSPECTIVAS

A experiência do encontro com um tema tão novo para mim oportunizou reflexões quanto a situações e sentimentos ora pouco demandados e muito aprendido.

Quando começamos a pensar o tema, assim como em algumas situações vivenciadas no início, o objeto de estudo, a programação para o primeiro contato, a primeira conversa, as primeiras leituras... fiquei com medo. Medo de não dar certo, medo de ser agredida, medo de não conseguir... Hoje posso avaliar como uma proposta vigorosa, mas tranquila.

Importante aprendermos a encarar situações que nos tiram da zona de conforto para conhecermos novas experiências, pessoas e fatos. Muitas vezes

deixamos de ouvir as pessoas, de abraçar, de falar coisas boas, por medo. Medo de sermos mal interpretados, medo de sermos rejeitados, medo de desaprovação.

Fugimos de diversas situações para nos sentir mais fortes e seguros, ou melhor, menos fracos e inseguros. Importa que todos nós precisamos de momentos de fuga, seja praticando atividade física, comendo, fumando, bebendo.

Um dia, orientando um colega que faz triatlo e estava com dengue, a não fazer esforço físico, pois no dia anterior havia treinado, ele me falou: *“Todos nós temos um vício, o meu é treinar”*, e foi correr.

O que devemos fazer? Qual é o trabalho de um Enfermeiro, frente à temática vício? Frente à temática drogas? Qual a importância da nossa abordagem para a vida das pessoas que precisam dos nossos cuidados? Como um comportamento, um gesto, uma fala, pode contribuir para a melhora ou piora da situação de alguém!

Ouvi de um professor na época da faculdade que Enfermeiro não pode chorar no seu local de trabalho. Que bom que não absorvi esta orientação. Já chorei diversas vezes! Antes, durante e depois de um dia de trabalho.

Trabalhei na oncologia por mais ou menos 04 anos. Lá chorei com familiares de doentes, lá segurei a mão daqueles que sozinhos estavam no seu leito de morte. Entendo que ser Enfermeiro é um pouco disso, é oferecer o seu melhor em qualquer situação, independentemente de quem seja, do que tenha.

Vivemos em um mundo de correria, não temos mais tempo. Mesmo no trabalho, é tudo muito corrido. Não temos tempo para conversar com os usuários dos nossos serviços, muito menos com nossos colegas de trabalho. Neste mês de

abril, um colega de profissão pegou uma grande quantidade de medicamentos no hospital, injetou na veia e não resistiu. O que se fala é que ninguém observou que ele estava com problema, ninguém o viu pegando medicamentos. Aparentemente estava tudo bem com esta pessoa, ele foi um Técnico em Enfermagem que muito se dedicou e contribuiu com o ser humano no momento da doença.

Importante repensar o ato de ouvir. Diversas vezes nos deparamos com pessoas que se queixam de falta de ar, dor no peito, pressão alta, mas percebemos que o principal problema daquela pessoa é carência, é a necessidade de ser ouvida, é a necessidade de um abraço apertado.

Com as pessoas que sofrem com o uso de drogas, não é diferente. Importante estar atento. Muitas vezes a necessidade é apenas de um voto de confiança. Sem fanatismo, sem culpa, sem cobrança. Apenas precisamos estar prontos para ouvir, assistir, oferecer amor.

Não foi difícil lidar com eles! Receberam-me muito bem; alguns um pouco desconfiados, outros mais calados, falavam o que eu perguntava; outros muito bem articulados. Senti-me segura, mesmo na entrevista com o Luiz, que dizia ser viciado em sexo e tinha um olhar fixo e forte. Cada um com suas particularidades me ofereceu algo mais, devagarinho me ensinaram sobre o respeito às diferenças, sobre a importância do ouvir, de respeitar, de amar.

Chorei, choramos, sorrimos e fizemos planos. Planos de uma proposta de trabalho que direcione as questões relativas ao uso e dependência de drogas, embasados na educação para autonomia, no atendimento de pessoas, sem

distinção de raça, cor, orientação sexual, condição social, cultural, psicossocial, mas adequada a cada situação.

Acredito na necessidade de trabalhar por e com amor. Precisamos oferecer mais amor; amor na nossa família, no nosso trabalho, no nosso cuidar. Encontrei pessoas que precisam viver intensamente o amor, amor vivido com a satisfação dos seus desejos individuais, independentemente do que pensam os outros. Pessoas que precisam de algum dispositivo que proporcione o escape.

Encontraram o escape na droga, mas sofrem, sofrem porque afirmam usar de forma problemática, apresentam vários argumentos que comprovam o fato. Consequências ruins de saúde, conflitos familiares, financeiros, prostituição, criminalidade... Necessário discutir o uso inconsequente da droga, mas também a abordagem inconsequente ao usuário de drogas.

Quando pensamos em abordagem, nos deparamos com 03 eixos principais que transpõem a questão da droga: jurídico policial, médico psiquiátrico e religioso. As leituras que realizamos e os ecos dos nossos entrevistados conduzem sempre para um destes eixos. Muito comum a repetição do discurso quanto ao contato com o crime, de que estão doentes, que precisam se tratar, que precisam de força, que precisam de oração.

Preocupe-me com o que foi dito sobre as comunidades terapêuticas no Brasil. Precisamos ficar atentos ao que acontece com estes jovens lá dentro! A visita à Comunidade Ser Livre me fez perceber o forte direcionamento à *cura do vício* para o lado espiritual, com longos períodos de internação e isolamento do mundo. No momento da conversa, percebi os meninos com a mesma postura. Sentado,

antebraços repousando sobre a mesa, fala mansa e compassada, discurso uniformizado. Todos apontaram a droga como uma desgraça, relacionaram a cura do vício à crença em Deus e consideraram-se livres quando param de usar, mas demonstram a tendência ao isolamento do mundo.

Importante ressaltar as falas do José e da Maria, quando afirmam que os profissionais deveriam trabalhar mais com orientações e sobre a necessidade do médico parar de mostrar que eles são francos, afirmando que recaída é normal. Precisamos melhorar, compreender a diferença que uma abordagem equivocada faz na vida das pessoas. Na vida destas pessoas, que já vivem o estigma em si mesmas.

A sensibilidade para ouvir, a observação da evolução e condição da pessoa que você cuida são elementos integrantes do processo de trabalho em saúde. Merhy (2007) afirma que sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador haverá uma dimensão individual do trabalho em saúde, realizado por qualquer trabalhador, que comporta um conjunto de ações no sentido do encontro das necessidades, ou seja, cada encontro é único, as nossas necessidades são singulares e cabe ao profissional que lida com estas necessidades, direcionar os cuidados de forma individual e cuidadosa.

REFERÊNCIAS

ACSELRAD, G. (2000). **A educação para a autonomia:** a construção de um discurso democrático sobre o uso de drogas. In G. Acselrad (org.) *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

BARBOSA, W. (2005). **O evangelho que socorre:** Breve história da assistência social adventista no Brasil. Retrieved January 02, 2007, from <http://www.unasp.edu.br/kerygma>

BRASIL, Ministério da Saúde (2001). **Relatório final da oficina de trabalho para discussão do plano nacional de inclusão das ações de saúde mental na atenção básica.** Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL, Ministério da Saúde (2002). **Portaria nº 816/GM.** Brasília: Ministério da Saúde.

BRAVO, O. A. (2002). **Discurso sobre drogas nas instituições públicas do DF.** Revista Temas em Psicologia da SBP, 10(1), 39-52.

CAPRA, F. (1982). **O ponto de mutação.** São Paulo: Cultrix

CARRANZA, D. V. V., & Pedrão, L. J. (2005). Satisfacción personal del adolescente adicto a drogas em el ambiente familiar durante la fase de tratamiento em um instituto de salud mental. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 836-844.

CORRÊA, Guilherme C. (1998). *Oficinas: apontando territórios possíveis em educação.* Dissertação (Mestrado em Educação), Centro de Ciências da Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Dezembro

_____, Guilherme. **Escola-Droga.** In: VERVE: Revista Semestral do NU-SOL - Núcleo de Sociabilidade Libertária/Programa de Estudos Pós-Graduados em

Ciências Sociais, PUC-SP. Nº1 (maio 2002 -). - São Paulo: o Programa, 2002-Semestral

_____, Guilherme. **Drogas para além do bem e do mal.** In: Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas / org. por Loiva Maria De Boni Santos. – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. 192 p.

CRUZ, M.S. (2000). Práticas médicas, toxicomanias e a promoção do exercício da cidadania. In G. Acselrad (org.) *Avessos do prazer: drogas, aids e direitos humanos.* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.

DALGALARRONDO P. ***Repensando a internação psiquiátrica: A proposta das unidades de internação psiquiátrica de hospital geral*** [dissertação]. Campinas (SP): Unicamp; 1990.

GARCIA, M. L. T., & Leal, F. X. (no prelo). Política Nacional Antidrogas

GARCIA, S. I. (1997). **Perdas e danos: violência e a subjetividade do usuário** In M. Baptista & C. Inem. *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar.* Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras.

KARAM, Maria lúcia. **Legislações proibicionistas em matéria de drogas e danos aos direitos fundamentais.** *verve*, 12: 181-212, 2007

LARANJEIRA, R., & Romano, M. (2003). **Políticas Públicas para o álcool.** Retrieved April 10, 2003, from <http://www.uniad.com.br>

LINS, Daniel. **O Último Copo: Alcool, Filosofia, Literatura.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.

MACRAE, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. Em S. Seibel & A. Toscano Jr. (Eds.), *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo: Editora Atheneu.

MARLATT, G.A. et al. (1999). **Redução de danos** – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas.

MARTINS, E. R., & Corrêa, A. K. (2004). **Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12, 398-405.

MATOS, M. I. S. (2000). **Meu lar é o botequim.** São Paulo, SP: Nacional

MELMAN, J. (2001). **O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde.** Ciência e Saúde Coletiva, 2(6), 472

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002.

___ *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** São Paulo: HUCITEC, 2007.

MUSUMECI, B. (1994). **O consumo de álcool no Brasil.** In A. Zaluar (Ed.), Drogas e cidadania: Repressão ou redução de riscos (pp. 83-96). São Paulo, SP: Brasiliense

OLIVEIRA, Douglas Casaroto. **Uma Genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação.** 2009. 153f. Dissertação (Mestrado em Educação) Universidade Federal de Santa Maria – RS. 2009.

OLMO, Rosa Del. **A face oculta da droga.** Renavan. Rio de Janeiro, 1990.

PASSOS, E; KASTRUPE, V; ESCOSSIA, L. **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade.** Porto Alegre: Sulina, 2009. 207p.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, vol. 43, nº12. Rio de Janeiro, 1994, pp. 647-648

PREVE, Ana Maria Hoepers. **Mapas, prisão e fugas: cartografias intensivas em educação.** 2010. 347f Tese (Doutorado em Educação) Universidade Estadual de Campinas. 2010

RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo. **O tratamento do usuário de crack: avaliação clínica, psicossocial, neuropsicológica e de risco, terapias psicológicas, farmacologia e reabilitação ambientes de tratamento.** Casa leitura médica. São Paulo, 2010.

RIBEIRO, Sergio Luiz. **A Criação do Centro de Atenção Psicossocial Espaço Vivo.** PSICOLOGIA CIÊNCIA E PROFISSÃO, nº24.Sao Paulo,2004.

RIBEIRO, T.(2010). **Do “vc não pode” ao “vc não quer”:** A emergência a prevenção das drogas na Educação. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade do Vale dos Sinos - UNIVALE. Sao Leopoldo-RS. Acessado pelo www.capes.gov.br

RODRIGUES, H. (1998). **Cura, culpa e imaginário radical em Cornelius Castoriadis:** percursos de um sóciobarbaro. Revista Psicologia USP, 9(2),87-138

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico: uma guerra na guerra.** 2ed. Desatino. São Paulo, 2012.

ROLNIK, Suely. **Cartografia Sentimental.** Transformações contemporâneas do desejo. Estação liberdade. São Paulo, 1989.

SILVA, Flávia Costa. **Redução de Danos:** campo de possibilidades para práticas não proibicionistas em saúde Flávia Costa da Silva. In: Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas / org. por Loiva Maria De Boni Santos. – Porto

Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. 192 p.

SEVALHO, G. (1993). **Uma abordagem histórica das representações sociais de saúde e doença**. Cadernos de Saúde Pública, 9, 349- 363

SILVEIRA, D.(2006).(org.)**Panorama Atual das Drogas**.São Paulo.Atheneu.

TOSCANO Jr., A. (2001). **Um breve histórico sobre o uso de drogas**.In: S. SEIBEL & A. TOSCANO Jr. (Eds.). Dependência de drogas (pp. 7-23). São Paulo: Atheneu.

VEDOVATTO, Semiramis Maria Amorim. **Contraoando o discurso midiático sobre drogas**: Nem tão feios, nem tão sujos, nem tão malvados: pessoas de bem também usam drogas! In: Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas / org. por Loiva Maria De Boni Santos. – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2010. 192 p.

VELHO, G. (1997). **Drogas e construção social da realidade**. In M. Baptista & C. Inem. Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ: Sette Letras.

VELHO, G. (1978). **Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea**. In Figueira, Sérvulo. Sociedade e doença mental. Rio de Janeiro: Campus

ZALUAR, A. (1994). **Introdução: drogas e cidadania** In A. Zaluar (org.) Drogas e cidadania – repressão ou redução de riscos. São Paulo: Editora Brasiliense.

APÊNDICES

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARCIALMENTE ESTRUTURADA

1. Você gosta de usar drogas?
2. O que ela traz de bom para você?
3. O que você considera que não é bom?
4. Qual a sua relação com o uso de drogas e a internação?
5. Você já foi internado outras vezes?
6. Como foi a internação para você?
7. Como é/era estar internado?
8. Você já fugiu de algum tratamento?
9. O que levou você a fugir?
10. Do ponto de vista das drogas, como você se considera?
11. Qual a abordagem você gostaria de ter durante a sua internação?
12. O que poderia melhorar no processo de internação?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

TCLE – Nº _____

Você está sendo convidado a participar, como voluntário, de uma pesquisa. Após ser esclarecido sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado de forma alguma. Em caso de dúvida você pode procurar o pesquisador a qualquer momento.

Projeto de Pesquisa intitulado: **DROGAS E INTERNAÇÃO: O ENCONTRO COMO MOBILIZADOR DE PERSPECTIVAS EM EDUCAÇÃO E SAÚDE**, desenvolvido pela Pesquisadora Responsável Candice Cristiane Barros Santana Novaes, telefone 63-92825593, e-mail: candice@ifto.edu.br.

- Objetivo geral: **Compreender o processo de internação do usuário de drogas, na perspectiva das suas experiências.**
- A relevância deste projeto é justificada pela necessidade de problematizar a noção de droga e o desfecho do processo de internação sob a ótica do usuário.
- Espera-se com esta pesquisa, discutir situações educacionais para trabalhadores da saúde pensando a situação do usuário de drogas para além da busca pela cura da doença.
- A pesquisa pode oferecer riscos aos pesquisados, podendo causar constrangimento e perda do tempo disponibilizado pelos sujeitos da pesquisa. Mas procurar-se-á amenizar ou ausentar os danos, pois garantirá autodeterminação na participação da pesquisa, respeito à privacidade, anonimato e confidencialidade, de modo que os indivíduos pesquisados não possam ser identificados por suas respostas, e não se utilizará qualquer meio e/ou método que venha a ferir a integridade física, moral e/ou psicológica.
- A pesquisa será realizada através de entrevista, com gravação de áudio, após a assinatura deste TCLE.

Local e data

Rubrica do Sujeito Participante

Candice Cristiane Barros Santana Novaes

Pesquisadora Responsável

- O convidado pode desistir a qualquer tempo e hora de participar da pesquisa, mesmo após a assinatura deste documento, sendo de sua responsabilidade comunicar esta decisão. Tal decisão será respeitada pelo pesquisador;
- O convidado não terá nenhum gasto financeiro com a pesquisa e não receberá pagamento pela mesma;
- Este termo será assinado em duas vias, sendo a primeira via arquivada pelo pesquisador e a segunda via pelo participante da pesquisa.
- Será garantido pelos pesquisadores esclarecimentos antes e durante o curso da pesquisa, sobre a metodologia;
- Caso deseje, o participante pode pessoalmente, tomar conhecimento dos resultados, ao final desta pesquisa entrando em contato com a pesquisadora no endereço referido abaixo da assinatura do pesquisador responsável.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO

Eu, _____, RG nº _____ SSP/____, concordo em participar do estudo, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data

Rubrica do Sujeito Participante

Candice Cristiane Barros Santana Novaes

Pesquisadora Responsável

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISAS COM SERES
HUMANOS