



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
POSGRAP - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COPGD – COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PPGS – PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

**OS INSTRUMENTOS LEGAIS SOBRE DROGAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS
SOBRE O *USUÁRIO*: ENTRE O PROIBICIONISMO, A (DES)CRIMINALIZAÇÃO E A
REDUÇÃO DE DANOS**

Suene de Souza Dantas

São Cristóvão/SE
2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
POSGRAP - PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COPGD – COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
PPGS –PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA
MESTRADO EM SOCIOLOGIA

**OS INSTRUMENTOS LEGAIS SOBRE DROGAS E A PRODUÇÃO DE SENTIDOS
SOBRE O *USUÁRIO*: ENTRE O PROIBICIONISMO, A (DES)CRIMINALIZAÇÃO E A
REDUÇÃO DE DANOS**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Sergipe, como parte integrante para obtenção do título de mestre em Sociologia.

Suene de Souza Dantas
Orientador: Prof. Dr. Frank Nilton Marcon
Linha de pesquisa: política e processos identitários

São Cristóvão/SE
2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE

D192i Dantas, Suene de Souza
Os instrumentos legais sobre drogas e a produção de sentidos sobre o usuário : entre o proibicionismo, a (des)criminalização e a redução de danos / Suene de Souza Dantas ; orientador Frank Nilton Marcon. – São Cristóvão, 2016.
132 f. : il.

Dissertação (mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Sergipe, 2016.

1. Sociologia. 2. Drogas – Abuso – Tratamento - Legislação. 3. Vício em drogas. 4. Centro de Atenção Psicossocial. I. Marcon, Frank Nilton, orient. II. Título.

CDU 316.75:613.8

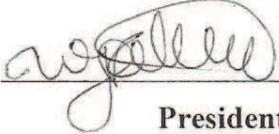


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
Programa de Pós-Graduação em Sociologia
Mestrado e Doutorado em Sociologia
Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos"
PPGS/UFS CEP: 49.100-000 - Tel. fax: (079) 2105-6792



Ata de Defesa Pública de Dissertação de Mestrado

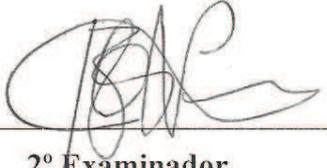
Aos trinta dias do mês de Março de 2016 (dois mil e dezesseis), reuniu-se a Comissão Julgadora composta pelos Professores Doutores Wilson José Ferreira de Oliveira (Presidente), Paulo Sérgio da Costa Neves (examinador) e Lorenzo Bordonaro (examinador), para avaliar a dissertação de **Suene de Souza Dantas**, intitulada "Os Instrumentos Legais sobre Drogas e a Produção de Sentidos sobre o Usuário: entre o Proibicionismo, a (Des) Criminalização e a Redução de Danos". Na qualidade de presidente da Banca, o Prof. Dr. Wilson José Ferreira de Oliveira passou a palavra à candidata para que fizesse uma exposição oral de até 20 minutos. Em seguida, a candidata foi arguida pelos membros da banca na seguinte ordem: Prof. Dr. Lorenzo Bordonaro, Prof. Dr. Paulo Sérgio da Costa Neves e por último, Prof. Dr. Wilson José Ferreira de Oliveira. Terminada a arguição, a candidata retirou-se da sala para que os Membros da Comissão Julgadora concluíssem a avaliação. Ato contínuo, na presença da Candidata, o Presidente anunciou que a Candidata foi considerada APROVADA. O Presidente proclamou a Candidata **MESTRE EM SOCIOLOGIA**, informando-lhe que a versão definitiva da dissertação deverá ser apresentada à Secretaria do Programa no prazo de 90 (noventa) dias a contar da presente data, em 03 (três) exemplares. Em seguida, agradeceu aos membros da Comissão Julgadora e aos presentes e encerrou a sessão. Nada mais havendo a tratar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos Membros da Comissão Julgadora. Cidade Universitária "Prof. José Aloísio de Campos", **30 de março de 2016**.



Presidente



1º Examinador



2º Examinador

AGRADECIMENTOS

Ao professor Dr. Frank Marcon, meu muito obrigada pelas problematizações, mediações e reflexões suscitadas nesse período do Mestrado. Sou grata pelo apoio e pelo atencioso cuidado com os textos, as versões enviadas, a escrita e o conteúdo da Dissertação, bem como pela interdisciplinar parceria construída mediante a articulação de conhecimentos da Sociologia, Psicologia, Antropologia e Estudos Culturais, de modo a superar fronteiras disciplinares e enrijecimentos científicos e *proibicionistas*. *Moltes gràcies* pela sua orientação!

Com o coração cheio de amor, agradeço àqueles que, pela pura e simples existência, já motivam o meu *seguir em frente* e a construção do meu caminho como pessoa e como profissional: meus maravilhosos pais, Sônia e Dantinhas, e meus irmãos, Heitor e Monique. A luta diária, o esforço e a dedicação de vocês inspiram-me e me impulsionam sempre. Obrigada por apoiarem a minha caminhada. Amor e Gratidão são as palavras-chave dessa nossa união.

Ao meu inspirador, Jan Steffens, parceiro no amor, na amizade e nas orientações, tanto de cunho científico quanto de caráter emocional e espiritual, sou eternamente grata por todos os aprendizados de vida, pela paciência nos dias de crise e inseguranças, e por sempre me apoiar com a sua positividade! *Dankeschön* pelas acaloradas reflexões científicas, pelo incentivo, pelas mobilizações e produtividades, e por acreditar, sempre, neste trabalho. *Ich danke auch seinen Eltern, Andrea und Otto, für ihre Hilfe, Zugewandtheit und liebevollen Ermutigungen. Von Herzen vielen Dank!*

Agradeço imensamente à minha Tia Tânia pela magnífica convivência no primeiro ano do mestrado. Tia, sua presença foi muito significativa nessa temporada aracajuana, sou grata pelas discussões e aprendizados, pelas sugestões e correções, pelos risos e histórias, pela companhia nas noites de insônia e pela amizade! Mesmo distante, você é uma pessoa muito presente em meus pensamentos, pois é impossível diante das dúvidas suscitadas no processo da escrita, não se lembrar daquela que tenho como referência do bom português e da gramática.

À minha prima Andréa e ao seu esposo Hícaro, às minhas primas Natália e Camila, sou profundamente grata pelo acolhimento e por todo o apoio que me deram em Aracaju. Vocês incentivaram, de várias formas, o engajamento neste projeto de mestrado e a possibilidade de realizá-lo. Também sou grata à minha tia Lurdinha e ao seu esposo Guatamonzi por proporcionarem e apoiarem, desde o início, a minha estadia na cidade.

Agradeço aos que, desde o secundário, sempre acolheram e contribuíram imensamente para o meu processo formativo: minha avó Dete (*in memoriam*), vovô Dantas, tia Cau, tia Gracinha, tia Ivana, tio Leôndinas, tio Zé Henrique, e todas as primas, primos e aderentes que formam essa

maravilhosa Família Dantas! Também agradeço o carinho e suporte da minha avó Neuza, do meu tio Branco, tia Silvia e tio Dida. Meu muitíssimo obrigada, família!

Aos meus amigos, irmãos de longa viagem, sou grata por fazerem o mundo mais doce, alegre e colorido. Obrigada pelo entusiasmo, estímulo e incentivo, em especial, Monique Ribeiro, pelas discussões acadêmicas e pela acolhedora presença; Juliana Cerqueira, pelas trocas de pensamentos e energias que acalentam meu coração; Thallis Muniz, pelas sugestões e esclarecimentos de temas jurídicos; e ao quarteto da graduação (Joseph, Berão, Vanessão e Diallão) pelos conselhos certos!

Como fica claro no decurso do texto dissertativo, este é um trabalho escrito a várias mãos e que mescla *heteroperspectivas*. Assim, agradeço a todas as pessoas do CAPS ad III pelo acolhimento e pela disponibilidade. Aos interlocutores deste trabalho -os *usuários* e os profissionais do serviço-, meu muito obrigada pelo tempo de vocês, pela integração, entrevistas, contribuição e por fazerem esta pesquisa acontecer.

Agradeço também aos profissionais do SICAD que, com muita abertura e disponibilidade, receberam-me e apresentaram o trabalho desenvolvido pelo Serviço, e pela oportunidade de conhecer o contexto português de descriminalização do uso de drogas. Agradeço por essa rica experiência!

Sou grata aos professores que compuseram a Banca de Qualificação e contribuíram com orientações e direcionamentos de ideias; aos demais professores do PPGS; aos colegas do Mestrado em Sociologia, especialmente a Eliseu Ramos, pela assistência, prestatividade e solicitude; aos membros do GERTS (Grupo de Estudos Culturais, Identidades e Relações Interétnicas); e à CAPES pelo financiamento da pesquisa.

Agradeço aos Mestres que, embora não tenham atuado diretamente na produção deste trabalho, foram meus guias, inspiradores e incentivadores na escolha por este caminho de pesquisa. Em especial, à professora Dr^a Luzania Rodrigues, pelas profundas reflexões críticas e políticas acerca das problemáticas relacionadas ao consumo de drogas; pelos estágios, orientações e supervisões proporcionados em Redução de Danos.

Por fim, agradeço aos autores que referencio e com os quais constituo um *diálogo* neste texto. Sem tais provocativas leituras, seria impossível a produção de ideias, objetivos e problemáticas. A esses Mestres, meus sinceros agradecimentos. Suas palavras e militâncias são substanciais para a promoção de mudanças e para a busca por caminhos e rotas que sejam menos criminalizadoras e mais libertadoras.

Gratidão.

*A relação entre o conhecimento e sua base social é dialética,
isto é, o conhecimento é um produto social
e o conhecimento é um fator na transformação social.*

Berger & Lukmann (1985)

RESUMO

Esta Dissertação tem por finalidade analisar a influência dos instrumentos legais sobre drogas no modo como os *usuários* de substâncias psicoativas (SPA) se percebem e são percebidos socialmente. Para tanto, uma pesquisa empírica foi desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad), junto aos *usuários* e aos profissionais do serviço. O trabalho de campo, de base etnográfica (GEERTZ, 1973), teve a duração de seis meses e contemplou a observação direta e a realização de entrevistas semiestruturadas, as quais foram analisadas à luz do referencial teórico-metodológico das “práticas discursivas” (SPINK, 2004). Com um olhar direcionado ao modo como os interlocutores são acionados pelos discursos regulamentadores, a exemplo do proibicionismo, da redução de danos, da atual lei nacional sobre drogas (Lei nº11.343/2006) e de políticas públicas sobre drogas, busquei compreender a produção de sentidos e os elementos em disputa envolvidos na construção da categoria *usuário*. Ademais, investiguei como os profissionais de saúde pensam a questão das drogas, percebem os *usuários* e conduzem as suas práticas cotidianas de trabalho; e como essas concepções, disseminadas pelos instrumentos legais e manifestadas pelos profissionais, afetam a maneira como os *usuários* se percebem, conceituam as substâncias, concebem as leis que as regulamentam e se vinculam aos serviços de saúde. No transcorrer da pesquisa, pude notar como a criminalização do uso de drogas interfere negativamente no modo como o *usuário* é percebido socialmente, afetando, por sua vez, o cuidado em saúde. Uma mudança se releva por intermédio das políticas de redução de danos, contudo, a elaboração de estratégias mais progressistas é limitada pela lei brasileira, que é de base proibicionista, e ainda, altamente criminalizadora sobre o uso; aspectos que fazem das discussões sobre a descriminalização ou a regulamentação das drogas, temáticas atuais. Assim, no primeiro capítulo descrevo o processo de negociação, inserção, ambientação e o decurso da pesquisa realizada no CAPS ad. No segundo capítulo contextualizo o termo *usuário*, buscando compreendê-lo a partir dos instrumentos legais sobre drogas e do espaço onde tais normas têm função regulamentadora, neste caso, o CAPS ad. E no terceiro capítulo discuto como o aporte legal é de alguma forma traduzido numa prática cotidiana e na interface, no encontro e no diálogo entre os interlocutores, com o intuito de compreender como o sujeito é constituído em meio a essa teia discursiva e de que modo ele recusa ou se identifica com os discursos dominantes.

Palavras-chave: substâncias psicoativas; *usuários*; proibicionismo; criminalização; redução de danos; CAPS ad.

ABSTRACT

The goal of this Dissertation is to analyze the influence of legal instruments concerning drugs on the way that the drug users perceive themselves and are socially perceived. Thus, an empiric research was developed at Psychosocial Care Centers for alcohol and other drugs (CAPS ad), together with the *users* and the professionals from this service. The ethnographic fieldwork (GEERTZ, 1973) lasted six months, including the direct observation and semi-structured interviews, that were analyzed in reference to the theoretical methodical approach of “discursive practices” (SPINK, 2004). One focus point was on how the interlocutors are influenced by the legal discourses, for example about prohibitionism, harm reduction, the current law on drugs (N°11.343 / 2006) and the public policy on drugs, investigating in which way these are producing meanings. Further investigating the elements involved in the construction of the *user* category and in the way what the health professionals think about the matter/issue of drugs, how they perceive the *users* and conduct their works practices. Finally, how these conceptions are affected by the legal instrument and manifested by the professionals and therefore affect how the *users* perceive themselves, conceptualize the substances, conceive the drugs law and influence the relationship that *users* established with the healthy services. In the period of the research, I notice that the criminalization of drug use intervened negatively in the way that the *users* are socially perceived, which is in fact affecting their health care. A possible change can be seen in the harm reduction programs, however, the elaboration of progress strategies become limited by the prevalence of the prohibitionist based and still drug criminalizing Brazilian legislation. Thus, the discussion about drug's decriminalization or drug's regulation is a present and ongoing topic. Thereby, in the first chapter, I describe the negotiation process, the integration, adaptation and the process itself of the research accomplished at CAPS ad. In the second chapter, I contextualize the *user* term, seeking to comprehend it from the legal instrument about drugs and the space where this norms have regulatory function, like in this case, the CAPS ad. In the third chapter, I discuss how the legal framework is transmitted through the daily practice, in the contact and dialog between the interlocutors, with the intention to understand how the subject is constituted in this discursive web and how it refuses or identifies itself with the dominant discourses.

Keywords: psychoactive substances; *users*; prohibitionism; criminalization; harm reduction; CAPS ad.

LISTA DE SIGLAS

ABORDA - Associação Brasileira de Redução de Danos

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas

CDT - Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência

EMCDDA - *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*

IDT – Instituto de Drogas e Toxicodependência

MPU – Ministério Público da União

MS – Ministério da Saúde

OBID - Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Política Nacional sobre Drogas

PNS - Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas

PRD – Programa de Redução de Danos

RD – Redução de Danos

SENAD – Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas

SICAD - Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

SPA - Substâncias Psicoativas

SUS - Sistema Único de Saúde

UDI – Usuários de Drogas Injetáveis

UFS – Universidade Federal de Sergipe

UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas

UNGASS - Sessão Especial da Assembleia Geral

USF – Unidades de Saúde da Família

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma do método de coleta de dados	39
Figura 2: Fluxograma do método de análise dos dados	41
Figura 3: Diferenças entre o modelo criminalizatório e o de descriminalização	79
Figura 4: Resumo do Capítulo II	85
Figura 5: Resumo do Capítulo III	109

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I - A PESQUISA E O CAMPO NUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS	24
1.1. A instituição, a dinâmica e as pessoas no CAPS ad	28
1.2. O trabalho de campo e o percurso de análise dos dados	36
CAPÍTULO II - OS USUÁRIOS, AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS E O CAPS AD: ESTIGMATIZAÇÃO?	43
2.1. A categoria <i>usuário</i> e o CAPS ad: cotidiano e disputas	46
2.2. O Proibicionismo, a Redução de Danos e o Debate Legal sobre Drogas	59
2.3. As leis, políticas e representações midiáticas sobre drogas	74
CAPÍTULO III - AS DROGAS, OS USOS E AS LEIS NO TERRITÓRIO DISCURSIVO DO CAPS AD.....	86
3.1. Como o <i>usuário</i> é percebido pelos profissionais?	93
3.2. O que pensam os profissionais do CAPS ad sobre a legislação brasileira?	97
3.3. A percepção dos profissionais afeta a vinculação do <i>usuário</i> com o serviço?.....	100
3.4. Os <i>usuários</i> perante outros serviços de saúde.....	105
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	120
APÊNDICE.....	129
Roteiro semiestruturado para entrevistas com os <i>usuários</i> do CAPS ad	130
Roteiro semiestruturado para entrevistas com os profissionais do CAPS ad	132

INTRODUÇÃO

Esta Dissertação versa sobre a influência dos instrumentos legais sobre drogas no modo como os *usuários* de substâncias psicoativas (SPA) se percebem e são percebidos socialmente. A abrangência e análises deste estudo se fundamentam tanto nos “discursos”, caracterizados pela regularidade, pela inclinação à permanência e pelo uso institucionalizado da linguagem em relação a um fenômeno social (SPINK, 2004), quanto nas práticas discursivas¹ produzidas no cotidiano, com a finalidade de investigar a influência dos discursos alusivos à temática *drogas* na produção de sentidos, ressignificações e posicionamentos, num Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad).

Sobre o discurso legal, refiro-me à atual lei nacional sobre drogas, a Lei nº 11.343 de 23 de agosto de 2006, às políticas públicas sobre drogas² e a duas vertentes que orientam a composição desses instrumentos legais: o proibicionismo e a redução de danos (RD), as quais nomearei de princípios norteadores. A escolha pelas duas abordagens se dá a partir do trabalho de campo realizado, em que a discussão sobre ambos os descritores foi vívida, e também se pauta na predominância do proibicionismo frente à constituição da lei brasileira, na relevância da redução de danos para a elaboração e implementação de políticas sobre drogas, e na paradoxalidade³ -a qual é ainda sobre-excedida com a criminalização do uso de drogas-, que tais princípios instituem no território de significados e nas práticas de saúde direcionadas aos *usuários* de SPA.

Ao se falar em proibicionismo, deparamo-nos com um paradigma que rege a ação do Estado frente a certos tipos de substâncias (FIORE, 2012), de modo a criminalizar os atos associados aos consumos, à produção e à comercialização das substâncias que estipula e determina

1 Segundo Spink (2004; 2010), as práticas discursivas são “linguagens em ação”, a exemplo de “narrativas, argumentações e conversas” (SPINK, 2004, p. 42).

2 Neste trabalho incluo as políticas públicas sobre drogas no rol do que denomino de “instrumentos legais sobre drogas”. Todavia, destaco que, juridicamente, as políticas públicas são compreendidas como resultados das disposições das normas programáticas constitucionais, através dos instrumentos jurídicos do ordenamento pátrio. As políticas são implantadas pela força das leis que seguem as determinações estabelecidas pelos dispositivos constitucionais, determinando a criação e consecução de um dado programa com a finalidade de preencher a lacuna deixada pelo conteúdo constitucional. Para Silva (1998), as normas que instituem as políticas públicas são verdadeiros instrumentos jurídicos para a concretização das disposições estabelecidas pela constituição, mesmo que esta não tenha sido inteiramente impositiva. Logo, as políticas públicas podem ser entendidas como o resultado da ação dos instrumentos jurídicos, positivando diretrizes para a consecução de dados programas.

3 Embora tais perspectivas instalem uma paradoxalidade, é importante destacar que elas não são antonímias. Talvez, em se tratando de oposições, poder-se-ia falar em antiproibicionismo, ou mesmo antiproibicionismos (ARAÚJO, 2012), para a vertente proibicionista; e contrária à redução de danos, como revela o campo e será abordado no terceiro capítulo: a radicalização e imposição da abstinência como única via para lidar com as problemáticas relacionadas ao uso de drogas.

como ilícitas (KARAM, 2010)⁴. O modelo proibicionista perfaz a base demarcadora da “guerra às drogas”, a qual é declarada pelos Estados Unidos e legitimada pelos marcos legais que regulamentam, internacionalmente, as legislações sobre drogas dos países signatários. Para Fiore (2012), “o proibicionismo modulou o entendimento contemporâneo de substâncias psicoativas quando estabeleceu os limites arbitrários para usos de drogas legais/positivas e ilegais/negativas” (p. 09), tendo como foco o combate à droga, a destituição do tráfico e a repressão e punição dos consumidores, com a efetivação de um projeto fundamentado na “tolerância zero” (ROSA, 2014). Além da incidência nos instrumentos legais, incluindo neste rol a lei brasileira, o proibicionismo também se estende para o campo da saúde, ao se ater e propalar a abstinência como recurso substancial para o tratamento.

Este é um dos pontos que separa a redução de danos das capilarizações proibicionistas. A RD não concebe a abstinência como prioridade, foco ou condição para o cuidado em saúde, embora não se manifeste contrária e a desconsidere como possível via (MACHADO & BOARINI, 2013). Pautando-se no pragmatismo e na minimização dos comportamentos de alto risco, a redução de danos é tida como estratégia de saúde pública e atua em consonância com a questão dos consumos, abrangendo tanto as substâncias consideradas ilícitas, quanto as lícitas. Por se tratar do uso, e pôr o foco de atenção no *usuário*, é possível que a redução de danos seja implementada em contextos legais proibicionistas, mesmo tendo, desde sempre, demarcado o seu posicionamento contrário à “guerra às drogas”. Definir o que vem a ser a redução de danos é complexo, pois não há um consenso (ANDRADE, 2010) e suas práticas e concepções se modificaram e se ampliaram ao longo do tempo (SANTOS; SOARES & CAMPOS, 2010). Porém, vê-se que essa expansão, a exemplo do investimento em ações mais progressistas, acaba por ser limitada pela lei brasileira que é de base proibicionista, e ainda, altamente criminalizadora sobre o uso.

Em suma, esse é o grande paradoxo que transita entre a saúde e a segurança pública, e acaba por recair na esfera do cuidado e assistência aos *usuários* de drogas. Assim, tendo observado a presença e o efeito desse contrassenso no trabalho de campo, o proibicionismo e a redução de danos serão aqui problematizados como princípios norteadores, tanto dos discursos propalados pelos instrumentos legais sobre drogas, quanto das práticas discursivas e ações construídas num contexto de assistência à saúde. Ao eleger o discurso legal como recorte de análise, no decurso argumentativo do estudo, intento discutir a acentuada *capacidade interpelativa* das leis e políticas

4 Karam (2010) caracteriza o proibicionismo 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” (p.01).

públicas no modo como os profissionais de saúde pensam a questão das drogas, percebem os *usuários* e conduzem as suas práticas cotidianas de trabalho; e como essas concepções, disseminadas pelos instrumentos legais e manifestadas pelos profissionais, afetam, por sua vez, a maneira como os *usuários* se percebem, conceituam as substâncias, concebem as leis que as regulamentam e se vinculam aos serviços de saúde.

Para compreender o impacto das normatizações na produção de sentidos⁵ e no *fazer* cotidiano concernente às drogas, uma pesquisa empírica foi desenvolvida em um CAPS ad, que é um serviço da rede de cuidados em saúde mental (OLIVEIRA, 2007) especializado no atendimento de pessoas com necessidades relacionadas ao uso de drogas, junto aos *usuários* e aos profissionais da instituição. As informações referentes ao serviço, que se situa numa capital nordestina, não serão aqui apresentadas devido ao sigilo garantido aos participantes e à proteção da anonimidade institucional. Para assegurar o anonimato dos participantes, optei pelo uso de siglas em detrimento da identificação pessoal ou profissional dos colaboradores. Assim, nas falas dos *usuários* empregarei as siglas U1, U2, U3, U(...); e nas falas dos profissionais referirei a P1, P2, P3, P(...).

A partir da pesquisa desenvolvida no CAPS ad, também problematizo os agenciamentos e tensionamentos atrelados à construção social da categoria *usuário*, tendo como foco os discursos legais e as práticas discursivas produzidas pelos *usuários* e pelos profissionais sobre as vertentes proibicionistas, criminalizadoras e de redução de danos. A construção da realidade social em torno do fenômeno *drogas* foi meu ponto de partida para compreender como uma imagem de *usuário* emerge no interior do arranjo discursivo *droga-crime*, que, ao se tornar dominante, ecoa como *verdade*, como algo natural e como dado. Logo, tendo em vista que o discurso hegemônico do proibicionismo é socialmente construído, demanda-se conhecer o seu contexto de produção para que possamos nos *desfamiliarizar* com conceitos (SPINK, 2004) que se convertem em impeditivas crenças sobre as drogas, sobre os *usuários* e sobre o como intervir.

No transcorrer da pesquisa, pude notar como a criminalização do uso de drogas interfere negativamente no modo como o *usuário* é percebido socialmente, afetando, por sua vez, o cuidado em saúde. A estigmatização produzida pela via criminalizadora dificulta o processo de adesão dos *usuários* aos serviços de saúde e compromete a atenção e a assistência às pessoas que fazem uso de drogas. Uma mudança se releva por intermédio das políticas de redução de danos, as quais promovem práticas de cuidado alternativas às políticas repressivas e têm provocado tensões produtivas no campo de intervenções e de significados atrelados ao uso.

5 Para Spink (2004), *sentido* pode ser definido como “uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio da qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta” (SPINK, 2004, p. 41).

Pois bem, o envolvimento com este tema, que tem como recorte primário a questão legal, transcorre de uma pesquisa de TCC (Trabalho de Conclusão de Curso), que realizei na graduação de Psicologia, sobre o fenômeno da *bad trip*⁶. Durante o desenvolvimento do trabalho, percebi que alguns *usuários* evitavam a utilização dos serviços de saúde, e esse afastamento fez-me pensar sobre a incoerência que transita entre a elaboração e a implementação de políticas de assistência aos *usuários* de drogas, num movimento que, ao buscar promover a aproximação dos *usuários* com o cuidado em saúde, acaba por provocar certo distanciamento. O relato de um entrevistado, que expôs porque não procurou por um serviço de saúde durante sua experiência de *bad trip*, ilustra o que digo:

A gente quando usa droga não pensa em hospital não (...) porque vai chamar a polícia, se tiver com o flagrante com você e derem baculejo vão achar, vão perguntar o porquê, quem foi que lhe vendeu, pra chegar ao mega traficante (...) O doutor vai perguntar: “O que foi que você usou? O que foi que você bebeu, o que foi que você comeu?”, pra lhe dar uma medicação certa, aí eu falo “Doutor eu fumei um bagulho e tomei um comprimido, um ampicil ou tomei um chá de trombeta”... Sempre tem postos ou hospitais que tem policiais (E1). (DANTAS; CABRAL; MORAES, 2014, p. 541).

Logo, essa ambivalência produzida entre o campo da saúde e o da segurança pública, entre o cuidado e o controle policial, dificulta o acesso dos *usuários* aos serviços de saúde devido ao entrave gerado pela ostensiva via criminalizadora. Desse modo, foi durante a análise dos dados do trabalho citado que algumas perguntas *preambulares* surgiram e me possibilitaram conjecturar a presente pesquisa de mestrado. Atentei-me para o fato de que as práticas e atitudes diante da droga são promovidas e reforçadas por todo um aparato discursivo institucionalizado e, nesse âmbito, duas ferramentas de extrema relevância que legitimam e institucionalizam discursos, saberes e práticas, são a lei e a política pública. Foi, portanto, esse desdobramento da pesquisa de graduação que motivou um estudo mais aprofundado sobre o impacto das leis e políticas na produção de sentidos sobre as substâncias, seus usos e relações.

Minha intenção foi traçar um percurso do *como*, ou seja, como os instrumentos legais influenciam a maneira com a qual os profissionais e os *usuários* concebem as substâncias psicoativas e as pessoas que delas fazem uso, percebem o tratamento e as próprias leis. A princípio, as perguntas norteadoras do estudo se mostravam um tanto rudimentar. Eu havia decidido que o foco seria os instrumentos legais sobre drogas, mas, foi somente a partir do processo de inserção em campo e na interconexão entre as leituras, o trabalho de campo e a escrita da Dissertação, que o problema, as perguntas e os objetivos puderam ser delineados de um modo mais claro.

⁶ DANTAS, S.; CABRAL, B.; MORAES, M. *Sentidos produzidos a partir de experiências de bad trip: drogas, prevenção e redução de danos* (2014).

Durante o processo de construção da pesquisa, a temática “leis e políticas sobre drogas” adquiriu notoriedade e passou a ocupar mais espaço na agenda de discussão nacional e internacional, culminando no questionamento dos marcos legais que regulamentam as substâncias psicoativas. Além das recentes mudanças ocorridas em alguns países, como no Uruguai, com a legalização da maconha, e em alguns estados norte-americanos, com a descriminalização do uso recreativo da erva, países da América Latina puseram em pauta a necessidade de rever os atuais direcionamentos legais referentes às drogas, solicitando à Organização das Nações Unidas (ONU) um encontro para debater novas perspectivas. Em resposta a esta mobilização, foi organizada uma Sessão Especial da Assembleia Geral (UNGASS), a ser realizada em abril de 2016, com vistas a discutir a questão das drogas na esfera internacional. A inquietação, tensionada pela constatação de que a “guerra às drogas” está falida, motiva o empenho em restringir o excessivo controle do sistema criminal sobre a questão do consumo, e a tentativa de estreitar a relação entre a temática *drogas*, o sistema público de saúde e as políticas de redução de danos.

Em se tratando da “guerra às drogas”, um dos cerne e combustíveis que a retroalimenta é a reducionista compreensão de que a droga é um *agente* provocador de danos. Essa ideia, além de sustentar a demonização das substâncias, faz com que elas ocupem o centro do debate. Nery Filho (2010) menciona o equívoco dessa construção, ao esclarecer quem deve ser o real foco na elaboração de políticas públicas: “as drogas, mesmo o crack, são produtos químicos sem alma: não falam, não pensam e não simbolizam. Isto é coisa de humanos. Drogas, isto não me interessa. Meu interesse é pelos humanos e suas vicissitudes” (s/p).

Imbuída na fala do autor, há uma preocupação com algo que, por muitos anos, foi (e ainda é) o foco das políticas proibicionistas: a droga como grande causadora dos problemas sociais, portanto, alvo de combate. Embora seja evidenciado, em *História Elementar das Drogas*, que o início das proibições está diretamente associado à negação de grupos específicos (ESCOHOTADO, 2004), e apesar das atuais pesquisas demonstrarem como a proibição está intimamente ligada à criminalização da pobreza (D'ELIA FILHO, 2008; ROCHA, 2013), afetando majoritariamente jovens, pobres e negros⁷, a argumentação proibicionista se refere abertamente ao combate e repressão à *droga*. De acordo com Karam (2013), a locução “guerra às drogas” evidencia “a moldura bélica a dar a tônica do controle social exercitado através do sistema penal nas sociedades contemporâneas” (p. 35), e, a conseqüente combinação de determinadas drogas com públicos tidos como “perigosos”, como “inimigos da guerra às drogas”, é o alicerce para se cumprir com um controle penal sobre os mais pobres e os marginalizados (KARAM, 2013). Logo, os já marginalizados são, ainda mais, marginalizados pela criminalização das drogas.

⁷ Como mostram os trabalhos de: SPOSITO & CARRANO, 2003; ROSA, 2009; MACHADO, 2010; LIMA, S/D; OUVENEY, S/D.

Várias pesquisas e relatos sobre políticas proibicionistas e criminalizadoras (BUCHER, 1992; MACRAE, 2007; MARLLAT, 1999; RODRIGUES, 2003; FIORE, 2012) mostram que esse combate à droga é reducionista e, além de não resolver a problemática e gerar um enorme desperdício financeiro, negligencia aspectos históricos, sociais e políticos relevantes. Segundo MacRae (2007), ao se falar sobre drogas,

(...) Outras variáveis, como as de natureza sociocultural foram obscurecidas e a sua importância muitas vezes negada (...). Ao concentrar a atenção no combate a produtos simplesmente, perdendo de vista os detalhes socioculturais dos seus usos, deixa-se de atentar para possibilidades de prevenção e controle dos efeitos indesejáveis bastante mais eficazes que o mero proibicionismo. (MACRAE, 2007, p. 01).

Nesse sentido, o que Nery Filho (2010) faz é, justamente, um alerta sobre a necessidade de não focalizar a droga em si, mas, de olhar para o modo como a sociedade se relaciona com as substâncias psicoativas, e buscar compreender os aspectos implicados na relação entre a pessoa e a droga. Pois, se a droga é tida como a causa dos males sociais e as forças interventivas são canalizadas para o seu combate, e, conseqüentemente, para a repressão e punição de seus consumidores, nada é feito em termos de saúde e, até mesmo, de produção de conhecimento sobre o tema. O que a disseminação de discursos criminalizantes faz é, portanto, intensificar um processo de marginalização e de estigmatização da pessoa que consome SPA, tornando o consumo um comportamento imoral e desviante, e excluindo do debate o sistema social e cultural no qual a pessoa está inserida.

Becker (2008) e Velho (1981; 2013), por exemplo, em seus estudos sobre o desvio, problematizam-no como algo relacional e inserem, como elemento de análise, a sociedade produtora do desvio, frisando a importância de não centralizá-lo no sujeito e concebê-lo como endógeno. Nesse sentido, Becker (2008) desenvolve uma noção de desvio que se baseia na construção de normas e regras, alegando que a sociedade é parte expressamente ativa na distinção entre os desviantes e os ditos *normais*. A criação de um “novo fragmento da constituição moral da sociedade, seu código de certo e errado” (BECKER, 2008, p. 151), chamada de “empreendimento moral”, é algo sobre o qual os pesquisadores devem direcionar uma especial atenção, se buscam compreender como a concepção de desvio é construída nesse enredo. Na visão do autor, quando a cruzada pelo estabelecimento de uma regra obtém sucesso, um novo conjunto de regras é criado e institucionalizado. Com isso, surgem as agências de imposição (como a polícia), que atuam diretamente sobre aqueles que descumprem as normas, ou seja, sobre os considerados *outsiders*.

Segundo Becker (2008),

Antes que qualquer ato possa ser visto como desviante, e antes que os membros de qualquer classe de pessoa possam ser rotulados e tratados como outsiders por cometer um ato, alguém precisa ter feito a regra que define o ato como desviante. (...) O desvio é produto de empreendimento no sentido mais amplo; sem o empreendimento necessário para que as regras sejam feitas, o desvio que consiste na infração da regra não poderia existir. (BECKER, 2008, p. 167).

Logo, como salienta Becker (2008) e apontam os recentes estudos sobre a questão das drogas, é preciso se debruçar sobre o contexto e o sistema em que o fenômeno das drogas se insere, ponderando a construção de suas normas e regras. Assim, problematizar o elo *uso de drogas/desvio*, implica investigar o processo que institui o *usuário de drogas* como *outsider*, perceber como essa concepção afeta a maneira de a sociedade se relacionar com as substâncias, e como os *usuários* se veem e são vistos nesse contexto. Portanto, para compreender os sentidos produzidos no cotidiano sobre as drogas e os *usuários*, é importante analisar as leis que os colocam neste lugar de desvio, e observar como as normatizações estampam esse *status desviante*, o qual é imposto e difundido como *verdade*.

Neste sentido, o **problema** que conduz esta pesquisa é: *como as bases que fundamentam as leis e políticas públicas sobre drogas influenciam o modo como o usuário de substâncias psicoativas se percebe e é percebido socialmente?* Outros **questionamentos mobilizadores** que sustentam o desenvolvimento da análise são: como as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas são vistas pelas leis e políticas públicas sobre drogas? Como esse discurso se dilui no cotidiano do CAPS ad? Como os profissionais são interpelados pelos dispositivos legais e produzem sentidos sobre os *usuários*? Como os *usuários* são acionados pelos sentidos produzidos no cotidiano do serviço? Quem é o sujeito-alvo da criminalização? Como a criminalização afeta o cuidado? As pessoas que usam substâncias psicoativas se identificam com a categoria *usuário*? Seria a reorientação de uma política, uma ferramenta produtora de novos processos de identificação e transformadora de discursos e práticas?

Desse modo, o **objetivo geral** desta Dissertação é compreender como os princípios norteadores dos instrumentos legais sobre drogas afetam o modo como os *usuários* de substâncias psicoativas se percebem e são percebidos socialmente no contexto institucional do Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS ad). E com os **objetivos específicos**, buscou-se 1) investigar como as leis e políticas públicas classificam os *usuários* de drogas; 2) reconhecer a apropriação deste discurso legal por parte dos *usuários* do serviço e dos profissionais de saúde; 3) conceber como os *usuários* se veem e são vistos socialmente; 4) identificar os elementos discursivos em disputa pela construção de uma imagem de *usuário de drogas*; e 5) perceber os sentidos produzidos pelos profissionais e pelas pessoas que usam SPA sobre o uso de drogas e suas leis regulamentadoras.

Para tentar responder às questões e aos objetivos da pesquisa, duas vias metodológicas foram pensadas: 1) centrar o olhar nos instrumentos legais, no intuito de conhecer as leis e políticas que regem as liberações e proibições, as *normas* que organizam os serviços e *ditam* como se configurarão a atenção e o cuidado direcionados a pessoas que consomem drogas, e compreender como a categoria *usuário* é concebida; e 2) a realização do trabalho de campo, para perceber como os princípios norteadores - proibicionismo e redução de danos - são traduzidos e aplicados no contexto do CAPS ad, buscando observar as dinâmicas institucionais, as relações estabelecidas entre os profissionais e os *usuários*, e a visão de ambos os interlocutores⁸ sobre as drogas, as pessoas que delas fazem uso e os discursos legais. Assim, no intuito de direcionar o olhar para o modo como os atores envolvidos na pesquisa são acionados pelos discursos regulamentadores dos instrumentos legais sobre drogas, produzindo sentidos, vínculos e práticas, realizei uma pesquisa de base etnográfica, num período de seis meses, contemplando a observação direta e entrevistas semiestruturadas.

Aqui a etnografia é pensada com base na interpretação proposta pelo Geertz (1973). O autor, ao falar de etnografia, afasta-se da dita neutralidade científica, enfatizando o espaço intersubjetivo entre pesquisador e pesquisado, entendendo a pesquisa não como uma versão *ipsis litteris* da realidade objetiva ou subjetiva, mas, como uma interpretação, por parte do pesquisador, de uma realidade que já é também interpretada pelos pesquisados. De acordo com Geertz (1973), “that what we call our data are really our own constructions of other people’s constructions” (p. 09).

Roy Wagner (2012), em seu estudo sobre cultura, defende a ideia de que o pesquisador/antropólogo/etnógrafo, ao entrar em contato com outra realidade, também inventa esta cultura, criando analogias por intermédio da simbolização daquilo que pretende estudar (“intenção inicial” do antropólogo) em conexão com a representação do objetivo. Ou seja, não é possível apreender uma nova cultura, pois ela não é algo dado, visível e palpável (WAGNER, 2012); a etnografia se mostra, neste tipo de entendimento, como uma construção cooperada e engendrada entre o pesquisador e os participantes. Essa produção coletiva é revelada no próprio texto etnográfico, através do “estilo narrativo”, seja no discurso direto ou no indireto, pois o que os etnógrafos fazem é um “exercício de entrelaçamento entre a sua linguagem” e a linguagem dos “informantes” (MARCON, 2005).

⁸ Nomeio *interlocutores* todos aqueles participantes que tive contato durante o trabalho de campo, seja tal participação pontual ou contínua em relação ao tempo de duração da pesquisa. Esses interlocutores também serão chamados de *colaboradores*, *atores* e *participantes*, englobando assim os *usuários* e os profissionais do CAPS ad. Por vezes falarei em *entrevistados* (referindo-me diretamente àqueles que entrevistei). Todos esses termos são usados em detrimento da categoria *informantes*.

Embora outros campos de saber produzam narrativas e agenciem demandas referentes às *drogas*, a segurança pública e a saúde são os dois grandes leques polarizadores da discussão, ao problematizarem e fomentarem o paradoxal emblema entre a criminalização/repressão e a atenção/assistência à pessoa que faz uso de drogas. Essa bifurcação, sobretudo quando radicalista, superficial, excessiva e sensacionalista - que vê o sujeito ora como *marginal* ora como *doente* -, esmaece o debate e o entendimento da *droga* enquanto problemática social que se alicerça numa estrutural conjuntura transpassada pela violação de direitos básicos e vitais.

Na área da saúde, notadamente a saúde mental, para fornecer uma atenção e assistência às pessoas que usam drogas, alguns espaços específicos de cuidado foram implantados e pensados para funcionarem multiprofissional e intersetorialmente. Dentre estes, destacam-se os consultórios na rua, as residências terapêuticas, as unidades de acolhimento, as comunidades terapêuticas (tática amplamente criticada pelos movimentos antimanicomiais), a descentralização de estratégias através de programas de redução de danos e o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS ad). Os CAPS's, que surgiram na década de oitenta, são serviços de “portas abertas” criados para substituírem o antigo hospital de regime manicomial e asilar, e se configuram como dispositivos-chave do movimento de reforma psiquiátrica.

Embora o CAPS seja o responsável pela reorientação da rede de saúde mental, e o CAPS ad, um espaço privilegiado para o atendimento de pessoas que estabeleceram uma relação prejudicial com a(s) substância(s), é essencial o compartilhamento do cuidado junto a outros serviços, como unidades de saúde da família (USF), ambulatórios, hospitais de média ou alta complexidade, centros POP, centros de convivência e outros serviços vinculados à assistência social, para que o trabalho de rede realmente funcione. Como se pode ver, há diversos locais onde o presente estudo poderia ser realizado, inclusive na própria rua, que apresenta múltiplos cenários de uso. Entretanto, no momento da pesquisa, a cidade onde o trabalho de campo foi desenvolvido não possuía consultórios de rua ou centros de convivência, por exemplo, fazendo com que a escolha pelo campo já encontrasse certo limite.

Desse modo, optei por desenvolver a pesquisa no CAPS ad por três motivos. Em primeira instância, pelo fato de o CAPS abranger normativas institucionalizadas, as quais também representam o nosso campo de pesquisa. Além da portaria que o regulamenta, busquei compreender como a lei nacional sobre drogas e as políticas públicas de atenção aos *usuários* de SPA incidem sobre as práticas discursivas, ações e produções de sentido no cotidiano do CAPS. Por intermédio da convivência e das relações estabelecidas entre *usuários* e profissionais (que de algum modo se fazem representantes de tais normativas), pude observar a influência dessas regulamentações no

modo como os *usuários* se percebem e são percebidos socialmente, e como essas concepções afetam os vínculos e os sentidos construídos por cada pessoa implicada neste, e por este, contexto.

O segundo ponto foi a possibilidade de um encontro e contato direto com os potenciais interlocutores da pesquisa, diante da condição de funcionamento do CAPS ad: modalidade III, ou seja, 24h. E o terceiro aspecto impulsionador foi a identificação e a aproximação com o dispositivo, pois, como eu já o conhecia em outros contextos (CAPS's de outras cidades), pensei ser mais adequado desenvolver a pesquisa num território que imaginava ser mais *familiar*; contudo, mais adiante discutirei que a realidade não era de certo tão *apreendida* como eu imaginava.

Assim, para dar conta das questões apresentadas, divido esta Dissertação em três capítulos. No **primeiro capítulo**, intitulado “A pesquisa e o Campo num serviço de atendimento a *usuários* de drogas”, apresento o contexto institucional em que realizei o trabalho de campo, com o objetivo de descrever o processo de negociação, inserção, ambientação e o decurso da pesquisa realizada no CAPS ad. Elenco as particularidades, a dinâmica institucional e o posicionamento do serviço na rede de atenção e cuidado direcionados aos *usuários* de substâncias psicoativas, e apresento os passos imbricados na *metodologia de coleta* de dados e os caminhos e processos envolvidos na *metodologia de análise*.

Início o **segundo capítulo**, nomeado “Os *Usuários*, as Legislações sobre drogas e o CAPS ad: Estigmatização?”, problematizando o termo *usuário*. Contextualizo esta categoria a partir do campo em que a pesquisa foi desenvolvida, pois como bem afirmam Spink & Menegon (2004): “as categorias não podem ser compreendidas de forma desvinculada do uso e da história de sua construção. As categorias não têm um valor ou sentido que lhes seja intrínseco” (p. 83). Em face à heterogeneidade característica do termo *usuário* e à tentativa incessante de enquadrá-lo numa perspectiva homogeneizante, busco compreendê-lo tanto a partir dos instrumentos legais sobre drogas e dos princípios que os norteiam, quanto do espaço onde tais normas têm função regulamentadora, neste caso, o CAPS ad.

No **terceiro capítulo**, “As Drogas, os Usos e as Leis no território discursivo do CAPS ad”, especificamente com um olhar direcionado ao modo como os atores envolvidos na pesquisa são acionados pelos discursos regulamentadores dos instrumentos legais sobre drogas, discuto como o *usuário* é interpelado por esse discurso, e como ele se percebe e é percebido dentro do serviço, ou seja, como ele é visto socialmente. Assim, adentro no campo de estudo sobre subjetividades, na tentativa de investigar como o sujeito é constituído em meio a essa teia discursiva, e de que modo ele recusa ou se identifica com os discursos dominantes. De acordo com Domènech *et al.* (2001),

Aquilo que chamamos subjetividade não é senão parte do tecido relacional, da trama social nos quais todo indivíduo está sempre inserido. A subjetividade constitui-se, dessa perspectiva, no uso e elaboração de um complexo de narrativas,

discursos, conversações, atos de fala ou significados que a cultura põe à nossa disposição e que manipulamos nas realidades interacionais que habitamos. (DOMÈNECH *et al.*, 2001, p. 117).

Assim, no último capítulo, analiso como os discursos imbricados nas leis e políticas públicas sobre drogas influenciam e modificam a maneira de o profissional ver e lidar com o *usuário*, isto é, como esses instrumentos legais são de alguma forma traduzidos numa prática cotidiana e na interface, no encontro e no diálogo entre os interlocutores, acionando concepções e ações, sentidos e práticas dentro do serviço. Além disso, destaco o modo como tais concepções afetam a vinculação dos *usuários* aos serviços de saúde, elencando a relação estabelecida com o CAPS ad e com outros dispositivos de saúde pertencentes à cidade onde a pesquisa foi realizada.

De modo geral, as temáticas abordadas neste trabalho resumem-se na incidência do quesito legal sobre os processos de identificação e recusa com a categoria *usuário*, sobre a definição do que vem a ser a droga e seus usos, sobre o tratamento, sobre as regulamentações, e sobre o impacto de uma reorientação legal no modo como a sociedade se relaciona com as substâncias. Ênfase que ao destacar os instrumentos legais como *lentes* de análise do fenômeno, não significa que estamos limitando o domínio sobre a problemática *drogas* à questão legal. Dentre os discursos provenientes dos mais diversos campos de saber constituintes, esta é apenas mais uma leitura dentro do complexo amálgama que é o campo das drogas.

Todavia, é um viés de leitura que não deixa de ter a sua notória relevância e um impacto acentuado no modo como as substâncias são concebidas e pensadas, e na elaboração de políticas e estratégias de saúde, e por isso, configura-se o nosso recorte de estudo. No mais, é a partir da aplicação dessas regulamentações, dos sentidos e práticas produzidas no cotidiano sobre as concepções e as intervenções na área, que poderemos *ler e perceber* o que temos gerado em matéria de leis e políticas sobre drogas no país. Logo, o que apresento e discuto nos capítulos que seguem é uma leitura do que o campo me mostra, uma interpretação das revelações e manifestações dos interlocutores, que me possibilitaram problematizar o posicionamento brasileiro frente à temática, a atual conjuntura e os pronunciamentos sobre alterações e transformações cogitadas. Assim, dou início a essa argumentação e análises, apresentando o CAPS ad e a trajetória desta pesquisa.

CAPÍTULO I

A PESQUISA E O CAMPO NUM SERVIÇO DE ATENDIMENTO A USUÁRIOS DE DROGAS

Este primeiro capítulo tem por finalidade apresentar o CAPS ad, a posição que a instituição ocupa na rede de cuidados voltados aos *usuários* de drogas, suas funções e surgimento. Além de contextualizar os movimentos que impulsionaram a criação desses serviços substitutivos, descreverei o processo de negociação e de inserção no CAPS ad onde a pesquisa foi realizada, a vinculação com os interlocutores e a condução da pesquisa, que vai do percurso metodológico implicado na coleta de dados até o processo de análise e interpretação de tais elementos.

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), de modo geral, são serviços especializados, vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), e que se posicionam enquanto organizativos na (e da) rede de saúde mental no Brasil. Criados no processo de reforma psiquiátrica, ou seja, na década de oitenta, os CAPS's são regulamentados pela Portaria Nº 336/GM/MS de 19 de fevereiro de 2002, e têm como finalidade disponibilizar assistência e atenção para pessoas em sofrimento psíquico e pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de drogas.

Para resgatar um pouco do processo implicado na reforma psiquiátrica, é importante lembrar que, por um longo período, a institucionalização de pessoas que fazem uso/abuso de drogas vinculou-se à história da loucura⁹. Dentre as referências do paradigma psiquiátrico, destacam-se a medicalização, a hegemonia do saber médico e do saber científico das ciências naturais, o positivismo, o disciplinamento dos corpos, o isolamento e o tratamento moral (FOUCAULT, 1978; AMARANTE, 2007). No Brasil, o primeiro hospício foi instituído em 1852, no Rio de Janeiro, e concernente à realidade manicomial do país, uma recente obra foi publicada pela jornalista Daniela Arbex (2013), que relata as mortes provocadas no Colônia, hospício de Barbacena (Minas Gerais), e algumas histórias de vida que relembram um estado denominado por Goffman (1974) de “experiências de mortificação”¹⁰.

9 A psiquiatria entra em cena quando os ditos *loucos*, que antes ocupavam diversos espaços como “ruas e guetos, asilos e prisões, igrejas e hospitais” (AMARANTE, 2007, p.23), passaram a ter seu lugar de expressão da loucura institucionalizado. Esse evento, denominado “o Grande Enclausuramento”, deu-se com a criação do Hospital Geral em 1656, com destaque da figura de Philippe Pinel, o pai da psiquiatria. (AMARANTE, 2007).

10 Com o título: “Holocausto Brasileiro - Vida, Genocídio e 60 Mil Mortes no Maior Hospício do Brasil”, o livro-documentário expõe e denuncia as atrocidades acometidas (e escondidas) aos pacientes do Colônia, hospital em atividade de 1903 a 1980. Arbex (2013) demonstra que quando as pessoas chegaram ao Colônia, “suas cabeças foram raspadas, e as roupas, arrancadas. Perderam o nome, foram rebatizadas pelos funcionários, começaram e terminaram ali” (p. 12).

Em meio às pessoas que foram isoladas e medicalizadas pela psiquiatria, encontravam-se os *usuários* de substâncias psicoativas. De modo geral, por questões morais e políticas, retirava-se o *diferente* do meio social, ou seja, o *outsider*, capturado como “aquele que se desvia das regras de grupo” (BECKER, 2008, p. 17), e o hospitalizava¹¹. Assim, os loucos eram “jogados, como criminosos de Estado, em subterrâneos, em celas onde o olhar da humanidade nunca penetra” (ESQUIROL apud FOUCAULT, 1978, p. 433).

A realidade manicomial brasileira aviltou e indignificou vidas, e é na presença de tais situações *mortificadoras* que surgem, na década de oitenta, as mobilizações e lutas no campo da saúde. Esse é o período de movimento tanto da reforma sanitária, que reivindicava direitos e uma nova concepção de saúde pública, quanto da reforma psiquiátrica, inspirada na reforma italiana promovida por Franco Basaglia. Essa mobilização, no Brasil, questionou as políticas públicas relacionadas à área da saúde mental, bem como a precariedade vivenciada pelos profissionais e *usuários*. Lutou-se pelo rompimento da verticalização dos saberes, pela desmedicalização e pelo reconhecimento dos direitos cidadãos dos *usuários* de saúde mental, reivindicando não uma mera reforma institucional mas, uma *desinstitucionalização* de posturas e relações, e uma reorientação de práticas. Como consequência dessa mobilização, têm-se o fechamento de numerosos hospitais psiquiátricos e a criação dos serviços substitutivos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), que se subdividem em três níveis (níveis I, II e III) e são estruturados mediante a circunscrição populacional. Junto a esta nova lógica, emerge uma nova forma de se pensar e fazer saúde mental¹², baseada no cuidado voluntário e não compulsório.

Com a inauguração dos serviços substitutivos, foram construídos espaços diferenciados para o cuidado de pessoas que fazem uso de SPA. Enquanto antes o acolhimento ocorria em hospitais psiquiátricos sem se discriminar necessidades específicas, a reorganização dos serviços criou variadas modalidades de CAPS's. Dentre estes: o CAPS para pessoas diagnosticadas com

11 Ao analisar a vivência num manicômio, Goffman (1974) problematiza a trajetória de uma pessoa que se torna um “doente mental” através do conceito de carreira. O autor afirma que o “início social da carreira do paciente” ocorre com o denunciante, um agente que inicia o processo de hospitalização. A internação independe “do ponto em que possa ser localizado o início psicológico de sua doença mental” (p. 116). Assim, “o pré-paciente começa com, pelo menos, parte dos direitos, liberdades e satisfações do civil, e termina numa enfermaria psiquiátrica, despojado de quase tudo” (GOFFMAN, 1974, p. 121). Na fase de internado, “uma vez que o paciente comece a 'aceitar sua nova posição', as linhas básicas do seu destino começam a seguir as de toda uma classe de estabelecimentos segregados – cadeias, campos de concentração, mosteiros, campos de trabalho forçado, e assim por diante-, nos quais o internado passa toda a vida no local, e vive disciplinarmente a rotina diária, na companhia de um grupo de pessoas que têm o mesmo *status* institucional” (GOFFMAN, 1974, p. 126).

12 Inclusive, a própria nomenclatura “saúde mental” é *per se* uma crítica ao constante uso da terminologia “doença mental” cunhado pela psiquiatria. Segundo Amarante (2007), “ao contrário da psiquiatria, a saúde mental não se baseia em apenas um tipo de conhecimento, a psiquiatria, e muito menos é exercido por apenas, ou fundamentalmente, um profissional, o psiquiatra. Quando nos referimos à saúde mental, ampliamos o espectro dos conhecimentos envolvidos, de uma forma tão rica e polissêmica que encontramos dificuldade de delimitar suas fronteiras” (p. 16).

transtornos mentais, o CAPSi (infantil) e o CAPS ad (álcool e outras drogas). De acordo com Oliveira (2007), “pela exigência da portaria MS 336/2002, o Caps deve assumir a organização da rede de cuidados em saúde mental no âmbito de seu território” (p. 15).

Contudo, apesar de ter desenvolvido a pesquisa num contexto privilegiado da desinstitucionalização, não podemos suprimir o fato de que o CAPS, embora funcione em moldes distintos dos aplicados pelas instituições totais, ele não deixa de ser uma instituição, e, como toda instituição, apresenta suas normativas, regulamentações e incumbe certo tipo de controle, como descreveram Berger e Luckmann (1985). Além do mais, os CAPS's são serviços produtores de sentidos sobre as substâncias, sobre os *usuários* e sobre a maneira de lidar com as intervenções, daí a importância de se questionar, *permanentemente*, como essa desinstitucionalização tem sido engendrada.

Com relação ao CAPS ad onde a pesquisa foi realizada, o serviço foi criado no ano de 2002, e nestes treze anos de existência esteve localizado em diferentes espaços. Hoje, encontra-se alocado num bairro nobre, na Zona Sul da cidade. O serviço foi transferido para esse local em março de 2013, mudança que também demarca a reconfiguração do CAPS para funcionar como modalidade III. O CAPS ad III é regulamentado pela Portaria Nº 130 de 26 de janeiro de 2012, e é caracterizado como um:

Ponto de Atenção do Componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial destinado a proporcionar a atenção integral e contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados. (BRASIL, 2012).

Pois bem, o meu primeiro contato com o serviço coincide com o primeiro dia de trabalho de campo na instituição. Por questões burocráticas, a negociação da pesquisa teve de ser mediada pelo órgão responsável por acordos de estágios e pesquisas em saúde, a serem realizadas em serviços públicos municipais. Durante o processo de negociação para o desenvolvimento da pesquisa no dispositivo solicitado, foi preciso enviar um ofício com um projeto de pesquisa anexado ao referido órgão, e este os encaminhou para o CAPS ad. Após um mês e meio (com muitas ligações solicitando um retorno), fui comunicada sobre a confirmação de aceite.

No dia seguinte apresentei-me ao CAPS ad. Fui recebida pela coordenadora, que se mostrou bastante receptiva e aberta. Sua disponibilidade fez-me sentir mais tranquila, pois antes deste primeiro encontro, estava um pouco tensa e ansiosa pela inserção em campo. Os questionamentos, mesclados com um pouco de insegurança, fervilhavam em minha cabeça, tendo em vista que o andamento da pesquisa estaria condicionado ao meu processo de vinculação com os interlocutores e de aproximação com o serviço.

Quando optei pelo CAPS como local de pesquisa, para compreender inicialmente “a influência dos instrumentos legais na construção da identidade social de *usuários* de drogas” - pois no decorrer do trabalho de campo essa proposta se alterou¹³-, imaginava que a minha jornada não se iniciaria do zero, por já ter algumas experiências com CAPS, em estágios realizados noutras cidades. Pensava que, embora estivesse me inserindo num novo contexto e circundada por diferentes circunstâncias, todo esse conhecimento teórico-prático prévio far-me-ia sentir amparada, e até mesmo segura, diante da entrada em um *novo território*. Puro engano.

Este conhecimento me forneceu reflexões textuais, notas observacionais e análises no processo de escrita da Dissertação, contudo, logo no primeiro dia de trabalho de campo percebi que, como pesquisadora, teria sim, de começar do zero. Ali, eu me via diante de uma *nova* instituição, localizada numa *nova* cidade, com *novas* pessoas, *nova* rotina de atividades, ou seja, uma *nova* realidade a ser explorada, e eu, precisaria encontrar os jeitos mais adequados, para então, conhecê-la. Essa sensação, conhecida por muitos pesquisadores que adotam a etnografia como metodologia de pesquisa, é relatada pelo autor Roy Wagner (2014). Identifiquei-me com uma descrição sua sobre a imersão do antropólogo em campo, e aqui eu diria, do pesquisador etnógrafo em geral, que “tende a sentir-se solitário e desamparado” (p. 44). Sentia-me uma nova participante buscando encontrar o seu lugar em meio às tantas posições que me foram dadas e as que eu realmente ocupava: estagiária, uma nova profissional, uma nova *usuária*, pesquisadora, psicóloga e/ou estudante de sociologia.

Como eu relatava, no primeiro encontro com a coordenadora falamos sobre a pesquisa que eu pretendia desenvolver e como se daria a minha incursão no serviço. Ela apresentou os arranjos e conjunturas do CAPS, explicou seu funcionamento, mostrou-me alguns documentos e normativas da instituição -os quais tive livre acesso-, e discutimos sobre a reforma psiquiátrica no contexto de atenção às pessoas que fazem uso de drogas. Na ocasião, falei um pouco sobre o objetivo geral do estudo e do trabalho de campo, sendo-me requerida, para finalizar a formalização da pesquisa, a apresentação de um projeto na reunião dos profissionais, que aconteceria na semana posterior.

Esta *semana seguinte* demarcou, de fato, o começo do trabalho de campo, pois foi quando me apresentei aos *usuários* e aos outros profissionais. Para as visitas realizadas no serviço, tomei como base os princípios da *pesquisa ética* (SPINK & MENEGON, 2004). Assim, as lidas e lutas cotidianas na instituição foram conhecidas através de um processo de aproximação paulatina com o campo, respeitando o ritmo, as aberturas e os limites de cada pessoa e de cada atividade desenvolvida pelo serviço. À vista disso, apresentar esse movimento de aproximação com o campo

13 Apesar da discussão sobre identidade ser contemplada nesta Dissertação, ela não ocupa mais um espaço central. A proposta final da pesquisa passou a ser *compreender como os princípios norteadores dos instrumentos legais sobre drogas afetam o modo como os usuários de substâncias psicoativas se percebem e são percebidos socialmente*.

e explicitar os processos de trabalho nele implicados é a finalidade do presente capítulo, que foi subdividido em duas seções.

A primeira seção, intitulada “1.1. A instituição, a dinâmica e as pessoas no CAPS ad”, tem por objetivo relatar a minha inserção no serviço e as impressões emergentes no/do campo. Procuo neste subcapítulo apresentar o CAPS ad III, relatando as atividades comumente desenvolvidas e as que observei, apresentar o espaço e as pessoas, assim como a relação que construímos nesse decurso da pesquisa. Já na segunda seção, “1.2. O trabalho de campo e o percurso de análise dos dados”, problematizo o meu processo de *etnografar*. Além de trazer algumas notas metodológicas de aproximação com o campo, descreverei o *método de coleta* de dados, que abarca a observação direta com registros em diários de campo e a entrevista semiestruturada; e o *método de análise* empregado no processo de interpretação dos dados. Enfim, compartilharei algumas táticas e reflexões oriundas do trabalho de campo, que propiciaram a vinculação com os interlocutores, e com isso, a realização da pesquisa.

1.1. A instituição, a dinâmica e as pessoas no CAPS ad

Na segunda semana de outubro/2014 comecei, então, *oficialmente* o trabalho de campo. Deparei-me com uma instituição movimentada por histórias de vida resilientes e violentadas, por estreitamentos frágeis e solidificados, conflitos e negociações, concebida ora como *morada* ora como *passagem*. A complexidade é algo manifesto e gritante, por vezes latente, em cada segundo de vida do CAPS, ou seja, em suas 24 horas de funcionamento. Enfim, tive a *sorte* de iniciar o trabalho de campo naquele dia, pois dois *usuários* de outro CAPS, os quais foram importantíssimos agentes, não só para a minha inserção no serviço como também por me apresentarem a pessoas que viriam a ser interlocutores-chave da pesquisa, estavam presentes apenas neste dia no CAPS ad. Logo quando cheguei, percebi que o serviço se encontrava bastante movimentado e a recepção estava lotada. Após participar do *bom dia*, atividade realizada todos os dias pela manhã para recepcionar os *usuários*, e nesta oportunidade, apresentar-me como estudante da UFS, explorei o espaço físico do serviço e, em seguida, sentei-me na sala de espera para observar um pouco do fluxo e do funcionamento.

Um rapaz, com um semblante um tanto tristonho, sentou-se ao meu lado, perguntou quem eu era e relatou um pouco da sua história de vida. Ele era *usuário* de outro CAPS, o qual atende pessoas em sofrimento psíquico, e narrava as dores imbricadas em seu processo de adoecimento. Neste momento, chegou um colega seu do mesmo serviço. U1 me apresentou ao seu colega, e seguimos, os três, conversando sobre os CAPS's existentes na cidade e um pouco sobre a pesquisa

que eu queria desenvolver. O *usuário* que chegou depois (U2), frequenta o serviço há mais de 10 anos e é um assíduo militante da saúde mental.

Em um dos pontos da nossa conversa, ao falar do meu interesse pela política de redução de danos, ele disse que precisava, então, me apresentar a uma pessoa bastante influente na área de RD. U2 me apresentou a um dos profissionais do CAPS, responsável pelo apoio institucional, e que, no momento, assumia a presidência de uma associação de peso na área. Ele foi deveras acessível, disponibilizando-se a cooperar com o trabalho, e me convidou para um evento sobre redução de danos que aconteceria no mês seguinte. Pensei: mais campo, pois o estudo não se limitaria ao espaço físico do CAPS ad, haja vista que o campo de pesquisa é mais um espaço formado por teias de sentidos e significados, que um ambiente de concreto. E se os sentidos e a sua produção circulam, a etnografia também deve circular.

Esse primeiro dia foi, para mim, uma porta de entrada para conhecer o que estava sendo realizado em matéria de drogas na cidade e perceber um pouco do contexto de atenção aos *usuários* de substâncias psicoativas. Fiquei muito animada por saber que havia no CAPS um grupo de redutores de danos e que a RD era uma pauta ativa na agenda de discussões do serviço. Ainda sobre esse primeiro dia de inserção em campo, após o desencadeamento dos relatados encontros significativos, inicializei a leitura do documento-base da instituição. Nesta mesma semana, ocorreu também a reunião técnica dos profissionais, e, conforme ficou combinado com a coordenadora, apresentei os meus objetivos de pesquisa. Minha apresentação era o último ponto da pauta e eu me encontrava bastante tensa. Contudo, no decorrer da reunião, a qual durou aproximadamente quatro horas, o nervosismo se tornou *o menor* dos tensionamentos diante do conjunto de problemas que requisitavam discussões e soluções.

Na reunião foram abordados casos específicos dos *usuários*, a dificuldade do serviço em lidar com a altíssima demanda e a dependência de algumas pessoas em relação ao CAPS. Os profissionais também discutiram estratégias de intervenção, e pontuaram a importância da realização adequada e eficiente do acolhimento para a construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)¹⁴. Ao longo da reunião, um ponto que me chamou muito a atenção foi a maneira como alguns profissionais compreendiam as substâncias. Um profissional, por exemplo, deu ênfase à droga como o problema central na vida das pessoas que frequentam o CAPS ad, tirando do foco o sujeito e as particularidades da relação que ele estabelece com as drogas. Na ocasião, outro técnico contra-argumentou, problematizando a função que a substância desempenha na vida de muitas pessoas e

14 De acordo com Hori & Nascimento (2014), “o PTS envolve um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, direcionadas a um indivíduo, família ou coletividade. Tem como objetivo traçar uma estratégia de intervenção para o usuário, contando com os recursos da equipe, do território, da família e do próprio sujeito e envolve uma pactuação entre esses mesmos atores” (p. 3562).

alegou que se a droga fosse retirada, seria preciso oferecer algo para pôr no lugar. À vista disso, estar atenta para perceber como os profissionais do CAPS veem as drogas, isto é, se focam a SPA ou os sujeitos na condução de suas práticas e gerenciamento de intervenções, foi um ponto chave para compreender a maneira como os *usuários* são percebidos neste contexto.

Os profissionais¹⁵ que atuam no serviço compõem duas miniequipes, conhecidas como “Girassol” e “Acácia”¹⁶, que dão assistência à Zona Sul, e à Zona Norte, respectivamente. A primeira é composta por um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, dois técnicos de enfermagem, dois assistentes sociais, um terapeuta ocupacional e dois psicólogos; e a segunda conta com o trabalho de um enfermeiro, um oficineiro, dois auxiliares de enfermagem, um assistente social e dois psicólogos. Essa computação foi feita no final de outubro de 2014. Em meados de fevereiro de 2015, a composição das equipes já havia sido alterada, o que demonstra como a rotatividade de técnicos é algo presente no serviço. Essa é uma questão recorrentemente discutida pelos profissionais, e um dos motivos que provoca a alternância é a existência de contratos temporários e a falta de concurso público. Em meados de fevereiro de 2015, as duas equipes contavam com o apoio de oito técnicos cada, que somados ao pessoal que trabalha na limpeza, aos porteiros, motoristas, cozinheiros, recepção e administração, compunham um total de 48 servidores atuantes no CAPS.

Já com relação à demanda acolhida, foram consultados os registros do período de janeiro a dezembro de 2014, que me possibilitaram fazer uma breve análise sobre as entradas mensais (acolhimento e recolhimento) no serviço, e verificar informações sobre o sexo e o tipo de substância mais prevalentes. A partir dos prontuários e do livro de acolhimento, observei que o CAPS ad recebeu um total de 481 pessoas no ano de 2014, sendo este conjunto composto por 438 homens e 43 mulheres. De acordo com a coordenadora, foi feita uma reorganização nos prontuários ativos e inativos (nota atualizada em janeiro de 2015), e constatou-se que há 340 *usuários* ativos, porém, apenas 130 frequentam regularmente o serviço. Os 130 estão dentre aqueles alocados em regime intensivo, ou seja, frequentam o CAPS ad todos os dias; em semi-intensivo: comparecem ao serviço duas ou três vezes por semana; e não-intensivo: vão ao serviço uma vez por semana. Realço que, para além dos regimes de comparecência, há ainda aqueles que visitam o CAPS esporadicamente. Dessa demanda, 70% provêm da Zona Sul da cidade (possivelmente por conta da localização do serviço), e por dia, o CAPS recebe aproximadamente 50 pessoas. Com a análise

15 É importante frisar que quando falo *profissionais*, não estou me referindo a uma categoria unificada. A questão multi, não somente a multiprofissional, mas também a multiplicidade de visões sobre a droga, sobre o *usuário* e sobre o tratamento é algo que se faz presente no CAPS ad. No entanto, para não especificar com tipos de categorias profissionais (psicólogo, médico, assistente social etc.) e dar margem ao comprometimento do sigilo desse grupo de interlocutores da pesquisa, utilizei o termo no plural, mas isso, nem sempre significará o englobamento de todos.

16 Os nomes verdadeiros das miniequipes foram substituídos.

desse material pude também identificar que há a prevalência de certas substâncias no que tange à procura pelo tratamento. Assim, verifiquei o predomínio de um vínculo prejudicial com o álcool, o crack e o uso de múltiplas drogas. A cocaína foi uma substância que apareceu corriqueiramente no livro de acolhimento; e a maconha, dos 481 casos investigados, foi destacada apenas seis vezes como problema central.

Dentre as funções e algumas as atividades que os *usuários* podem se beneficiar com a adesão ao serviço, e que são características dos CAPS's nível III, encontram-se ações como: acolhimento, elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS), trabalhos em equipe (uma equipe multiprofissional e interdisciplinar), visita domiciliar, apoio matricial, atendimentos individuais e grupais (como oficinas e grupos terapêuticos), acolhimento noturno (alguns leitos são disponibilizados para pessoas que precisam passar o dia inteiro na instituição, permanecendo no máximo 14 dias, num período de 30 dias), educação permanente, trabalhos com a família, assembleia de *usuários* (controle social), reuniões de equipe, construção coletiva de prontuários, articulação com outros serviços (referência e contrarreferência) e o trabalho realizado pelo técnico de referência (um profissional que acompanhará o *usuário* e seu PTS mais de perto)¹⁷.

No calendário de atividades desenvolvidas diariamente na instituição (cronograma de janeiro de 2015), incluem-se: o bom dia (encontro para recepcionar os *usuários* pela manhã), oficina recreativa, grupo de acolhimento (inicialização dos novos *usuários* no serviço), oficina sobre saúde, artesanato, rodas de conversas temáticas, oficina de horta, assembleia dos *usuários*, reunião dos profissionais, meditação e dança, além dos atendimentos individuais. Esse cronograma é constantemente modificado a depender da adesão dos *usuários* às atividades, e da elaboração conjunta de novas oficinas¹⁸. De modo geral, as atividades que realizei e observei durante a fase de ambientação e adaptação foram: a leitura do documento-base da instituição, a reunião técnica dos profissionais, o acolhimento a novos *usuários*, oficinas e a assembleia dos *usuários*.

A partir das minhas observações, eu poderia definir a reunião técnica dos profissionais como um espaço de encontro para a realização de planejamentos, discussão de casos e diálogos sobre desafios, tanto os enfrentados pelo serviço, como os resultantes do trabalho em equipe. Numa das reuniões que acompanhei, por exemplo, os profissionais falavam, com uma forte carga emocional, sobre o descomprometimento de alguns técnicos, a exemplo da ausência em reuniões, o que

17 Esse panorama geral, com informações sobre como deve funcionar um CAPS ad III, foi retirado da Portaria N° 130 de 26 de janeiro de 2012 que “redefine o centro de atenção psicossocial de álcool e outras drogas” e do documento-base da instituição onde o trabalho de campo foi realizado.

18 Com relação às atividades, os *usuários* queixam-se da falta de oficinas, da ociosidade, da oferta que não agrada a todos, e que ali está sendo, às vezes, um espaço como o da rua, com nada para fazer, como destaca U3: “um espaço que era para ser de tratamento, que era para a gente se tratar, não está sendo”. Os questionamentos são muitos, e por vezes, repetitivos.

contribuía para o “desgaste” do trabalho em equipe. Pontuou-se que o trabalho no CAPS ad é, por vezes, sobrecarregado devido aos densos casos de lida cotidiana e aos tensionamentos provocados pelas histórias de vida, porém, a maior dificuldade enfrentada não estaria relacionada com a demanda atendida pelo serviço mas, com o trabalho em equipe. Na ocasião, os profissionais trabalharam algumas questões emocionais e conflituosas, desabafaram e compartilharam insatisfações e inseguranças, e discutiram sobre outro problema que o CAPS enfrentava.

No momento, além de o serviço ser alvo de denúncias e algumas críticas serem, inclusive, expostas num programa policial local, o CAPS sofria cobranças por parte da gestão municipal. De acordo com os profissionais, aquela era uma das piores fases do CAPS ad. Havia uma exigência exacerbada da Secretaria de Saúde, a qual, segundo um dos profissionais, estava focalizando a produtividade como condição *suprassumo* de trabalho, em detrimento do cuidado qualificado, e para P1, “não dá para pensar saúde a partir dessas regras duras”. Os técnicos assistiram ao vídeo do referido programa policial e também viram fotos de eventos realizados pelo CAPS. Na medida em que relembavam momentos mais prósperos, com a presença de *usuários* que conseguiram superar suas problemáticas, um clima nostálgico foi tomando conta do espaço, e eles se deram conta de que muitos profissionais se dedicavam para realizar um bom trabalho no CAPS, e que aquela era apenas uma fase não muito satisfatória.

Já o acolhimento, que observei a convite de uma profissional responsável e de alguns *usuários*, é uma atividade realizada diariamente com o objetivo de conhecer a pessoa que deseja fazer parte da instituição, apresentar suas funções e verificar a necessidade e possibilidade de acolhimento e adesão, a partir do caso particular e de uma decisão conjunta. Nos acolhimentos que presenciei, a profissional falou brevemente sobre a reforma psiquiátrica, explicando a história de surgimento dos CAPS's como serviços de portas abertas, e abordou sobre as funções do CAPS ad como um serviço especializado para o acompanhamento de pessoas com “dependência química” grave (*sic*). Foi enfatizado que, embora o foco do tratamento seja a saúde, há outros benefícios como o fornecimento de comida, banho, dormida (em alguns casos) e tanque para lavar roupas, contudo, reiterou-se que a finalidade do serviço seria o “cuidado com a saúde” e com o “problema das drogas”. Eu percebi o acolhimento como a inicialização de um contrato terapêutico. Caso haja a adesão ao serviço, a pessoa participará de quatro oficinas de acolhimento, que acontecem duas vezes por semana, e ao finalizá-las, serão firmados os dias de frequência, um acordo que é feito entre o *usuário* e o seu técnico de referência.

No que diz respeito à assembleia, este é um espaço reservado aos *usuários*, e que também conta com a participação de alguns profissionais, para discutirem problemáticas associadas ao serviço, ao tratamento, abarcando temáticas de cunho estrutural, funcional e relacional. É também um espaço de reivindicação e, muitas vezes, um espaço terapêutico, onde as pessoas manifestam

suas insatisfações, inseguranças, medos e discutem estratégias de reorientação. Uma das pautas mais ativas nas assembleias, por exemplo, é a infraestrutura do CAPS ad.

Para o CAPS ad funcionar em modalidade III, uma imensa casa de dois andares foi alugada e transformada em um centro de atenção psicossocial, porém os *usuários* alegam que o espaço é muito pequeno para receber a demanda esperada diariamente, cerca de 50 pessoas, e a estrutura física é precária. Eles se queixam da falta de mesas para comer, de espaço adequado para descanso, dos banheiros que há muito tempo estão quebrados e da falta de materiais para higienização. Algumas pessoas dizem que a ocupação da atual casa é temporária, pois o antigo local está em reforma, mas U3 relata que, na verdade, a reforma do “antigo CAPS” está parada¹⁹.

A precariedade é, portanto, um quesito recorrentemente problematizado por todos os integrantes do CAPS ad. Os *usuários* reivindicam e os profissionais tentam se articular com a gestão local em prol de melhorias, mas, as respostas positivas, além de alongadas, atendem a um ou a outro quesito solicitado. Em várias conversas com o representante dos *usuários*, a infraestrutura e a falta de materiais foram pontos centrais em sua fala:

A reivindicação da gente é a respeito do trabalho né, porque você sabe que com os usuários têm que manter um maior respeito, e há tempos que nós viemos juntando certas coisas que existem aqui dentro e não tá sendo conseguido. Porque o tratamento que nós estamos tendo aqui, praticamente nós somos cachorros, porque nós não recebemos uma visita de um secretário de saúde, a gente aqui é praticamente abandonado porque há tempo que nós viemos trabalhando com esse bebedouro, mais de anos, o bebedouro está aí quebrado, nós não somos cachorros, estamos bebendo água quente, eles têm privilégios pra beber água gelada e a gente não tem? Nós estamos aqui comendo no chão, entendeu? A reivindicação é dos banheiros, o espaço é pequeno. Então, justamente aí, eu vou hoje juntar mais *UIO*, que nós fazemos parte da comissão, nós seis, a gente vai na ouvidoria pra pegar umas documentações pra eles darem um retorno a gente, porque se a gente não tiver esse retorno, a gente vai ao MPU. (...) Então os meninos estão querendo fazer umas manifestações, né, lá na frente, (...) se o caso não ocorrer, aí vai ter que chamar a imprensa, vou trazer alguém da imprensa para filmar mesmo, ver como é o tratamento da gente, porque a gente não é cachorro, a gente é ser humano, certo? (...) é um repouso ali que não tem (...). Se o CAPS, durante 15 dias a gente não tiver retorno, a gente vai, a comissão vai ao Ministério Público, e vamos mandar filmar, pedir a recuperação do CAPS porque aqui o espaço é curto, porque verba tem e porque não construiu ainda durante que nós estamos aqui? Não construiu lá? Porque o dinheiro que tá aqui poderia construir lá.. precisamos mais de oficinas, mais de oficinairos (...). Praticamente o CAPS tá morto, o CAPS não é mais aquele CAPS, então tem o nome de CAPS por que? Não é um psicossocial mais. Para eles poderem ter um psicossocial tem que ter uma estrutura maior. (U3).

Essa é uma fala que nos permite tensionar e problematizar dois aspectos relacionados à desinstitucionalização, que, segundo Alverga & Dimenstein (2006), não significa uma ruptura de

19 Fiz uma visita ao antigo local do CAPS ad e pude constatar que, de fato, encontra-se abandonado (visita realizada em março de 2015).

ordem apenas estrutural, mas, também de posicionamentos, discursos, relações e práticas. Um quesito seria o espaço físico em si, e o outro, o espaço de sentidos e significados que transitam no CAPS ad. Percebi que quando os *usuários* falam sobre o CAPS, há certa ambivalência de sentimentos e perspectivas em relação ao serviço, cruzando desde a insatisfação com a infraestrutura até o contento diante dos vínculos afetivos estabelecidos e dos progressos adquiridos com o tratamento.

Pensar, então, em desinstitucionalização, seria trabalhar a transformação desses dois aspectos: o local e o simbólico (que não são dissociados). Reformar espaços físicos sem visar à alteração de compreensões sobre o que significa a luta antimanicomial e seus princípios, calharia numa reprodução de práticas *psiquiatrizantes* num lugar reformado. Por outro lado, substituir os serviços sem se prezar a qualidade desse espaço físico, também contradiz um dos objetivos da reforma, que é a oferta de um tratamento em saúde que seja bom e humanitário, como prevê a Lei nº 10.216/2001, aspecto este que se mostra crítico e problemático no CAPS onde a pesquisa foi realizada, como relevam os interlocutores.

Enfim, um ponto que poderíamos qualificar como positivo em relação às queixas dos *usuários* seria a constatação de que eles estão ocupando esse espaço de reivindicação e controle social. A participação ativa dos *usuários*, com contestações de práticas e reivindicações por um espaço com melhor infraestrutura, além de ser fundamental para o compartilhamento do cuidado e para a construção da (tão abordada) autonomia, representam a construção coletiva de uma saúde mental não manicomial e não verticalizada. U3, que tem um posicionamento crítico e incisivo em relação ao espaço físico do serviço, é um integrante antigo da casa e acompanhou alguns movimentos do CAPS, a exemplo de mudanças de local, de profissionais, alterações estruturais e de oferta de atividades.

A partir das narrativas em assembleias, de diálogos informais e de entrevistas comigo, U3 manifesta certa ambivalência emocional e de análise com relação ao CAPS ad. Embora demonstre total insatisfação com a infraestrutura, ao lhe perguntar como se sentia no serviço, ele diz se sentir feliz: “hoje era para eu estar trabalhando, fazendo meu bico, mas eu disse 'não, eu tenho que ir para o CAPS', eu gosto daqui. Eu gosto, chega o dia de eu vir, eu pensando assim na minha mente, vou para uma oficina, vou fazer alguma coisa” (U3). Mesmo diante de descontentamentos, há motivações que fazem U3 ser um frequentador assíduo da instituição. Certa vez perguntei-lhe quais eram os motivos que mantinham a sua frequência no serviço. E esse foi, na verdade, um questionamento que me fiz desde o primeiro dia de trabalho de campo: o que motivaria a longa permanência de alguns *usuários* no serviço. U3 alegou que em sua trajetória, nos últimos 10 anos, ocorreram muitas melhoras: “graças a deus eu posso dizer que eu não to 100% sabe, mas, 70% já to, já to até diminuindo os dias aqui né” (U3).

Perante as recaídas e a falta de suporte da familiar, U3 encontra no CAPS o apoio para lidar com os momentos de reincidência: “sinto melhor estar vindo aqui, mais porque eu to me controlando mais aos pouquinhos né” (U3). Porém, em alguns momentos ele relata se sentir isolado e excluído. Além de U3, há outros *usuários* que acompanham o desenvolvimento do CAPS há muitos anos e alguns, inclusive, frequentam o serviço desde a sua criação. Essa é uma situação que me faz lembrar da fala de um profissional, emitida em uma das reuniões de equipe, sobre a frequência de antigos *usuários*, seja regular ou com reincidências: “o CAPS é uma droga, eles sempre voltam” (P1).

Ao final, pude constatar que muitos dos motivos que sustentam a permanência ou o retorno contínuo ao serviço, eram influenciados mais por uma questão social que pela questão da droga em si. O vínculo prejudicial com a SPA se fazia presente e, por vezes, era o gatilho para o regresso, pois muitos *usuários* retornavam ao CAPS por conta de recaídas, contudo os motivos que contribuíam para essa recaída e os que estimulavam a assiduidade ao serviço são de ordem social e emocional. O CAPS, para muitos dos frequentadores regulares, representa mais um espaço de apoio sociopsicológico, um supressor das faltas cotidianas como moradia, vínculos sociais, atenção, assistência, cuidado, alimentação e segurança, que um local exclusivo para o tratamento do uso de drogas, como irei aprofundar no segundo capítulo.

Por fim, sobre o meu processo de aproximação com os interlocutores, sinalizo que algumas dificuldades se fizeram presentes. Com os profissionais, a aproximação foi um pouco mais complicada, até mesmo porque todos estavam envolvidos com suas atividades, então, eu busquei não interferir nessa rotina da instituição e participar das atividades mais privativas quando me convidavam. Após a reunião em equipe (solicitada logo no começo pela coordenadora), muitos sabiam qual era a minha função naquele espaço, mas, os que não estavam presentes nessa reunião, questionavam o que eu fazia ali. No decorrer do trabalho de campo, especialmente na fase de entrevistas, este vínculo mudou. Quando fiz o convite aos profissionais para entrevistá-los, todos aceitaram de imediato, mostrando-se abertos, disponíveis e solícitos. Consegui marcar as entrevistas e realizá-las, com tranquilidade.

Com os *usuários* a aproximação foi mais fluida. Acredito que a disponibilidade também estava condicionada ao tempo que eles ficavam na instituição, pois a maioria ficava das 8:00 às 17:00h, e nem todos participavam ao mesmo tempo ou das mesmas atividades. Alguns preferiam sentar no pátio e conversar, e esse era um contexto bastante favorável para uma longa conversa fluir a partir da minha iniciativa ou através de uma ação deles. Depois que muitos se acostumaram com a minha presença no local, os cumprimentos de “bom dia, como vai?” ou “ói ela!, senta aqui pra gente conversar um pouquinho” (*sic*) tornaram-se mais rotineiros.

A construção da confiança com alguns *usuários* foi algo significativo e de extrema relevância para o processo de vinculação e, com isso, para a possibilidade de desenvolvimento da pesquisa. Muitas vezes acontecia apenas deles chegarem até a mim e perguntarem quem eu era e o que eu queria naquele espaço. Uma fala recorrente, e que muito me chamou a atenção, foi: “eles estão ali” – se referindo a uma sala onde os profissionais estavam reunidos- ou “é lá em cima que você tem que ir”; como se dissessem: *você não é como nós; não é uma de nós e deve estar querendo falar com os profissionais*. Acredito que essa experiência, a qual reflete o processo de diferenciação do outro, seja um componente reflexivo do processo de construção da identidade. Neste caso, foi elaborada uma distinção, uma diferenciação entre o grupo de profissionais (e me enquadrando nesse grupo) e o grupo dos *usuários*, no qual faziam parte.

Segundo Silva (2014), a classificação a partir dos pronomes “nós” e “eles” demarca, mediante relações de poder, “posições-de-sujeito”. O autor referencia Derrida, ao realçar que esse tipo de classificação em oposições binárias acarreta diferenciações em que “um dos termos é sempre privilegiado, recebendo um valor positivo, enquanto o outro recebe a carga negativa” (p. 83). Essas observações dos *usuários* provocaram-me questionamentos do tipo: *como eles se percebem?; Porque eles não me veem como parte do grupo?; Como eles veem os profissionais?; Como se dá o processo de hierarquização entre os dois grupos?*.

Essas foram algumas das perguntas que me conduziram à formulação do problema central e dos questionamentos mobilizadoras da pesquisa. Como se vê, o desenvolvimento deste trabalho esteve condicionado ao processo de inserção e ambientação no campo, e em termos metodológicos, apesar de estar sendo guiada pelos princípios etnográficos, algumas estratégias foram capturadas e formuladas a partir das demandas dos interlocutores. Descrevo-as no subcapítulo que segue.

1.2. O trabalho de campo e o percurso de análise dos dados

A minha estratégia de inserção em campo para a construção do trabalho foi, a princípio, *sentir* o lugar. Eu busquei estar aberta para que o ambiente se mostrasse e florescesse, e com isso, aos poucos pude identificar aspectos importantes para pensar o objeto de pesquisa. Essa concomitante imersão em campo e elaboração do texto de Dissertação, ou seja, a inter-relação campo / leitura bibliográfica / escrita, tem um aspecto singular e intrínseco de cada imersão que é possibilitar uma maior clareza com relação ao percurso metodológico utilizado, ao modo de se situar no campo e ao desenvolvimento da pesquisa. O *como chegar, como falar, como intervir, quando se calar*, são ações que foram, por exemplo, configurando-se a partir do processo de ambientação e de conhecimento do campo.

No início do trabalho de campo fui ao CAPS ad uma ou duas vezes por semana. Nesse período de ambientação, além das conversas informais com os interlocutores, fiz a observação de variadas atividades desenvolvidas pelo serviço. No entanto, visando atender às delimitações da pesquisa, precisei estabelecer um foco nas observações e optar pelo acompanhamento de algumas atividades. Após a fase de ambientação e a construção dos objetivos, do problema e das questões de pesquisa, as visitas para o trabalho de campo foram intensificadas e as observações mais planejadas e direcionadas. Focalizei, então, os espaços em que, de algum modo, as percepções sobre a droga, sobre o uso e o *usuário* eram manifestadas, e os discursos explícitos e implícitos empreendidos pelos instrumentos legais, difundidos. Como o quantitativo de informações presentes nas diferentes atividades não contribuía com o direcionamento da pesquisa, optei por centrar as observações nas reuniões técnicas dos profissionais e nas assembleias dos *usuários*, pois tais espaços forneciam riquíssimas reflexões para as análises e interpretações.

Por conseguinte, para aprofundar os elementos discursivos relacionados com os temas estudados optei por realizar entrevistas com alguns *usuários* e profissionais do serviço. Para isso, foram elaborados **roteiros semiestruturados** (apêndice), no intuito de promover um diálogo sobre aspectos críticos e essenciais que nos permitissem problematizar as questões de pesquisa a partir da visão dos interlocutores. Os roteiros (um roteiro para as entrevistas com os *usuários*; e um para as entrevistas com os profissionais) foram formados por perguntas abertas, construídas por intermédio das leituras temáticas, dos objetivos traçados e das observações diretas. As entrevistas ocorreram no último mês do trabalho de campo.

Para a realização das entrevistas com os profissionais, fiz um convite informal e todos aceitaram. Entrevistei seis profissionais²⁰, todas as entrevistas foram realizadas com a utilização do gravador e ocorreram nas salas de trabalho e na sala de descanso. Com os *usuários* foram realizadas quinze entrevistas, sendo que em catorze foi utilizado o gravador, e em uma entrevista o seu uso não foi autorizado. Algumas pessoas foram convidadas a participar (alguns convites foram feitos antecipadamente e outros de modo espontâneo durante conversas) e outras pessoas manifestaram o interesse em contribuir. Treze entrevistas foram realizadas em salas de atendimento individuais e duas ocorreram no pátio do CAPS.

Antes de iniciar as entrevistas eu solicitava ao participante a autorização para o uso do gravador, explicitando a sua importância para o arquivamento das informações. Com o consentimento do entrevistado, eu ligava o gravador e o agradecia por aceitar o convite e por autorizar a gravação, assegurando-o de que, a qualquer momento, ele poderia pedir que eu parasse a gravação, e esclarecendo que ele não precisaria responder às perguntas, caso não quisesse ou não se

20 Os profissionais que colaboraram com a entrevista são da área da psicologia, medicina, assistência social e enfermagem; um técnico trabalha como apoiador institucional e o outro na recepção e área administrativa.

sentisse à vontade para assim proceder. Também comuniquei que não divulgaria o nome verdadeiro para garantir o sigilo, e assim, dei início à entrevista, buscando contemplar os princípios da *pesquisa ética*²¹.

A condução dessa técnica, apesar de estar orientada por um roteiro semiestruturado, teve como principal guia o participante. Tentei mediar a entrevista da forma mais livre possível, iniciando a pergunta seguinte a partir do gancho deixado pelo entrevistado. Assim, não segui a ordem estruturada pelo roteiro, a *ordem* prezada era aquela dirigida pelas reflexões e práticas discursivas do interlocutor. De modo geral, 90% das entrevistas foram conduzidas de forma mais fluida, contando com uma participação mais ativa dos interlocutores; e em 10% dos casos, diante de curtas respostas e narrativas, precisei assumir um papel mais influente, na tentativa de estimular a participação do entrevistado. Durante a entrevista com os *usuários*, em alguns momentos precisei desligar o gravador por diligência deles, devido a conteúdos muito confidenciais. Uns, após a pausa, relataram-me o caso; já outros, disseram que sobre esse assunto não poderiam falar. Todas as manifestações foram aceitas abertamente, sem julgamentos e insistências. O importante era que eles ficassem à vontade e relatassem aquilo que presumissem ser necessário e relevante.

No decorrer das conversas informais com os *usuários*, percebi um aspecto interessante com relação à adequação da linguagem acadêmica ao campo de pesquisa, que me fez questionar até que ponto, o modo como o pesquisador relata e expõe a sua pesquisa, provoca certo afastamento ou aproximação dos participantes. Neste caso, como uma das metodologias imbricadas foi a entrevista semiestruturada, com a identificação de potenciais colaboradores durante as observações, eu questionava sobre a possibilidade de entrevistá-lo.

A palavra *entrevista* assustou alguns *usuários* do serviço. Uma pessoa perguntou “como era isso”, se outros teriam acesso; outra alegou que isso talvez seria um problema caso alguns traficantes soubessem do conteúdo; e outra perguntou: “mas, entrevista?”, e eu imediatamente expliquei que seria uma conversa como aquela que estávamos tendo, porém, gravada. Falei da importância da gravação para o estudo e ela se tranquilizou, alegando que estaria disposta a contribuir no que fosse possível. Diante dessas experiências, optei por não falar em entrevista, mas, em conversa ou um bate-papo com a utilização de um gravador de voz; entretanto, mesmo sendo descritores diferentes, as estratégias foram bem semelhantes, pois tive como apoio um roteiro semiestruturado e gravei as conversas com o consentimento dos colaboradores.

21 A *pesquisa ética* percebe a pesquisa como uma prática social e pensa a relação entre pesquisador e participantes com base em princípios construcionistas. Ela emprega a indispensabilidade do detalhamento e da visibilização dos procedimentos de coleta de dados; e no tocante à relação com os interlocutores, que os consentimentos sejam informados, prezando “a proteção do anonimato e o resguardo do uso abusivo do poder na relação entre pesquisador e participantes”. A ideia de *pesquisa ética* se distingue da *ética na pesquisa*, por problematizar os processos internos de trabalhos, superando “as prescrições e normatizações – algo que vem de fora” (SPINK & MENEGON, 2004, p. 90-91).

Outra mudança terminológica foi a própria palavra observação. Achei que falar em acompanhamento ou participação das atividades seria mais aceito que o termo observação, pois numa reunião dos profissionais, por exemplo, ele poderia soar como uma avaliação do comportamento e interferir na dinâmica das reuniões. Assim, para a realização do trabalho de campo, os percursos metodológicos centrais foram: a observação e a entrevista, porém, para evitar entraves durante a pesquisa, optei por utilizar as nomenclaturas “acompanhamento da atividade” e “conversa”, respectivamente.

Logo, como pode ser percebido, algumas minúcias metodológicas, especialmente as pertencentes ao processo de vinculação com os interlocutores, foram identificadas mediante a inserção e contato direto com o campo de pesquisa. Porém, há algumas estratégias orientadoras que foram pré-definidas e tais vias metodológicas se dividem no que aqui qualificarei como *metodologia de coleta* e *metodologia de análise*. Assim, o trabalho de campo, de base etnográfica, compôs o seguinte conjunto de estratégias implicadas na *metodologia de coleta* de dados: o estudo dos instrumentos legais, a observação direta e as entrevistas semiestruturadas. O processo que consiste na configuração e no desenvolvimento da *metodologia de coleta* dos dados pode ser observado no seguinte esquema:

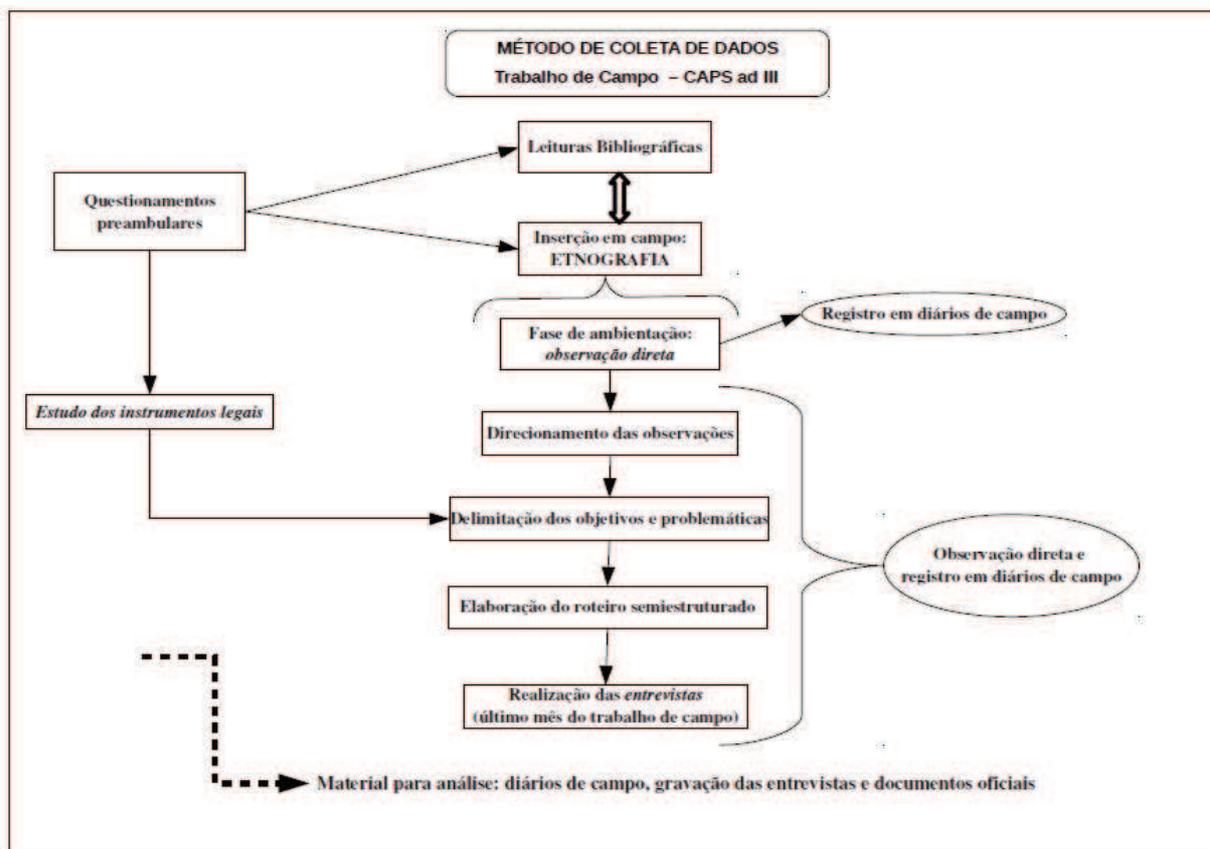


Figura 1: Fluxograma do método de coleta de dados

Para dar seguimento às análises dos dados coletados, ou seja, dos documentos oficiais, dos diários de campo e das gravações das entrevistas, duas táticas foram empreendidas na *metodologia de análise*: a construção de “Mapas” para a análise das entrevistas, e a interpretação (GEERTZ, 1973) para a análise das observações. Ao final, fiz um cruzamento entre tais dados e a leitura/análise dos princípios norteadores, das leis e das políticas sobre drogas, o que possibilitou a minha interpretação. Esta interpretação é oriunda tanto do trabalho de campo quanto das interpretações e construções dos participantes -colhidas em entrevistas, em conversas informais e em atividades como assembleias e reuniões-, pois como bem pontua Geertz (1973), nós observamos, registramos e analisamos a partir daquilo que os interlocutores nos fornecem acesso, pois “what we describe (or try to) is not raw social discourse (...), we are not actors, we do not have direct access” (p. 20).

Assim, com a finalidade de organizar as temáticas abordadas em cada capítulo desta Dissertação, a partir dos objetivos, dos questionamentos mobilizadores e do roteiro semiestruturado, construí 11 blocos de análise, intitulados: 1. A categoria *usuário*; 2. Vertentes e práticas discursivas proibicionistas; 3. Vertentes e práticas discursivas vinculadas à redução de danos; 4. O sujeito que é alvo da criminalização; 5. A mudança de leis e políticas; 6. Percepções dos *usuários* sobre eles; 7. Percepções dos profissionais sobre os *usuários*; 8. Como os *usuários* se sentem percebidos; 9. O CAPS ad para os *usuários* e para os profissionais; 10. Autonomia *versus* dependência; e 11. O acolhimento em outros serviços. A análise dos diários de campo e as transcrições das entrevistas também contribuíram para a determinação das *temáticas dos blocos de análise*.

O material coletado com as entrevistas também foi sistematizado a partir de tais blocos. Antes de ordenar os conteúdos temáticos, tomei como base um dos métodos de análise da teoria das “práticas discursivas e produções de sentido no cotidiano”, chamado “Mapas”. Segundo Spink (2010), “o Mapa é uma tabela onde as colunas são definidas tematicamente”, sendo que os temas são um reflexo do roteiro de entrevista, e o roteiro, por sua vez, é reflexo dos objetivos da pesquisa. Para a autora, “a definição das colunas que sistematizam a entrevista (ou o material discursivo) está relacionada a esse processo de organização de conteúdos de uma interação discursiva muito peculiar gerada pelo procedimento de pesquisa” (SPINK, 2010, p. 39), sendo que tais colunas são formadas pelas temáticas advindas dos objetivos pré-definidos, e pelas que são definidas posteriormente, durante o processo de análise. Por fim, a delimitação das temáticas que organizam e orientam os Mapas de cada entrevista já compõe o processo de interpretação.

Antes da construção dos Mapas, foram feitas as transcrições das 20 entrevistas realizadas (no total foram realizadas 21 entrevistas, mas uma não foi gravada). A partir das proeminências e relevâncias dos conteúdos discursivos para as finalidades da pesquisa, foram selecionadas temáticas, que também nortearam a construção das colunas e dos blocos de análise. É importante

ênfatisar que as colunas e os blocos abrangem os mesmos conteúdos temáticos. Assim, na construção dos Mapas de cada entrevista transcrita, as falas de um entrevistado foram descoladas para cada coluna específica. Após a finalização das transcrições e ordenação das falas em Mapas, cada coluna foi transformada em um bloco de análise. Isso significa que as falas de todos os entrevistados correspondentes à mesma coluna são transferidas e reunidas em um único bloco, sendo possível observar, como um todo, as práticas discursivas referentes a cada temática, de modo a facilitar a articulação com os dados oriundos das observações e, assim, a análise e a interpretação de cada temática específica. Esse processo de análise dos dados, que culminou na construção dos três capítulos, pode ser visualizado a seguir:

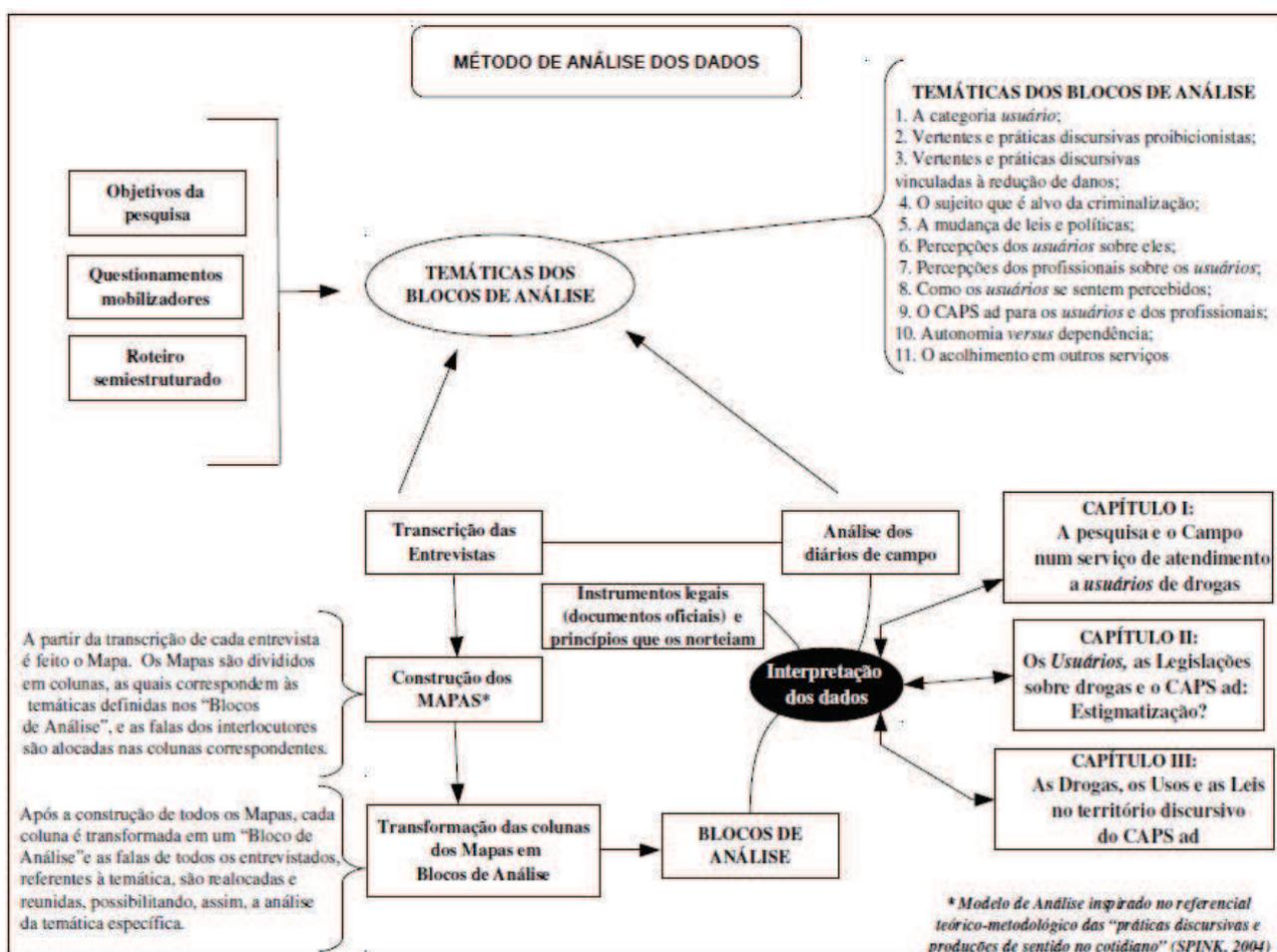


Figura 2: Fluxograma do método de análise dos dados

Por fim, após apresentar o CAPS ad, as pessoas que colaboraram com a pesquisa, o processo de negociação e incursão em campo, e o percurso metodológico de coleta e de análise de dados, discutirei, nos capítulos seguintes, a influência das bases que fundamentam as leis e políticas públicas sobre drogas no modo como o *usuário* de substâncias psicoativas se percebe e é percebido

socialmente. Para prosseguir com as análises e interpretações, iniciarei o segundo capítulo problematizando a categoria *usuário*, contextualizando-a a partir do campo em que a pesquisa foi desenvolvida, do proibicionismo, da redução de danos e das leis e políticas públicas sobre drogas. Busco, assim, compreender o modo como a categoria tem sido constituída por tais perspectivas, e como os *usuários* são posicionados e se posicionam na rede discursiva construída pelos instrumentos legais e pelo CAPS ad.

CAPÍTULO II

OS USUÁRIOS, AS LEGISLAÇÕES SOBRE DROGAS E O CAPS AD: ESTIGMATIZAÇÃO?

O debate proposto neste segundo capítulo gira em torno do sujeito que é alvo, penal e assistencial, dos instrumentos legais sobre drogas e dos serviços de saúde especializados. Para nomeá-lo, a categoria classificatória mais empregada pela lei e pelas políticas públicas de saúde, bem como pelo próprio CAPS ad, é *usuário de drogas*, termo este carregado de tensionamentos, discursividades e produções de sentidos variadas. Nesse seguimento, proponho compreender o acionamento da categoria *usuário* a partir do campo estudado, dos instrumentos legais sobre drogas e dos princípios que os norteiam.

Pois bem, no decorrer deste texto, o termo *usuário* tem sido realçado em *itálico*. Meu intuito é destacar que essa é uma categoria produzida pelo campo, que a tomamos *emprestada* e, ao assim proceder, não a incorporamos à análise de modo irreflexivo. A intenção do realce é por acreditar que o uso da terminologia *usuário de drogas* para designar alguém que consome SPA implica, de certo modo, na disseminação de um estigma, que, segundo Goffman (1963), é a presença de uma característica com “efeito de descrédito”, em que a pessoa não está apta a receber uma “aceitação social plena” (GOFFMAN, 1963, p. 07).

Entendo que essa atribuição é genérica e implica certa rigidez classificatória, ou ainda um *reducionismo*, se aqui pensarmos em questões relacionadas aos processos de identificação por parte das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, as quais são e fazem muitas outras coisas para além do uso. Quando lhe denominam de *usuário*, a pessoa passa a ser vista como se não possuísse outro atributo ou identificação que não aquele relacionado à droga, diante da supremacia de uma concepção dura, incambiável e única em relação ao que é ser *usuário*. Há uma (de)limitação imposta ao sujeito, em detrimento da consideração e reconhecimento das inúmeras possibilidades de se identificar, de ser, estar e se posicionar. Não obstante, a denominação *usuário de drogas* é algo corriqueiro, presente no cotidiano dos serviços de saúde, divulgado pela mídia e pelas legislações, apesar das críticas de que ela é, em si, estigmatizante, pois, rotula, institui uma marca e reduz a pessoa a um aspecto particular, que é ao termo e às especificidades que ele carrega.

Apesar das críticas conceituais, teóricas e acadêmicas, o termo *usuário* é amplamente acionado pelos instrumentos legais e no cotidiano dos serviços, entre os *usuários* e os profissionais, e na tentativa de *construir uma realidade* a partir da construção social elaborada pelos interlocutores, utilizo as definições e palavras que eles mesmos utilizaram para se definirem ou

definirem os outros. Uma observação curiosa com relação ao termo é que ele é, por vezes, anunciado para se referir ao *usuário de drogas* ou para se referir ao *usuário do serviço*. E, embora no dia a dia do CAPS as duas se mesquem e se concentrem em simplesmente *usuários*, uma é figurada num sentido mais negativo, e a outra, apresenta uma conotação mais positiva, o que faz com que a palavra *usuário*, quando pronunciada sozinha no âmbito do CAPS, carregue ambivalências.

Em relação à discussão sobre *ser usuário*, para não avançar em temas não delimitados para esse estudo, e não ampliar o debate em torno dos usos que fazemos rotineiramente de distintas substâncias²² ou dos tantos *vícios* que adquirimos não relacionados com substâncias psicoativas, restringir-me-ei à generalidade de que todos os que utilizam os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) são considerados *usuários* do sistema. Se observarmos a Lei nº 8080/90²³, o Decreto nº 7.508/2011²⁴ que a regulamenta e a Lei nº 8142/90²⁵, normativas que dispõem sobre o funcionamento e a organização do SUS, perceberemos que a categoria *usuário* é amplamente disseminada para designar aqueles que consomem e utilizam os serviços de saúde, da atenção primária à alta complexidade. Daí a utilização da categoria *usuário* para se fazer referência ao *usuário* do CAPS ou *usuário* do serviço.

As diferenças em relação ao ser *usuário* do serviço e ser *usuário* de drogas situam-se na maneira como as pessoas que fazem uso de drogas percebem as substâncias e se percebem enquanto *usuários*. A estigmatização do público que frequenta o CAPS ad é algo presente, não só fora da instituição, como dentro e entre os próprios *usuários* do serviço. Quando a categoria *usuário* do CAPS é acionada, percebi que há a prevalência de duas vertentes, uma de caráter negativo e outra de caráter positivo. Quando se fala em *usuário* do CAPS ad, fora do serviço, a categoria carrega um significado social de descrédito. Lembro-me das faces ostensivas e soberbas de alguns motoboys²⁶ quando eu os pedia para me levar até o CAPS ad. Um chegou a verbalizar, alegando que talvez eu

22 A exemplo de estimulantes como o café, chás, a coca, o guaraná, o mate, a noz de cola e energéticos. (FIORE, 2012; MACRAE, 2001), ou drogas e fármacos receitados.

23 A Lei nº 8080/90 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm

24 O Decreto nº 7.508/2011 “Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm

25 A Lei nº 8142/90 “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências”. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/leis/L8142.htm

26 O Motoboy, também conhecido como Mototaxista, é uma profissão regulamentada pela Lei nº 12.009/2009 e que tem como atividade o transporte remunerado de passageiros.

estivesse enganada porque aquele era um lugar para pessoas que usavam drogas, eu lhe disse que “sim, eu sei, é para lá mesmo que eu quero ir”, e ele, espantado, perguntou “mas, você é usuária?”.

Já dentro da instituição, a categoria *usuário* do serviço ou *usuário* do CAPS ad, sustentam uma conotação distinta. A classificação *usuário* atribuído pelas políticas de saúde se transformou num signo de identificação por parte das pessoas que frequentam o serviço. Já o agenciamento da categoria *usuário de drogas* não apresenta a mesma função. É visível a ambivalência entre se sentir integrante do grupo dos *usuários* do serviço e se sentir parte do grupo dos *usuários* de drogas, discussão que perpassa pelo modo como as pessoas que fazem uso de drogas se veem e são vistas socialmente.

Assim, para organizar a análise dos dados, divido este segundo capítulo em três partes. Na primeira, intitulada “2.1. A categoria *usuário* e o CAPS ad: cotidiano e disputas”, busco problematizar quem são os *usuários* do CAPS onde a pesquisa foi realizada, como eles se veem dentro desse contexto e como eles são vistos pelos profissionais que trabalham no serviço, discutindo os sentidos produzidos em torno da ambivalente categoria *usuário*. Na segunda parte, “2.2. O Proibicionismo, a Redução de Danos e o Debate Legal sobre Drogas”, discorro sobre as grandes narrativas que orientam a formulação de leis e políticas públicas sobre drogas: o proibicionismo e a redução de danos. O objetivo é apresentar a influência de tais vertentes nas concepções que os interlocutores produzem sobre a droga, o uso e os *usuários*, e conseqüentemente, as implicações de tais compreensões sobre os *usuários*. Ainda neste mesmo capítulo darei seguimento ao tópico “2.3. As leis, políticas e representações midiáticas sobre drogas”, buscando mostrar a influência que o proibicionismo e a redução de danos têm sobre os instrumentos legais brasileiros, enfatizando também o impacto das narrativas midiáticas na produção de sentidos sobre a droga e na propagação do chamado “pânico moral”.

Logo, esse segundo capítulo foi desenvolvido com o objetivo de apresentar os dois princípios que elenco como norteadores dos instrumentos legais sobre drogas: o proibicionismo e a redução de danos; e problematizar a categoria *usuário* a partir do CAPS ad, de tais princípios e das leis e políticas públicas sobre drogas. Desse modo, os agenciamentos político-sociais em torno do fenômeno das drogas, incluindo neste rol: os discursos das leis e das políticas públicas; as práticas discursivas dos profissionais e dos *usuários*; a instituição e suas normativas; o regime jurídico-penal; o sistema de segurança pública e o sistema de saúde, serviram-nos de base para a análise e a reflexão sobre como a categoria *usuário* é concebida no contexto do serviço, enfatizando o modo como a pessoa que consome substâncias psicoativas se percebe e é percebida socialmente. Foi a partir desse recorte que busquei identificar os elementos discursivos em disputa pela construção de uma imagem de *usuário de drogas*, e compreender como os discursos legais se diluem no cotidiano da instituição, interpelando os profissionais e os *usuários*.

2.1. A categoria *usuário* e o CAPS ad: cotidiano e disputas

É comum ouvir no CAPS ad as expressões “eles, os usuários” e “nós usuários”, entre as pessoas que fazem uso de SPA. Embora haja a difusão de outras categorias no cotidiano do serviço, como dependente químico, adicto, viciado, entre outras, a terminologia *usuário* é a mais acionada e a que mais prevalece. No início do trabalho de campo, essa categorização se apresentava compartilhada e isenta de conflitos por parte dos interlocutores, e me questionei se, de fato, as pessoas que usam substâncias psicoativas se identificam com a categoria *usuário*. Com o desenvolvimento da pesquisa, principalmente em conversas informais e entrevistas, percebi que a categoria se ramificava a depender do modo como ela era acionada. Deparei-me no campo, como destaquei acima, com dois entendimentos distintos: o *usuário* do serviço e o *usuário de drogas*, que ora se cruzam ora se apartam.

A princípio, esses dois elementos discursivos aparentavam ser composições totalizadoras, que ao tentar capturar os sujeitos, os homogeneizavam. É como se as duas inclinações, o *mundo* dos *usuários* do CAPS ad e o *mundo* dos *usuários* de drogas, prepussem certa unidade, cuja universalidade seria representada pela categoria uma de *usuário* do serviço ou *usuário* do CAPS, e de *usuário de drogas*. De modo geral, elas compreendem sentidos, processos de identificação e sentimentos de pertença também distintos.

Embora no contexto do CAPS ad as expressões *usuário* do serviço e *usuário* do CAPS tenham a mesma finalidade categórica, uma é mais abrangente por compor o repertório classificativo das políticas de saúde, fazendo referência aos *usuários* dos serviços de saúde em geral, e a outra, é mais específica e se reporta diretamente às pessoas que utilizam o CAPS. Apesar de fora da instituição a categoria *usuário do CAPS ad* ter uma conotação negativa, dentro do serviço é possível perceber que as pessoas que o frequentam se veem como *usuários* do CAPS, que o sentido atribuído à categoria é positivo e que há o compartilhamento de signos em torno dessa ideia. Nas pautas de reivindicação em assembleias, por exemplo, a afirmação de “nós usuários” manifesta união e igualdade. Por mais que haja divergências de opiniões nas pautas, as demandas e solicitações são requeridas para o benefício de todos. Assim, ser *usuário* do serviço, seja este serviço o CAPS ou outros da rede de saúde, é uma posição que possibilita o exercício da cidadania.

Já a segunda categoria, *usuário de drogas*, propagada pelos instrumentos legais como algo uniforme, carrega um sentido negativo, demarcado pela estigmatização e rejeição. Percebi, através das narrativas dos *usuários* e dos profissionais, que muitas pessoas que são acolhidas pelo CAPS não se identificam e não se veem como *usuários* de drogas. Para compreender a produção de sentidos em torno da categoria, uma das perguntas que fiz nas entrevistas foi “você se considera um *usuário de drogas*?”, e obtive respostas do tipo “não. Eu não me sinto no meio desse pessoal. (...)”

Não me considero não” (U13), “o que me ajudou a chegar nesse ponto foi a droga, mas, eu não sou usuário de droga” (U8).

Entendo que essa *recusa* a tal denominação se dá pelo modo como as leis, as políticas públicas, a mídia, e por sua vez, o senso comum, representam e definem os *usuários* de drogas no Brasil. A concepção sobre *o que é ser usuário* é fechada, única e homogênea, pois desconsidera as *múltiplas* formas que as *diferentes* pessoas têm de se relacionar com as *distintas* substâncias. Para o sociólogo Espinheira (2009):

Os usuários de drogas têm em comum, o que é evidente, o uso de drogas. Podemos, entretanto, afirmar que as formas de usos e os seus significados diferem de indivíduo para indivíduo, assim como de grupo para grupo dentro de uma mesma cultura, e são mais distintos ainda quando consideramos culturas contrastantes. (ESPINHEIRA, 2009, p. 01).

Segundo Norman Zinberg (1984) a relação entre o *usuário* e a substância é estabelecida mediante três fatores: 1) *Drug*: que corresponde aos componentes farmacológicos das substâncias; 2) *Set*: que se refere às questões mais subjetivas como personalidade, expectativas, componentes psicológicos e físicos, por exemplo; e 3) *Setting*: que se remete ao contexto, neste caso, onde é feito esse uso, as pessoas presentes e como a concepção sobre a droga é, neste espaço, diluída. Ou seja, as manifestações e possibilidades de usos são variadas. Tal *lógica* não poderia ser mais *simples*, pois, considerando que há uma diversidade de substâncias e pessoas, conseqüentemente, a relação estabelecida entre ambas será também diversificada.

Não obstante, apesar de a questão heterogênea estar clara, a norma enquadra os *usuários* de drogas numa categoria única. As representações legais e midiáticas são, muitas vezes, estigmatizadoras, afetando, assim, o modo como as pessoas que fazem uso de substâncias se veem e são vistas socialmente. A identificação e a discrepância relacionada à incorporação dessa *imagem* de *usuário*, por parte das pessoas que fazem uso de drogas, são percebidas quando elas concebem o *ser usuário* nessa perspectiva disseminada e, ao mesmo tempo, afastam-se de tal concepção, recusando essa imagem. Através da análise das práticas discursivas dos interlocutores, pude identificar a reincidência do sentido de *o outro é um usuário, eu não*. Ou seja, mesmo que estabeleçam uma relação com alguma(s) substância(s) psicoativa(s), muitos dos *usuários* do CAPS não admitem serem vistos como *usuários*, ao menos no sentido estigmatizado de como a ideia de *usuário de drogas* é propagada.

Assim, apesar de hegemônicos, os sistemas classificatórios não representam o modo como boa parte dos que utilizam SPA se percebem. Ao compartilhar da leitura que Hall (1995; 2014) faz sobre a constituição do sujeito, e observar a participação ativa dos *usuários* na (re)elaboração ou manutenção de práticas discursivas sobre o *ser usuário*, é possível afirmar que há a existência de

um processo de negociação, em que os sujeitos assumem posições na rede discursiva, definindo, por sua vez, como se percebem e como querem ser representados.

Desse modo, entendo que há uma negociação em torno da categoria *usuário* por parte das pessoas que utilizam o CAPS ad. O processo não se dá com uma imposição, uma separação classificatória vertical e uma simplista aceitação pelos considerados *usuários*. Pode até haver uma espécie de enquadramento unilateral na definição, mas as pessoas não se deixam facilmente ser encaixadas, e a negociação se instaura no processo e na relação entre eles, com os familiares, os amigos, os estranhos, os profissionais e outros agentes da mídia e do Estado. As formas de identificação não podem “ser ajustadas – idênticas – aos processos de sujeito que são nelas investidos” (HALL, 2014, p. 112). Entretanto, como aprofundarei mais adiante, é importante o destaque para as influências que os instrumentos legais exercem nesse processo de identificação e posicionamento, que são nítidas no território discursivo do CAPS ad.

A intenção agora é apresentar quem são as pessoas que frequentam o serviço e as que entrevistei, destacando as narrativas sobre como os sujeitos se veem e como são vistos pelos profissionais. No início das entrevistas que realizei, solicitei algumas informações sociodemográficas e de cunho mais objetivo, como idade, naturalidade, onde residiam, como chegaram e há quanto tempo frequentavam o CAPS ad.

Dos quinze *usuários* que entrevistei, todos do sexo masculino, entre 28 e 78 anos, nove são do estado de Sergipe, dois da Bahia, um de Pernambuco e três de São Paulo. De modo geral, os motivos que levam as pessoas a buscarem os serviços oferecidos pelo CAPS são: encaminhamentos por outros serviços de saúde, pela justiça, pelo trabalho ou por instituições sociais; iniciativa da família; e a procura voluntária (sozinho ou acompanhado), estimulada ou não por outra pessoa. Este último caso é o mais recorrente. Na conjuntura específica dos entrevistados, uma pessoa procurou o CAPS por recomendação do local em que trabalhava, dois foram encaminhados por outros serviços de saúde, um conheceu o CAPS ad através do Centro POP e os outros chegaram ao serviço voluntariamente. Desse grupo, a maioria procurou o CAPS por indicação de amigos.

No que concerne ao tempo de frequência, a maioria dos interlocutores estão no CAPS desde a sua criação e abertura em 2002. Constatei que aqueles que têm mais tempo no serviço, um total de dez pessoas (das quinze entrevistadas), o frequentam há mais de cinco anos, sendo que quatro pessoas desse grupo estão no CAPS há quase 12 anos. Já os outros frequentam o serviço num período de quatro meses a três anos. No momento, oito *usuários* se encontravam em situação de rua, aspecto que demarca fortemente a caracterização do público do serviço. Esse é o grande *nó górdio* da instituição, que entrelaça distintos debates sobre o vínculo que as pessoas estabelecem com o serviço, a dependência, a autonomia, os direitos humanos, a cidadania, e por fim, a eficácia no tratamento proposto e negociado.

Esse tema é sempre trazido nas entrevistas com os profissionais. Para compreender como eles percebiam o público acolhido pelo CAPS, questionei-lhes se seria possível falar em um *perfil*. A fala de P2, por exemplo, revela-se um disparador provocativo para adentrar nessa discussão. De acordo com o profissional:

Então, eu acho que existem perfis. Porque, a gente que trabalha num serviço que lida com essa questão, a gente tende a ficar com o olhar viciado, e às vezes eu tento ficar me policiando para não viciar meu olhar com relação a essa dimensão do sujeito, que eu entendo né, que eu tô lidando ali com sujeitos, com pessoas que têm várias questões para se resolver. E é possível observar padrões de comportamento, eu consigo observar padrões de problemáticas, mas, pra mim, é difícil dizer que existe um perfil assim. (...) A minha noção de usuário de drogas é muito vasta, (...) é muita pluralidade de usos, muitas formas de uso de uma mesma substância, muitas formas de convívio e de experiência com a substância, o que dificulta você querer criar um perfil. Aí eu acho que a gente pode tentar visualizar alguns padrões, e ver qual é a melhor forma de atender a todos. (P2).

Ou seja, se por um lado é possível observar algumas similaridades com relação às problemáticas e características mais gerais, por outro lado, concordo com este profissional sobre a inconsistência em se falar num perfil de *usuários de drogas*, ou mesmo em um perfil dos *usuários* que frequentam o CAPS ad III da cidade onde a pesquisa foi realizada. No entanto, identifiquei no trabalho de campo que alguns discursos defendem o viés da unicidade, conjecturando um perfil homogêneo de *usuários*, mesmo diante da “heterogeneidade de um hipotético *mundo das drogas*” (VELHO, 2003, p. 84). Já outros discursos expõem as multiplicidades existentes no modo como o *usuário* se comporta, como se relaciona com o serviço e os profissionais, como adere ao tratamento e seus estilos de vida, contrapondo, como descrevem Malheiro e MacRae (2011), essa “falsa homogeneidade comumente atribuída aos usuários/as de drogas” (p. 55). Em entrevista, P3 descreve a diversidade existente no CAPS ad:

Você não tem um perfil específico, o perfil é o usuário de álcool e outras drogas. Mas, assim que público é esse? Porque é um público muito grande, a gente tem usuário que tem a família classe média alta, como a gente tem aquele usuário que é morador de rua, e não tem nada. E aí eu acho que é justamente nesse momento que gera esses conflitos, tem usuário que tem um nível de educação melhor que o outro, tem usuário que já teve realmente instruções familiares, já conviveu com regras e com normas, como a gente tem aqueles que nunca conviveram. Então têm essas cobranças, um já acha que tem que fazer do dele jeito porque é direito dele, porque o serviço é para ele; e já tem aquele que não, que tem que ter as regras e as normas, e aí a gente entra num embate. (P3).

Além dessas diferenças pontuadas, é possível averiguar distinções em relação ao modo como o *usuário* é percebido, através da maneira como ambos os interlocutores (*usuários* e profissionais) se posicionam frente à SPA e ao enfoque da corresponsabilização, por exemplo.

Analisando as práticas discursivas transcritas percebi falas que vão desde a culpabilização do *usuário* (por ele próprio e por profissionais) em relação ao uso prejudicial da SPA, até a desresponsabilização, que recaem no debate sobre o compartilhamento do cuidado para a construção da autonomia.

Por exemplo, nas seguintes falas: “fumo porque eu quero, ninguém obriga ninguém a fumar ou não, é a força de vontade da própria pessoa, se normalmente ele quiser deixar, ele deixa. E também se o *caba* quiser continuar, ele continua” (U3); ou “a pessoa pra querer deixar esse negócio desse vício tem que ser força de vontade mesmo” (U4), é possível perceber que a *força de vontade* é tida como um passo ou ação relevante para a efetividade do tratamento. Todavia, problemas se apresentam quando o *usuário* é visto ou se vê como o único responsável pela sua “recuperação”, e quando o sistema no qual ele está inserido é deslocado da análise como um todo. Este discurso *culpabilizatório*, que vê o sujeito como o único agente responsável pela mudança é, pois, bastante disseminado pela mídia e, especialmente, pelo senso comum.

Outro extremo é quando a pessoa não se vê como agente nesse amálgama. A seguinte fala de U7 demonstra a reprodução de um discurso privilegiado das teoterapias (que veem o uso como uma doença e manifestação demoníaca) e de alguns segmentos da área da saúde:

Tenho um problema que é uma doença progressiva e incurável que é a dependência química. E eu tenho que fazer meu tratamento, eu tenho comorbidade, né, que foi adquirida provavelmente por conta do uso da substância (...) Então, eu aceito que **eu sou um dependente químico, que eu tenho uma doença, progressiva, incurável e fatal.** (U7, grifo nosso).

Nesta mesma direção pensam também alguns profissionais do CAPS ad, como P4: “na verdade, eles estão aqui porque estão doente mesmo, precisam se tratar, eles ainda não caíram na real”, e P7: “as pessoas que vêm para o CAPS elas têm uma doença chamada dependência química. É uma doença que não tem cura, vocês vão ter que conviver com essa doença. Quem tem dependência química não pode entrar em contato com a substância química porque não tem controle sobre o uso”.

Neste caso, o entendimento do uso como uma doença evoca a ideia de cura e da abstinência como o único recurso para o tratamento. Rosa (2014) descreve que o surgimento “da chamada dependência química” é de responsabilidade do poder médico, como forma de disciplinar, controlar os corpos e reforçar estigmas. De acordo com o autor, “representações criadas acerca da dependência química imputada ao usuário eventual de drogas poderão produzir estigmas que possivelmente serão mais prejudiciais do que o próprio uso de tais substâncias” (ROSA, 2014, p. 254). Além da perspectiva totalizadora da segurança pública, que vê o *usuário* como um marginal, e da clínica clássica, que o vê como um doente, há também a visão moralista e massificadora das

religiões sobre a questão dos consumos, que de certo modo encorajam uma desresponsabilização do *usuário*, ao conceberem o uso como “obra do demônio” ou como uma “doença incurável”.

Diante de tais concepções estáticas, P1 pontua o desafio e a necessidade de desconstruí-las para se alcançar a corresponsabilização do cuidado, enfatizando que, na saúde pública é preciso se desapegar, quase que total, da ideia de fé. Para o profissional, quando a laicidade não é preservada, compromete-se a corresponsabilização do *usuário* frente ao seu tratamento, por se disseminar a noção de que as nossas histórias e atitudes são consequência de um “plano”, “até, muitas vezes, um plano perverso, se é que Deus pode ter feito um plano perverso, ou do demônio que seja” (P1). Para P1 é preciso aprender “que nós somos responsáveis pelas coisas que a gente faz, e aí eu não acredito em destino, eu acredito em escolha, e eles têm que aprender isso, o CAPS ad tá aqui pra isso (...). O processo de responsabilização individual é a grande alternativa para o nosso trabalho. (P1)”.

Ainda nesse sentido crítico em relação aos olhares totalizadores sobre a SPA, o mesmo profissional propõe um novo modo de pensar as drogas e seus usos:

Eu sempre trabalho com a ideia de que o conceito que a gente tem do uso de drogas, ele é a soma de três olhares e ninguém mais mexe com isso: é o olhar da saúde, que vê nisso uma doença, o olhar da justiça, que vê nisso um delito, e o olhar das religiões, que vê nisso um pecado. (...). Um pecador sabe qual é o caminho dele, o delinquente sabe qual é o caminho dele, e o doente também. O doente: hospital, saúde; o delinquente: cadeia; o pecador: inferno. Então, na minha opinião, esse conceito que se tem de droga, ele é muito mais violento que o próprio consumo de drogas (...). Nós precisamos continuar caminhando, temos um quarto olhar que seria o olhar da cidadania. A cidadania não vê nem como doença, nem como delito, nem como pecado. Ela vê como um direito. Aí é que começam os nossos problemas, você vai me perguntar: você quer dizer que a pessoa tem o direito de usar drogas? No olhar, à luz dos direitos fundamentais, sim, o corpo é da gente. O filósofo Kant já dizia isso: da pele pra dentro quem manda sou eu! Mas, ele disse isso em 1650, e a gente não entendeu até hoje né, que na nossa cultura moralista, muito ligada a religiões né, a cristãs, que fazem a gente entender desde pequenininho que nós não somos o que nós somos, nós somos o plano de Deus. Não é uma crítica à fé individual, eu respeito a fé que cada um tem mas, em termos de saúde pública, de políticas públicas, não dá pra trabalhar assim, eu acho que a fé tem que ser guardada num canto especial na vida de cada um. (P1).

Com relação a este quarto olhar proposto por P1, sublinho que, apesar das lutas e mobilizações na década de noventa e das conquistas da reforma sanitária e psiquiátrica, a cidadania continua sendo pauta central, e na área de drogas, então, ela é pauta *duplicada*. No quesito legal e no item saúde. Os movimentos em prol da descriminalização e legalização de drogas, que têm por base a inconstitucionalidade da atual lei nacional, reivindicam a garantia de um direito cidadão fundamental: a liberdade individual, como destaca P1. Já na saúde, alguns *usuários* e profissionais relatam o desfalque da rede para a oferta de uma atenção integral às pessoas que usam drogas, manifestando insatisfações. Em uma de suas contestações sobre a infraestrutura do CAPS, U3

reforçou, por exemplo, a sensação de negligência experienciada pelos *usuários* do CAPS ad, ao compará-lo com outros CAPS's da cidade: “na ouvidoria, nós vamos reivindicar os nossos direitos que podemos ter (...) nós queremos o prédio nosso que aqui não é um CAPS, o CAPS que tem aqui dentro da cidade é o CAPS *transtorno*²⁷, porque ali foi feito para ser um CAPS, tem cozinha, tem tudo organizado (...). Nós somos discriminados”. (U3).

Além da discriminação, outras experiências negativas são relatadas pelos *usuários*, no que diz respeito à maneira como se sentem percebidos. Fruto da condição de fazerem uso de uma substância, experiências como abandono, desfeita e desatenção são as mais destacadas: “se eu tiver sujo, mal-trajado, eu vou ser o que? Mal recebido né? Agora se eu tiver em uso, agora meio consciente e tiver arrumado, eu sou recebido como qualquer um. (...) Se eu chegar todo arrumadinho, ele não vai nem perceber que eu sou viciado” (U10); “Todo mundo me abandonou. Amigo, primo, irmão, mãe, todo mundo me abandonou. Vou dizer a você que eu tô triste, tô triste (*chora*). Dá vontade de chorar da peste” (U11). E para U7,

O usuário ainda é visto de uma maneira, como eu posso falar, discriminatória na verdade. (...) Têm muitos profissionais da área (*se referindo à área da saúde*) que trabalham no CAPS mas, trabalham por uma questão de emprego e não por uma questão de formação de opinião né? Tipo, não acreditam muito naquilo que estão fazendo. E isso dificulta muito o acesso e tratamento do usuário. (U7).

Muitos dos relatos são direcionados ao governo, à sociedade e à família, e alguns ao CAPS. Em relação ao CAPS ad, é possível observar certa ambivalência nas opiniões dos *usuários* sobre o serviço, como sinalizado anteriormente. À medida que eles reclamam sobre a infraestrutura e a falta de algumas atividades, trazem sempre elementos positivos sobre o processo de vinculação com o serviço. Isso fica ainda mais visível quando lhes perguntei como se percebiam e se viam hoje.

Todos fizeram uma avaliação de si relacionada com a sua trajetória no CAPS ad: “eu modifiquei bastante (...) e eu agradeço muito aqui ao CAPS, porque graças a deus me evitou muito bem, a evitar a bebida” (U4); “não tô mais como era, que era todo dia, todo dia né, agora não, tô me segurando aos pouquinhos, até meus remédios estão já diminuindo” (U3); “antes eu era indigente, hoje eu sou gente” (U6); “hoje graças e deus tô recuperado, me recuperei, parei de beber, mas, mesmo assim, frequento porque ninguém sabe o dia de amanhã, pode dar uma caída né (...). Aí eu continuo participando do CAPS. (...) Fiz muito amigos, aí eu não pretendo sair, sabe?” (U4); “melhorei bastante” (U9); “não, antigamente eu não controlava, hoje eu controlo” (U10); “eu me sinto melhor. Porque 12 anos atrás eu cheguei a morar na rua e tudo. Já é uma janela já para a

²⁷ Ao se referir ao CAPS especializado para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico, U3 falou o nome da instituição. Porém, para garantir o sigilo, substituí o nome do referido CAPS pelo codinome “CAPS transtorno”, como é também conhecido.

pessoa se meter na danada da cachaça (*risos*). (...) Agora eu venho a beber por livre e espontânea vontade. Porque eu já me conheço já.” (U13); “O CAPS me trouxe de volta, porque quando eu cheguei aqui, eu tava praticamente morto” (U8).

Ao compararem o estado em que se encontram hoje com o período que deram entrada no serviço, todos os entrevistados alegaram estar bem melhor, e relatavam essa comparação com um sorriso no rosto, principalmente aqueles que frequentavam o serviço por muitos anos, os “mais antigos da casa”. A adesão ao serviço foi um tema que também nos possibilitou perceber como os *usuários* são vistos e discriminados, pois para alguns profissionais, é possível discernir características de pessoas que aderem mais facilmente ao serviço, como é relatado a seguir:

A gente tem aquele usuário que ele quer frequentar o serviço porque ele fica muito tempo na rua e usando droga, e aqui é como um espaço em que ele pode diminuir esse uso e ao mesmo tempo também cuidar da saúde dele. Que é o médico, a equipe em si, uma oficina, tem o psicólogo, o próprio almoço, o banho também faz parte desse cuidado. Tem usuários que já são mais graves, que a equipe identifica, porém, ele já não tem esse senso de autocuidado. É como se ele não aceitasse ainda esse momento de dar esse intervalo né, essa parada com o uso, e aí acaba que eles não conseguem ficar num regime de acordo com o que é proposto. Tipo um acolhimento noturno (...). E aí a gente tem alguns que estão muito debilitados, que ele não tem escolha, ou ele fica ou ele corre um risco pior, de maior agravo, aí acaba ficando. E tem aqueles que não têm nem tanta necessidade por questão do uso, por questão clínica, mas tem conflito familiar ou tá em situação de rua, aí também o acolhimento para esse usuário tem uma adesão melhor, né, eles tendem a ficar mais tempo. (P3).

O aspecto mais proeminente, dentre todos os citados pelos *usuários* e profissionais, é a questão da situação social em que se encontram muitos *usuários*. Tal aspecto recai e desemboca na caracterização de uma demanda mais direcionada para a assistência social que a saúde, como pontuou U17, em um de nossos encontros: “para o CAPS vem até quem não usa, quem só tá mesmo em situação de rua delicada”. De acordo com P2, o CAPS contabilizou o número de *usuários* que estão em situação de rua, e concluiu que este quantitativo perfaz um total de 70% a 80% das pessoas que frequentam o CAPS²⁸.

Chamo a atenção para esse ponto por ser uma temática recorrentemente debatida em reuniões e assembleias do CAPS. A questão socioeconômica é, quiçá, o aspecto mais central e problemático que o uso em si. As demandas sobrepujantes, apontadas nas reuniões dos profissionais e pelos *usuários*, é por morada, alimentação, higienização, ou seja, necessidades básicas, além das fragilidades de vínculos familiares e sociais. Aqueles que procuram o CAPS, muitas vezes se

28 Em umas assembleias realizadas falou-se sobre a implantação de um projeto na cidade para atender a esse público e “levar os direitos para quem tá na rua”, semelhante ao programa social “De Braços Abertos” da cidade de São Paulo. Contudo, até o final do trabalho de campo o projeto ainda não havia sido implantado.

encontram também em alguma outra condição social de vulnerabilidade com relação a necessidades materiais básicas e de subsistência.

Em algumas narrativas, identifiquei que a droga é posta como causadora desses problemas sociais, principalmente por profissionais que situam a SPA no centro do debate. Porém, uma aproximação com os *usuários* e o conhecimento de suas histórias de vida são suficientes para notar que, em muitos casos, o dito “uso problemático da droga” é, na verdade, *apenas* mais uma dentre as consequências prejudiciais na vida de alguns *usuários*. Considerando o contexto em que vivem algumas pessoas, é possível perceber que as causas acarretadoras dos atuais danos são de outra ordem, e que o uso, ou abuso, é algo decorrente dessas tantas perdas.

Desse modo, o tópico sobre a disposição de auxílios e de benefícios para amenizar essas problemáticas de ordem social é tratado por muitos profissionais como uma função e dever do CAPS, embora outros achem que há certo *abuso* dos *usuários* com relação ao serviço. Ao ser qualificado como um serviço de caráter psicossocial, segundo P4, o CAPS pode ser visto como uma estratégia de redução de danos, tendo em vista que muitas pessoas não têm o que comer ou passam grande parte do tempo na rua, submetidas a situações possivelmente danosas. Neste sentido, o CAPS seria um artifício para reduzir tais adversidades, um caminho para o autocuidado, o cuidado da saúde física e mental, independente da pessoa optar, ou não, pela interrupção do uso. Em uma das minhas conversas com U8, ele também salienta esta perspectiva do CAPS como uma estratégia de RD. Para ele, que se encontra em situação de rua, “o CAPS funciona como RD” (U8), pois nos dias em que está no serviço ele não bebe, e faz uso de álcool apenas quando está na rua e não tem o que fazer.

Outros pontos que, a meu ver, têm uma estreita relação com o anterior, seriam os motivos que levam alguns *usuários* a frequentarem o serviço, o que eles pensam sobre o CAPS enquanto um dispositivo de portas abertas e o *porquê* da permanência, de alguns *usuários*, no serviço. Como já sinalizado, dentre as quinze pessoas, oito relataram que estavam em situação de rua e souberam, através de amigos, de uma instituição que fornecia comida durante o dia, onde poderiam tomar banho, lavar roupa e sentir-se seguro (U6; U8; U16). A segurança, por exemplo, é um quesito central na fala de alguns *usuários* que se encontram em situação de rua. Uma colocação emocionada e enfática de U16 com relação à insegurança que sente, foi a seguinte: “se o cara não andar com os olhos abertos, você morre na hora. Tá no mundo? Tá dormindo na rua? Eu não durmo mais não, viu, cochilo, ninguém sabe não viu” (U16).

Na intenção de averiguar como se dava o processo de adesão dos *usuários* ao dispositivo da reforma, busquei investigar o que eles pensam do CAPS como um serviço de *portas abertas*. À vista disso, as pessoas que se encontravam em situação de rua arguíram que o sistema institucional fechado seria melhor para o tratamento, e aquelas que não vivem em situação de rua alegaram ser

mais a favor de uma instituição que funcione conforme o CAPS. A fala de U16, que se encontra em situação de rua e frequenta o CAPS há três anos, exemplifica a preferência pela internação:

Rapaz, eu não vou mentir para você não, eu prefiro ficar internado. Tomando o remédio ali, sei que isso é uma droga mas, ia ser um negócio fechado, porque também, não sei, ia ficar longe da droga tá ligado, ia ficar longe do álcool, de muitas coisas ia se livrar tá ligado? E aqui você vem pá, passa o dia, tá ligado, se alimenta, toma um banho, veste uma roupa limpa, e de noite? Você vai pra onde? Você vai usar droga pô, você vai beber, você vai fazer uso de novo. (U14).

U13, que já esteve em situação de rua e, na ocasião, passou pela experiência de estar internado, e hoje obtém uma situação socioeconômica melhor, podendo pagar o aluguel de uma casa e comprar alimentos, tem uma visão bem diferente de U14. Para U13, o serviço de *portas abertas*:

Pra mim é melhor porque a gente tem que aprender a lidar com o uso né, ter nossa liberdade e a gente mesmo procurar por onde fazer, por onde melhorar, pra isso eles já dão o direito de ir e vir né, aí só pega pernoite quem acha que tá fazendo uso demais, aquele negócio, quer descansar um pouco mas, eu acho legal. Já tentaram me botar no hospital psiquiátrico, já passei 45 dias na clínica, negócio de álcool, tomava a medicação tudo certinho, passei 46 dias, mas, também só foi eu sair minha filha, primeiro dinheirinho que eu peguei aí discrotei. (U13).

Essas falas exemplificativas são para demonstrar a dimensão macroestrutural em que a temática *drogas* se encontra entrelaçada. A princípio, eu me questionei se a longa permanência no serviço estaria condicionada ao “desejo de manicômio”, descrito por Alverga e Dimenstein (2006)²⁹, ou seja, um *desejo* de continuar institucionalizado manifestado por alguns *usuários*. As autoras definem o que chamam de “desejos de manicômio” como uma “força motriz que alimenta as instituições”, e que se localiza “dentro e fora dos muros dos hospitais” (p. 301). Entretanto, fui percebendo que este *desejo* estaria condicionado à falta de subsídios básicos. As distintas visões de U14 e U13 indicam que a opção por um serviço *fechado* é, na verdade, motivada pela possibilidade de obter recursos básicos de sobrevivência, e não por um *desejo* de ficar internado. A ideia da internação surge como alternativa à falta de opções e oportunidades como trabalho, moradia,

29 As autoras ponderam que o movimento antimanicomial demanda rupturas de ordem não apenas estrutural, mas, de posicionamentos, discursos e práticas seculares. Ou seja, desinstitucionalizar não é apenas fechar os hospitais psiquiátricos e construir serviços substitutivos (como o CAPS), mas, requer também uma desinstitucionalização de relações manicomiais, saberes e discursos *psiquiatrizantes*. Alverga e Dimenstein (2006) alegam que essa não é uma transformação fácil, considerando que “somos constantemente capturados por nossos desejos de controle, fixidez, identidade, normatização, subjugação, ou, em outras palavras, nossos desejos de manicômio” (ALVERGA & DIMENSTEIN, 2006, p. 314). É importante destacar esses “desejos manicomiais” podem estar enraizados nos discursos de alguns *usuários* mas, também podem se centrar na reprodução manicomial-subjetiva por parte dos profissionais. Através do trabalho de campo, por exemplo, foi possível captar falas dos *usuários* que reafirmam essa análise das autoras, como pode ser percebido na seguinte colocação: *aqui nós ficamos isolados, parece até que tem nojo da gente, se separam, nos deixando excluídos, somos discriminados*.

alimentação e segurança, e não como uma estratégia de cuidado para o uso prejudicial da substância.

Ainda sobre a permanência de alguns *usuários* no serviço, há outro aspecto relevante além das ausências relatadas, que é a falta de outros serviços voltados para a atenção aos *usuários* de drogas, o que provoca a centralização das ações no CAPS ad. Apesar da cidade onde a pesquisa foi realizada deter uma cobertura de serviços na saúde mental, ainda há uma carência enorme de dispositivos direcionados ao cuidado de pessoas que fazem uso de drogas, principalmente na área da assistência social. Um profissional, por exemplo, argumentou que

O CAPS não pode ser um CAPS tudo, o CAPS não é uma instituição total, né, se você for pegar a questão de Baságua aí dessa galera. As instituições totais eram isso, eles tentam atender toda as dimensões do indivíduo né, sendo que não atendia nunca, mas, tentar incluir todas as possibilidades para aquele indivíduo. E o CAPS ele não foi feito para isso, ele foi feito para ser substitutivo e pra direcionar para outros lugares. Assim como a unidade de saúde não é total, ela tem várias coisas mas, ela depende de outras coisas da rede. O CAPS ele depende das residências terapêuticas, o CAPS depende de projetos de redução de danos, o CAPS depende de centros de convivência. Aí, qual é o problema? Muitos desses usuários veem o CAPS como centro de convivência, muitos usuários veem o CAPS como centro POP, ou como qualquer lugar de assistência social, vê como albergue. E aí, a gente já assim né, na guerra com pau e pedra aqui, e ainda vindo mais atribuições pra gente resolver aqui (...) fica mais complicado ainda pra gente lidar né. (P2).

Como se vê, a cidade não tem uma oferta suficiente de serviços que dê suporte aos *usuários*, e que contemple um trabalho de rede amplo e intersetorial. Diante disso, o público se concentra no CAPS ad, fazendo com o que o serviço tenha uma espécie de *superlotação* de demandas, comprometendo, assim, a sua qualidade na atenção e assistência aos *usuários*. Por conseguinte, o desfalque na rede de atenção ao *usuário* de drogas explicita a marginalidade com que o tema é tratado.

Por fim, além da saúde, o estigma e a estereotipia são marcas ainda propaladas pelas leis e pela mídia (com seus projetos de limpeza social), que se apresentam como ferramentas constituidoras de imaginários sociais, identidades, subjetividades e de sentidos em relação à alteridade. De modo geral, a categoria *usuário*, imputada por um sistema classificatório, revela-se como uma forma de ordenar e agrupar os sujeitos, e esse mecanismo de categorização da alteridade é, segundo Bhabha (1998), dependente do conceito de fixidez. O crítico pós-colonial argumenta que a paradoxalidade da fixidez se concentra na “rigidez e ordem imutável como também desordem” (p. 105). O estereótipo seria, então, a estratégia discursiva do discurso colonial e da “fixidez na

construção ideológica da alteridade” (p. 105), e se caracteriza pelos elementos que já são conhecidos e os que devem ser repetidos (BHABHA, 1998)³⁰.

É como se aos *usuários* fosse dada uma única possibilidade de identificação, representada através da droga que faz uso. Contudo, como sinalizado, entendo que em torno da palavra *usuário* há um processo de negociação, cercado por sentidos que são construídos cotidianamente no CAPS. Tal processo foi percebido quando, durante entrevistas e falas captadas em observações, os interlocutores se posicionavam, ou não, como *usuários de drogas*. Assim, não apenas as normativas ou *os outros* são agentes na construção de discursos e percepções sobre os *usuários*, a pessoa que faz uso de drogas também é.

No contexto do CAPS ad, é possível perceber, por exemplo, um movimento de apropriação ou negação da categoria, especialmente com o posicionamento de pessoas que fazem uso *exclusivo* do álcool. Uma diferenciação é estabelecida por alguns (ditos) *alcoolistas*, por não se verem como *usuários de drogas*. Possivelmente, a produção de tais práticas discursivas é influenciada pelo discurso dominante sobre a licitude ou ilicitude; logo, carrega consigo um denso debate sobre a influência dos princípios que norteiam os instrumentos legais sobre drogas no modo como os *usuários* se percebem e são percebidos socialmente. Essa implicação respiga não somente nas percepções, mas também, nos vínculos e nas ofertas de cuidado pelo serviço.

Como já apontado, a categoria *usuário*, que aparentemente sustenta um único significado, mostrou-se multifacetada no transcorrer do trabalho de campo³¹. A circulação do termo na teia discursiva, (re)elaborada cotidianamente no serviço, é determinada pela forma como os *usuários* se posicionam diante das construções discursivas sobre tal categoria. Percebi que esses posicionamentos são demarcados pelo modo como a representação que se tem de *usuários* afeta ou interpela as pessoas que fazem uso de drogas. É possível visualizar essas interpelações, ou “articulações” (LACLAU apud HALL, 2014), nas práticas discursivas dos *usuários* do serviço sobre a droga em si, sobre os *usuários* de álcool ou de crack e sobre o aporte legal, as quais relevam ser o termo *usuário de drogas* acionado como categoria de diferenciação.

Essas narrativas e posicionamentos tornaram-se ainda mais evidenciados no decurso das conversas informais e das entrevistas realizadas com os interlocutores. Segundo P3,

O usuário de álcool se refere ao usuário de crack aqui dentro: ah eu não uso droga!
Então assim, o usuário de álcool, ele se caracteriza como aquele usuário que não

30 Ainda segundo Bhabha (1998), “é a força da ambivalência que dá ao estereótipo colonial sua validade: ela garante sua repetibilidade em conjunturas históricas e discursivas mutantes; embasa suas estratégias de individuação e marginalização; produz aquele efeito de verdade probabilística e predictabilidade que, para o estereótipo, deve sempre estar em excesso do que pode ser provado empiricamente ou explicado logicamente” (p.105-106).

31 Esclareço que essa percepção inicial era voltada para o termo *usuário* enquanto categoria nativa que objetivava classificar um grupo de pessoas, e não para as pessoas que são alvo desse processo categórico.

furta que não causa problema, que não tem problemas com a segurança pública. Por quê? Porque esse é o perfil do usuário de crack, isso na cabeça do usuário de álcool. (P3).

A partir desse *gancho*, perguntei se o *usuário* de álcool não se via como *usuário* de drogas, e de acordo com P3:

Não, porque inclusive ele compra o álcool dele, ele paga o imposto do álcool, então, ele é uma pessoa, um cidadão que tem um problema com o uso do álcool. Mas, ele não se vê dentro desse contexto de usuário de drogas. A própria política já fala né? Ah, usuário de álcool e outras drogas, e eles mesmos já se atentam para isso. Aí acaba tendo, você vê os usuários de álcool falando: “ah esses caras aí”, já marginalizando o usuário de outras drogas. (P3).

P6 alega, por exemplo, que muitas pessoas chegam ao CAPS, devido a uma relação prejudicial com o álcool, e se defendem dizendo: “olha, eu não sou usuário de droga eu só uso o álcool”, ou, “eu não uso droga não doutora, eu só uso álcool”. Ao falar que o álcool também é uma droga, bem como os remédios, P3 percebe que, pelo fato deste conhecimento não ser “introjetado”, “eles (*os usuários de álcool*) se sentem realmente diferenciados” (P3). Outro profissional, que compôs a primeira equipe do CAPS ad, ao falar sobre o público que o serviço recebia, ressalta essa diferenciação feita pelos *usuários*: “chegava muito cola e tinha o alcoolista, que o alcoolista ainda fazia aquela guerra dizendo não ser um drogado, ele só usava álcool, na época eles tinham esse estigma né, 'não eu só sou alcoolista eu só tô aqui para me tratar do álcool” (P4).

O estigma com relação ao *usuário* de drogas é ainda algo presente e reproduzido pelos *alcoolistas* do serviço, que se referem a *usuários* de drogas como “os outros”, ou “eles”, podendo ser visualizado nos seguintes trechos: “eu vou chegar ao ponto de tá fumando uma droga qualquer? Crack, maconha, o que for, sei lá, vários tipos que eu nem conheço esse negócio, graças a Jesus Cristo meu problema aqui foi com alcoolismo” (U4); “para mim aquelas pessoas (*se referindo aos usuários de drogas*), que é mais assim, inferior de que eu, não dou ponto, tá entendendo? (U5); “o mundo tá perdido com esses tipos de pessoas, usuários de drogas, estão tudo se acabando aí” (U4); “o AD já tá dizendo tudo né? Álcool e drogas. Não me considero não. (...) Aqui o pessoal me tem como se eu fosse só biriteiro, mas também que eu já usei drogas” (U13). Já para algumas pessoas, esse tema ainda é um tabu. Ao perguntar a um dos interlocutores se além do álcool ele teve problemas com outros tipos de drogas, ele disse “sobre isso eu não posso falar não, desculpa aí” (U6).

Por fim, como analisar essa reprodução de estereótipos e estigmas em torno de uma categoria que, apesar múltiplas possibilidades de usos e relações, é apreendida e capturada como universal? Como, dentro de uma instituição de portas abertas, que tem como propósito contribuir com a desestigmatização dos *usuários* de drogas, a marginalização é um mecanismo existente a depender a

substância que se usa? Não seria essa imagem fechada em torno da categoria *usuário*, a qual ocupa o lugar do inaceitável e é significada pela criminalidade, periculosidade, desordem, insegurança, malandragem, além de todas as outras características estereotipadas em relação a quem é o *usuário*, prejudicial e contraproducente, se pensarmos numa ótica de saúde pública?

Pois bem, para compreender tais reproduções, que atravessam o modo como os *usuários* do serviço percebem a categoria *usuário* e se percebem, parti das grandes narrativas e tecnologias de poder sobre a questão das drogas: o proibicionismo e a redução de danos, amalgamadas entre a segurança pública e a saúde. É visível a influência desses discursos governamentalizadores e também dos discursos midiáticos no processo de diferenciação com o outro, no desejo de retirada e de eliminação do *outsider* do meio social, e por fim, na construção de subjetividades e identidades.

Desse modo, é imprescindível trazer para a discussão os instrumentos que legitimam esse deslocamento do outro e o encarceramento do *usuário*, analisar os fundamentos que orientam a produção de políticas públicas, e compreender como as pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas são vistas e classificadas pelas leis e políticas públicas sobre drogas. Assim, na seção seguinte, apresento o proibicionismo, a redução de danos (articulando-os com a implementação de políticas públicas no CAPS ad) e a visão dos interlocutores sobre ambas as temáticas. Ao final, visa-se compreender como esses discursos se disseminam no serviço, isto é, como os discursos de um *corpus* legal interpelam e se (re)constróem pelas pessoas inseridas no contexto do CAPS ad.

2.2. O Proibicionismo, a Redução de Danos e o Debate Legal sobre Drogas

Embora as recentes pesquisas sobre drogas sinalizem a implicação e significância dos saberes das ciências sociais e humanas nas relações que a sociedade estabeleceu e estabelece com as substâncias psicoativas, os discursos médicos e jurídicos ainda permanecem dominantes na elaboração de instrumentos legais e na produção de conhecimentos sobre o uso de drogas. A saúde e a segurança pública constituem uma biopolítica, ou seja, “um conjunto de tecnologias de poder utilizados pela política moderna” (ROSA, 2014, p. 117), que é governamentalizadora da população e se impõem como “o discurso da verdade”.

A governamentalidade é demarcada pelo “conjugado de instituições, procedimentos, análises, reflexões, cálculos e estratégias focalizadas na população, tendo a economia política como principal forma de saber e os dispositivos de segurança como instrumentos técnicos essenciais” (ROSA, 2014, p. 90). A normalização dos corpos e a regulamentação, com base nesse ideal de verdade, motivaram o disciplinamento e a institucionalização de subjetividades, arregimentadas pelas instituições com “tendências de fechamento”, como nas instituições totais retratadas por

Goffman (1974). O preceito de tais instituições é estabelecer princípios de separação entre o normal e o desviante, adestrando e fabricando indivíduos mediante a disciplina (FOUCAULT, 1997).

É nesse sentido que as políticas de saúde e de segurança pública têm suas pautas relacionadas. A institucionalização aos moldes das instituições totais, que são caracterizadas pelo arregimento coletivo de pessoas, vigilância, controle burocratizado das necessidades humanas, mobilidade e estereótipos limitados (GOFFMAN, 1974), seja tal encarceramento situado em prisões ou manicômios, é o dispositivo de poder e de ordenamento típico de tais tecnologias de poder. As drogas são, então, capturadas por essa governamentalidade, sendo alvo de controle e de criminalização. Entretanto, após a luta antimanicomial e a implementação de políticas de redução de danos no país, o campo da saúde dispôs um novo olhar sobre o fenômeno das drogas.

O olhar parece ter se renovado em vários campos, embora, ao mesmo tempo, tenha sido impedido de ser ampliado por conta da manutenção de políticas repressivas e de criminalização das drogas. Atualmente, no Brasil, as substâncias psicoativas são *objeto de disputa* entre a paradoxalidade instalada pelo proibicionismo e pelas as políticas de redução de danos. De um lado estamos diante das extremistas propostas de abstinência absoluta, política de tolerância zero e erradicação da produção e do consumo de SPA; e de outro lado, estamos diante de propostas tolerantes e pragmáticas com base na minimização dos danos e riscos à saúde. Para compreender o atual cenário, é preciso, então, analisar esse contexto de disputa instaurado por tais princípios norteadores.

Como propôs Foucault (2014), “é preciso desligar a história da imagem com que ela se deleitou durante muito tempo” (p. 08). Ao trazer o processo de implantação dos princípios norteadores dos instrumentos legais - o proibicionismo e a redução de danos- para análise, não busco o simples “reestabelecimento de um discurso histórico”, mediante cronologias e linearidades, mas, as discontinuidades, problematizando circunstâncias encobertas na tentativa de desconstruir discursos rígidos de verdades sobre as drogas.

Goode & Ben-Yehuda (1994) caracterizam o proibicionismo como uma das três cruzadas morais³² que compõem o prelúdio do pânico moral. Eles descrevem o movimento proibicionista de 1900 a 1920, que, de modo geral, configura-se como um fenômeno eminentemente norte-americano. Esse é um movimento que produz a criminalização de todos aqueles que fazem uso de substâncias psicoativas (as estipuladas como ilícitas), contribuindo para a transformação da droga

32 Os autores estabelecem uma diferença entre cruzada moral e pânico moral. Apesar de apresentarem similaridades, a *moral crusade* implica uma mudança motivada por preceitos morais, e não preceitos racionais ou protecionistas, sendo realizada pelos chamados *moral entrepreneurs*, que são ativistas formulares das cruzadas, como conceitua Becker (2008). Já o *moral panics* não é necessariamente constituído por ativistas ou por empreendedores morais. Para Goode & Ben-Yehuda (1994), “moral panic is an empirical, not a definitional, question. It may have been initiated anywhere – by crusaders, by the general public, by political or economic elites, by the media” (p. 20).

em um grande problema social. Mas, será que sempre foi assim? A droga, de existência milenar, sempre foi um problema social? Ou melhor, reorientando o questionamento de vertente social para uma vertente sociológica: como a droga se tornou criminalizada e, por fim, um problema social?

Essa é uma resposta que tem data e local para começar. A primeira lei proibicionista foi promulgada em 1919, a conhecida Lei Seca, nos Estados Unidos, influenciada pelos acordos internacionais que apresentavam indícios proibicionistas, como o de Xangai (1909) e a convenção internacional do ópio em Haia (1912). A Lei Seca “visava proibir a produção, circulação, armazenagem, venda, importação, exportação e consumo de álcool em todo território estadunidense” (RODRIGUES, 2008, p. 93). Para Goode & Ben-Yehuda (1994), “to achieve this end, it was necessary for the temperance movement to create a *crisis* in American society, a crisis over the consumption of alcohol” (p. 14), sendo este movimento modificado de uma “assimilative reform to *coercive reform*; the drinker was no longer to be saved but punished” (p. 15). Esse modelo, posteriormente, atingiu outras substâncias que ainda não haviam sido proibidas ou regulamentadas.

Em face à repressão, ao controle e às pretensões e promessas de destruir a oferta e a procura, um mercado ilícito do álcool foi informalmente instituído e potencializado. Como a Lei Seca foi um grande fracasso, sua revogação ocorreu em 1933. Entretanto, o parâmetro proibicionista manteve-se para a criminalização de outras drogas, estabelecendo um novo crime e uma nova *leva* de criminosos, como efeito daquilo que Foucault (1997) designa de poder disciplinar. De acordo com Foucault (1997), o poder disciplinar visa à apropriação do sujeito por meio do adestramento para retirá-lo do convívio social, “ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. (...) A disciplina 'fabrica' indivíduos; ela é a técnica específica de um poder que toma os indivíduos ao mesmo tempo como objetos e instrumentos de seu exercício” (FOUCAULT, 1997, p. 143).

A proibição é, portanto, mais uma perpetuação do discurso do imperialismo, que age como dispositivo de poder. A alegação que Bhabha (1998) faz sobre “a construção do sujeito colonial” se reverbera também nas práticas impostas pelo proibicionismo, apesar de seu discurso ser velado. Conforme o autor,

A construção do sujeito colonial no discurso (...) é uma forma de discurso crucial para a ligação de uma série de diferenças e discriminações que embasam as práticas discursivas e políticas da hierarquização racial e cultural. (...) O que precisa ser questionado, entretanto, é 'o modo de representação da alteridade'. (BHABHA, 1998, p. 107).

A finalidade do discurso colonial “é apresentar o colonizado como uma população de tipos degenerados com base na origem racial de modo a justificar a conquista e estabelecer sistemas de administração e instrução” (BHABHA, 1988, p. 111). Esse sistema significa e representa um meio

de governamentalizar e dominar o *outro*, mediante o estabelecimento de regimes de verdades. Esse é, portanto, o regime investido no proibicionismo, um paradigma imperialista camuflado pelo slogan de “guerra às drogas”, que se revela um instrumento-chave de legitimação, domínio e negação do outro, isto é, do *usuário*, e por fim, do seu extermínio ou encarceramento.

Bhabha (1998) ainda afirma que “a construção do sujeito colonial no discurso, e o exercício do poder colonial através do discurso, exige uma articulação das formas da diferença – raciais e sexuais” (p. 107), e, no que diz respeito ao proibicionismo, essa conjuntura é também descrita em referenciais bibliográficos (RODRIGUES, 2008; ESCOHOTADO, 2004) e documentários³³, os quais expõem o real interesse dos EUA em criminalizar tipos de substâncias. De cunho econômico e político, a guerra às drogas se inicia enquanto argumento racial e críticas à liberdade de uso, como se pode observar nas palavras de Escohotado (2004), autor que destaca “a vigorosa reacção puritana nos Estados Unidos, que vê com desconfiança as massas de novos inimigos e as grandes urbes” (p. 91):

As diferentes drogas associam-se agora a grupos definidos por classe social, religião ou raça; as primeiras vozes de alarme sobre o ópio coincidem com a corrupção infantil atribuída aos chineses, o anátema da cocaína com ultrajes sexuais dos negros, a condenação da marijuana com a irrupção dos mexicanos e o propósito de abolir o álcool com imoralidades de judeus e irlandeses. (ESCOHOTADO, 2004, p. 91-92).

Assim, estigmas, estereótipos, tipificações, despersonalização e marginalização são os mecanismos de controle para a constituição de uma imagem única e homogênea de *usuário* de drogas; e o encarceramento, segundo Wacquant (2008), “é apenas a manifestação paroxística da lógica da exclusão etnoracial” (p. 13). Agindo como ideal de verdade, o proibicionismo institui o *usuário* como um desviante que passa a assumir o *status* de criminoso, posicionando-o no lugar das chamadas populações redundantes³⁴. De acordo com Goffman (1963),

Em termos sociológicos, a questão central referente a esses grupos é o seu lugar na estrutura social; as contingências que essas pessoas encontram na interação face a face é só uma parte do problema, e algo que não pode, em si mesmo, ser completamente compreendido sem uma referência à história, ao desenvolvimento político e às estratégias correntes do grupo. (GOFFMAN, 1963, p. 137).

33 Como exemplo: Grass (1999); Cortina de fumaça (2010); e Quebrando o Tabu (2011).

34 Segundo Rosa (2014) “ser redundante significa ter sido dispensado pelo fato de ser dispensável – tal como a garrafa de plástico vazia e não retornável, ou a seringa usada, uma mercadoria desprovida de atração e de compradores, ou um produto abaixo do padrão, ou manchando, sem utilidade, retirado da linha de montagem pelos inspetores de qualidade. 'Redundância' compartilha o espaço semântico de 'rejeitos', 'dejetos', 'restos', 'lixo' – com refugio” (p. 146).

Ao compreender a lógica proibicionista para além da droga, que é tida como inimiga do Estado e objeto de extermínio, perceberemos que o maior alvo da política repressiva é, na verdade, o *usuário*. Entender a reprodução opressora dessa rota nos permitirá perceber os danos sociais afligidos por estes, que, pelo fato de estabelecerem uma relação com as substâncias, são sentenciados ao aniquilamento, à marginalização e à estigmatização. Entende-se por estigma, “a situação do indivíduo que está inabilitado para a aceitação social plena” (GOFFMAN, 1963, p. 07).

No processo de categorização³⁵ e produção de estigmas são construídas concepções que, por sua vez, convertem-se em “expectativas normativas” em relação às pessoas, caracterizadas pelo que Goffman (1963) nomeia de “identidade social virtual”. Quando um indivíduo não se *encaixa* nesses atributos ou se *desvia* da lógica normativa, revelando a sua “identidade social real”, ele é reduzido a uma “pessoa estragada e diminuída” (GOFFMAN, 1963, p. 12). O inverso também funciona com o mesmo propósito. No contexto estudado, poder-se-ia dizer que o estigma, entendido como “um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo” (GOFFMAN, 1963, p. 13), está afixado na droga (o atributo) que é classificada como uma categoria específica de repulsa. Logo, quem fizer uso da substância será *automaticamente* reduzido a este atributo, carregando (marcadamente) consigo, as práticas discursivas e percepções estereotipadas e generalizadas sobre o que é ser um *usuário* de drogas.

Essa lógica de *capturar* a alteridade é interpretada por Berger & Luckmann (1985) como “esquemas tipificadores”. Para os autores, “a estrutura social é a soma dessas tipificações e dos padrões recorrentes de interação estabelecidos por meio delas” (p. 52), e nós apreendemos o outro por intermédio desses esquemas, que estão mais vulneráveis à interação face a face que a artificiais “mais remotos”. Ou seja,

Noutras palavras, embora seja relativamente difícil impor padrões rígidos à interação face a face, desde o início esta já é padronizada se ocorre dentro de uma rotina da vida cotidiana. (...) A realidade da vida cotidiana contém esquemas tipificadores em termos dos quais outros são apreendidos, sendo estabelecidos os modos como ‘lidamos’ com eles nos encontros face a face. (BERGER & LUCKMANN, 1985, p. 49).

Essas tipificações, que de modo geral influenciam a interação entre as pessoas, ao serem definidas pelas políticas repressivas de combate à droga, afetam a relação que as pessoas estabelecerão com os *usuários* e também interpelam os *usuários* na produção de sentidos e significados sobre que é *ser usuário*. Essas tipificações podem ser modificadas na interação presencial, entretanto, “tornam-se progressivamente anônimas à medida que se afastam da situação

35 Para Velho (1997), “o processo de classificação com criação de categorias e estabelecimento de fronteiras” (p. 09) produzem a realidade social. O autor ainda destaca que “toda realidade é, sob o ponto de vista sociológico, construída e não naturalmente dada” (VELHO, 1997, p. 09).

face a face. Toda tipificação naturalmente acarreta uma anonimidade inicial” (BERGER & LUCKMANN, 1985, p. 50). Desse modo, a fixação de características negativas em torno da ideia ou imagem de *usuário*, um contributo do proibicionismo, produz tipificações que apreendem a “realidade social da vida cotidiana”, as relações e concepções sobre o outro.

Por fim, foram tais fundamentos proibicionistas que se consolidaram como paradigma dominante, subsidiando as leis internacionais sobre drogas na primeira metade do século vinte. Com a fundação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, três convenções foram, então, ditadas para orientar internacionalmente a regulamentação de substâncias psicoativas dos Estados-membros, incluindo, neste grupo, o Brasil, que segundo Machado e Boarini (2013), até a década de vinte não tinha nenhuma regulamentação oficial sobre drogas. As Convenções são datadas de 1961, 1971 e 1988³⁶, e têm como objetivo sistematizar as medidas de controle internacional das drogas, combatendo a demanda e, especialmente, o tráfico ilícito de entorpecentes e substâncias psicotrópicas.

Nos anos 70, o então candidato à presidência dos EUA, Richard Nixon, declarou *guerra às drogas* e injetou milhões de dólares no combate interno às substâncias. Posteriormente, Ronald Reagan demonizou as drogas alegando que a sua repressão deveria se expandir e atingir as políticas externas, especialmente os países produtores. Com o investimento bilionário no combate, na apreensão e na punição, a droga passou a se configurar como um grande problema social no mundo inteiro. Contudo, estudos sobre os acontecimentos que antecedem o proibicionismo revelam que os itinerários discursivos sobre as drogas e seus usos têm uma conotação bem distinta, com contrastivos entendimentos sobre as substâncias nos diferentes contextos, épocas e culturas.

De acordo com Escotado (2004), no decorrer dos tempos, o conhecimento sobre as plantas era de alçada da magia, da religião e da medicina, que definiam finalidades para o uso de cada substância. Tal utilização nem sempre foi vista enquanto prejudicial³⁷, como cita MacRae (2007): “esses usos foram raramente concebidos como ameaçadores à ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas” (p. 01). Nos rituais de magia e terapêuticas religiosas, por exemplo, eram utilizadas ervas alucinógenas que objetivavam, além da cura de enfermidades, a transcendência dos sentidos e do espírito, pautados na busca por um estado alterado de consciência. Além de sua função terapêutica, as substâncias psicoativas também eram utilizadas com fins hedonistas.

³⁶ Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/marco-legal.html>

³⁷ Em livro produzido para o Curso de “Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias”, MacRae (2014) alega que “embora existam registros muito antigos sobre abuso de bebidas alcoólicas, não há, efetivamente, menção a problemas relacionados, por exemplo, à degradação de caráter ou a sérios desvios comportamentais debitados ao uso de outras drogas, incluindo o ópio, de uso tão difundido na Antiguidade” (p. 33).

Quando o saber médico se apropria da temática, a inserção e o alcance das drogas na sociedade mudaram de rumo. O controle, a exemplo da preparação e distribuição, ganhou força, especialmente nos Estados Unidos, e algumas substâncias passaram a ser classificadas como ilícitas e o seu uso admitido apenas mediante prescrição médica³⁸. Se, em 1900, algumas drogas poderiam ser encontradas em farmácias, uma década depois, essa realidade fora questionada. Essa parte da história já é por nós conhecida. Se houve o período de caça às bruxas por suas ervas, eu diria que com o proibicionismo se inicia o período de caça à droga (combate da oferta) e ao sujeito que dela faz uso (criminalização do *usuário*). De modo geral, para o campo jurídico, o uso passa a ser visto como um crime passível de punição; para o campo religioso, um pecado que pode ser perdoado mediante a conversão; e para o campo da saúde, uma *doença* psicológica, sendo as substâncias, então, capturadas por questões morais, raciais, culturais e socioeconômicas.

Portanto, o proibicionismo surgiu como prática disseminadora de estigmas. Seu impacto incide não apenas na formulação de leis e de políticas estatais - como um *spread* de referência mundial -, nem tampouco, apenas nos segmentos explicitados pelos instrumentos legais norteados por tal princípio. Ele incide também na tendência e eficiência em modificar a realidade, encucando discursos, narrativas, normas, políticas, preceitos morais e verdades, além de produzir “ameaças às liberdades democráticas” (MACRAE, 1996, p. 03). De acordo com Poiares (2002), essa ocupação do direito nas questões relacionadas ao uso de drogas seria, na verdade, uma grande intromissão. Segundo o autor,

A judicialização das drogas, internacionalmente fixada há cerca de uma centúria, constitui uma autêntica intrusão do Direito Penal num espaço que não é o seu, com prejuízos evidentes: basta estar minimamente atento ao que, desde então, se tem passado para se concluir o mau serviço que, neste particular, vem sendo prestado pelo Direito. (POIARES, 2002, p. 29).

Para Poiares (2002; 2003), essa intrusão criminalizadora provém de um “desconhecimento científico que se viveu desde o início do século XX; e esse desconhecimento deve ser visto não apenas como ausência de informação mas, também e principalmente, como rejeição da informação entretanto disponibilizada” (POIARES, 2003, p. 166). Na visão de Karam (2013), o sistema penal, ao criminalizar certos comportamentos na intenção de preveni-los e proporcionar proteção, não protege e nem evita os tais “crimes” por ele constituído; tendo a sua existência, a função de exercer o poder punitivo, danoso e doloroso. Para a autora, “no âmbito da criminalização das ações relacionadas às drogas tornadas ilícitas, o engano é ainda maior: mais do que não proteger a saúde, a intervenção do sistema penal causa sim danos e perigo de danos a essa mesma saúde que enganosamente anuncia pretender proteger” (KARAM, 2013, p. 49). Não obstante, embora o

38 Como exemplos têm-se o uso medicinal do ópio, da morfina, heroína, cocaína e do haxixe (Escohotado, 2004).

proibicionismo ainda seja o grande norte das leis internacionais, recentemente alguns Estados se alertaram para a falência da “guerra às drogas” e, aos poucos, vêm se libertando das armas e prisões com políticas mais permissivas.

Uma orientação que surge como questionadora dos radicalismos proibicionistas, e que passou a ser adotada e reconhecida por muitos países como boa prática em saúde, é a redução de danos. Cada Estado tem a sua forma de dispor e implementar estratégias de redução de danos, estando tal arranjo, muitas vezes, condicionado ao tipo de lei que o país emprega. Em muitos casos, os fundamentos proibicionistas e a redução de danos coexistem numa tensão que transita entre a moral e o pragmatismo, mas, o que a RD tem particularmente possibilitado é o avanço e a horizontalização de olhares e práticas sobre a questão das drogas.

P2, ao falar sobre a redução de danos, sinaliza que é “muita quebra de paradigmas num projeto só” (P2). Embora a redução de danos não seja uma prática nova, ou um novo paradigma (ANDRADE, 2010), o espaço que ela vem ocupando no campo de discussões sobre drogas, saúde mental e políticas públicas representa a quebra de muitos paradigmas, como argumentou um dos profissionais entrevistados. Seu desenvolvimento, enquanto estratégia e política, está atrelado ao questionamento de verdades enrijecidas sobre o que é a droga, sobre as possibilidades de relações com as substâncias, sobre o sujeito que a consome, sobre a ideia da abstinência como única via de tratamento, sobre a prevenção, a educação e o cuidado. A RD tem sido capturada, e também capturado, distintas temáticas e áreas de conhecimento.

Conforme Andrade (2010), apesar de o conceito de redução de danos não ser consensual, é possível defini-la com base em suas práticas:

Trata-se de ações que visam minimizar riscos e danos de natureza biológica, psicossocial e econômica provocados ou secundários ao uso/abuso de drogas sem necessariamente requerer a redução de consumo de tais substâncias. Tais ações se orientam por três princípios básicos: o pragmatismo, a tolerância e a diversidade. (ANDRADE, 2010, p. 87).

Ou seja, a RD é pragmática por possuir estratégias objetivas de intervenção; é tolerante por respeitar os *usuários* em suas mais variadas relações com as substâncias; e é diversa por contemplar distintas formas de cuidado e meios para intervir. Apesar de a RD ser consagrada, atualmente, como um princípio discursivo em prol da reorientação de políticas sobre drogas, suas estratégias não tiveram surgimento nesse cenário. Daí o motivo de Andrade (2010) não concebê-la como um novo paradigma. Pois bem, a primeira iniciativa considerada uma estratégia de redução de danos data de 1926, quando na Inglaterra, através do Relatório de Rolleston, foi liberada a prescrição médica de opiáceos para o tratamento de pessoas com síndrome de abstinência em que a interrupção do uso prejudicava a produtividade do sujeito (O'HARE, 1994; SODELLI, 2010).

Logo após, a redução de danos ganhou visibilidade, e na década de oitenta passou a ser caracterizada como um movimento internacional em decorrência da crise promovida pela AIDS. Suas ações eram direcionadas aos chamados “usuários de drogas injetáveis (UDI)”, e visava combater a incidência da hepatite e do HIV nesses grupos (MARLATT, 1999). Como se vê, embora o discurso médico e proibicionista tenha sido dominante até a década de oitenta, e ainda vigente nas atuais políticas sobre drogas, alguns movimentos contestadores começam a se constituir neste período, sobretudo na Europa, EUA e Austrália (ANDRADE, 2010).

No Brasil, as ações se iniciam em 1989 em Santos (SP), e em 1995 na cidade de Salvador (BA), com a troca de seringas entre UDI's. Um dos profissionais entrevistados relatou experiências suas, desse período, no engajamento pela implantação da RD no Brasil, que coincide com o surgimento dos CAPS's. Ele trabalhava numa agência de propaganda em São Paulo, no setor de criação, e em 1990 tornou-se comum as empresas engendram campanhas associando seus nomes à luta contra a AIDS. Foi nesta relação entre a AIDS e a campanha publicitária que P1 percebeu que:

Havia uma ligação muito grande entre AIDS e uso de drogas no Brasil, em 1990. Tava surgindo no Brasil o assunto, tava na pauta, e pelos boletins epidemiológicos do MS, 60% dos casos de AIDS no Brasil naquela época estavam associados a essa categoria de exposição que era o uso injetável de droga. Aí surgiu, tanto no Brasil quanto no meu trabalho, um problema sério, e eu entrei em contato com o MS pra ver qual era a política brasileira pra enfrentamento dessa situação, não só de AIDS mas, principalmente do uso injetável de drogas. E o Brasil na época não tinha nem noção, a gente nem sabia que tinha uso injetável, a gente achava que era coisa da Europa né, heroína. Aí veio, em 91, o projeto Brasil, foi um projeto nacional que descobriu, entre outras coisas, que havia no Brasil cerca de um milhão de usuários de drogas injetáveis. (P1).

Com essa constatação, ele afirmou que as empresas começaram a recuar, pois queriam associar o nome à luta contra a AIDS, mas não ao uso de drogas. P1 foi convidado para participar de um projeto financiado pelo Ministério da Saúde, que propunha elaborar uma campanha publicitária sobre a prevenção da AIDS entre *usuários* de drogas, e segundo ele: “casou tudo né? Participei, nós criamos um slogan que ficou muito famoso, é 'a siringa passa, a AIDS fica'. O mote dessa campanha é que ela não tinha nada de moralista, ela não dizia, 'pare de usar droga’” (P2). Logo após, a secretaria de saúde de uma cidade do Sul do Brasil o convidou para compor a equipe de um dos primeiros programas de troca de seringas do Brasil:

Eles precisavam de alguém mais ousado, pra encabeçar esse projeto que era muito polêmico. Aqui no Brasil não tinha discussão nenhuma ainda a respeito do assunto, a ideia era aquela pior possível: “ah vocês vão distribuir siringa, os caras vão usar mais né”, e entender isso só era possível à luz de um programa de redução de danos. E me empolguei muito com essa área, coordenei esse projeto, trabalhei nele

quatro anos, quase cinco anos trabalhando lá. Fizemos um dos maiores, vou dizer até melhores, porque era muito bom mesmo, um dos melhores programas de redução de danos, de trocas de seringas. Muita gente do mundo inteiro foi conhecer esse trabalho, muita gente do Brasil inteiro foi conhecer, para que pudesse disseminar e implantar em outras cidades. Isso era 1995, 96. Eu comecei a ficar bastante conhecido, e nós percebemos as lideranças desse movimento que então tava surgindo, que aí só o serviço público não daria conta de lidar com o tema. Porque o serviço público poderia até distribuir seringa, cuidar dessas pessoas na questão do HIV, até mesmo das drogas, mas, um dos grandes lances da história da RD é a participação política do usuário. E aí, em 97, mais ou menos, nós fomos, organizamos uma reunião em São Paulo, que fundou a ABORDA (*Associação Brasileira de Redução de Danos*). Isso em março de 97. Essa reunião gerou a fundação da associação (...) que seria parceira dos governos, municipais, estaduais e federal, no sentido de apoiar estratégias de RD e trabalhar com uma ideia que mais tarde gerou, entre outros benefícios, os surgimentos dos CAPS's ad, pelo menos na qualificação dos CAPS's ad. Os CAPS ad são fruto desse movimento de direitos humanos, que gera a redução de danos, que gera o tratamento de porta aberta, a atenção em lugar da prisão, e foi crescendo. (P1).

O protagonismo do *usuário* é, portanto, a grande diferença da perspectiva da redução de danos e a essência desse conjunto de programas conhecidos como “de baixa exigência”³⁹. Dentre os princípios propostos por Marlatt (1999), a RD é destacada como uma abordagem “de baixo para cima”, e tem como base a defesa e o reconhecimento dos direitos daqueles que se encontram em situação de risco, neste caso, dos *usuários*. Por princípio, ela não se configura como uma política verticalmente impositora, na qual os formuladores, legisladores e os promotores (ROSA, 2014) elaboram e implantam normas no tradicional formato “de cima para baixo”. No contexto do uso de drogas, essa iniciativa partiu de uma associação de *usuários* na Holanda, que propuseram combater a epidemia de hepatite B entre UDI's, na década de 80. O sistema de saúde do país reconheceu a proposta e passou a distribuir seringas entre os UDI's, evitando a possibilidade de compartilhamento de seringas e amenizando a transmissão da hepatite (SODELLI, 2010).

É, portanto, nas últimas duas décadas do século vinte que os programas de redução de danos são sistematizados em diferentes países, tendo como foco a participação ativa do *usuário* na elaboração de ações viáveis, por considerar que este ocupa um lugar privilegiado no que diz respeito ao conhecimento de estratégias para lidar com malefícios provocados e subordinados pelo uso. Por fim, algumas ferramentas e estratégias foram construídas visando um uso de SPA que fosse mais seguro e menos danoso, ao prevenir práticas de alto risco, como o risco de transmissão da AIDS e hepatites. Como exemplos têm-se as orientações para um sexo seguro, a distribuição de

39 De acordo com o relatório do Instituto Igarapé (2015), a baixa exigência é um “conceito que contrasta com a maioria dos programas governamentais que tentam impor a abstinência para a permanência no programa. A vontade manifesta e o comprometimento podem ser os únicos requisitos para participação, independente do uso ou não de drogas. O objetivo principal é construir uma relação de confiança entre os agentes do estado e os usuários, promovendo vínculos e, em alguns casos, desencadeando anseio por mudanças no estilo de vida dos usuários” (INSTITUTO IGARAPÉ, 2015, p. 05).

camisinhas, o não compartilhamento de seringas, e depois, a utilização individual de cachimbos e piteiras.

No Brasil, através do reconhecimento dos princípios de redução de danos como estratégias de saúde pública, pelo Ministério da Saúde (MACHADO & BOARINI, 2013), a política passou a incorporar novas práticas e ampliou seu campo de atuação. A redução, que surgiu como uma prática de viés mais sanitarista, estendeu-se para o campo da saúde mental, apesar das críticas e alegações por parte da justiça e da igreja, de que a RD fazia apologia às drogas.

De modo geral, dentre os princípios básicos da redução de danos, inclui-se a atenção para as consequências do comportamento de alto risco, com o foco na minimização dos riscos e possíveis danos decorrentes do uso prejudicial de substâncias, como demonstra P3, ao esclarecer uma das estratégias implicadas na redução de danos causados pelo uso de crack:

A redução de danos, na minha concepção, é que ela visa promover uma qualidade de vida dentro daquilo que não é tão salutar à sua vida, pelo menos com qualidade. (...) Vamos supor o usuário de crack. A gente sabe que aquela, a carbonização do crack na hora que ele é queimado, ele gera uma fumaça, fumaça preta que impregna os pulmões e que pode causar até uma pneumonia no usuário. Mas, têm meios que possam organizar a inalação dessa fumaça, você pode inalar só o gás, e esse resíduo pode permanecer lá. Como a gente sabia que se ele fumasse num copo de água mineral, ou num recipiente que tivesse água, na hora que ele aspirasse, essa fumaça circulava ali naquele reservatório, partículas que topassem na água ficavam na água, você amenizava, diminuía a aspiração dessas fumaças pretas, desses resíduos, e isso é redução de danos. Você tá prolongando a vida desse usuário, ele vai usar crack, se ele for usar, por maior tempo, ele vai ficar mais vivo, ele vai ficar mais tempo, permanecer vivo. (P4).

Por ter uma influência filosófica de caráter pragmático, a redução de danos, que é “uma alternativa prática para os modelos moral e de doença”, desvia “a atenção do uso de drogas em si para as consequências ou para os efeitos do comportamento aditivo” (MARLATT, 1999, p. 46). Vale ressaltar que a RD não desconsidera a abstinência, ela apenas não a vê como única alternativa para o cuidado. De acordo com P1, “a redução de danos não visa à abstinência, ela trabalha com a construção do consentimento”. Essa é uma fala que externaliza, de modo claro, como a RD pensa e trabalha. Ou seja, não é a imposição e a punição que imperam, mas, a negociação e o diálogo, pois o *usuário* é, e precisa ser, participante ativo no processo de construção do cuidado. Assim, é preciso haver consentimento e abertura para se reorientar uma prática ou relação com a droga que esteja estruturada de modo prejudicial.

Na saúde mental, particularmente no que diz respeito ao campo “álcool e outras drogas (AD)”, a redução de danos se tornou um princípio orientador de políticas públicas, de funcionamento dos CAPS's ad, de programas em territórios e de outros espaços (como os

consultórios na rua), passando a ser regulamentada pela Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005⁴⁰. Dentre os artigos da portaria, acentuo o Art. 2º, que pauta o desenvolvimento de “ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo” (BRASIL, 2005).

Além disso, a RD, que tem como base a promoção dos direitos humanos, prioriza a informação como ferramenta educativa para a adoção de práticas mais seguras; prevê a disponibilização de insumos de proteção à saúde e de prevenção ao HIV/Aids e Hepatites, e orientações para a não ocorrência de uma overdose; adverte sobre o não compartilhamento de instrumentos para o consumo; realiza a divulgação de serviços públicos e dos princípios constitucionais fundamentais; e descentraliza ações mediante o desenvolvimento de estratégias de RD em todos os espaços de interesse público. (BRASIL, 2005)

É por intermédio dessa e de outras portarias e políticas públicas de atenção ao *usuário* de drogas que a redução de danos vem sendo regulamentada e oficializada. Contudo, apesar de o instituto Igarapé (2015) evidenciar alguns programas de RD e iniciativas avançadas que têm sido implementadas no território brasileiro, Tófoli (2015) alega que “a redução de danos está longe de ser uma política consolidada no país” (TÓFOLI, 2015, p. 03). Um dos exemplos que sustenta a sua ideia é a discussão sobre o financiamento e a regulamentação de Comunidades Terapêuticas⁴¹, instituições que rejeitam a adoção de estratégias de redução de danos (TÓFOLI, 2015) e pregam a abstinência como única via para a *cura*.

Ainda sobre a RD, o autor da obra recém-publicada “drogas e governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos”, Pablo Ornelas Rosa (2014), propõe uma nova leitura da política, para além dos vieses puramente progressistas. A análise feita pelo autor define as políticas redução de danos como “tecnologias de poder que capturam os indivíduos através de dispositivos de segurança e normalização decorrentes de saberes que operam por meio do tratamento, da superação das condições de vulnerabilidades, riscos e qualidade de vida” (ROSA, 2014, p. 33).

40 Essa Portaria determina a regulamentação das “ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência”. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1028_01_07_2005.html

41 Após mais que vinte anos de reforma, uma instituição que vem crescendo e ameaçando a rede de saúde mental é a comunidade dita terapêutica. As comunidades terapêuticas (CT's) representam o “indeferimento da desinstitucionalização” (DANTAS, S.; CAMPOS, P.; PIMENTA, D.; 2012), e são, de modo geral, instituições de caráter privado e financiadas pelo SUS. A maioria das CT's comporta um tratamento teoterápico, de cunho evangélico, e atualmente, é alvo de inúmeras acusações e denúncias de maus tratos e cuidados, punição e torturas para com os *usuários*, como mostra o “Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas”, organizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) em 2011. De acordo com o CFP (2011), tais instituições “desenvolvem práticas que são objeto de denúncias de violação de direitos humanos” (p. 189). Além das CT's, a prática higienizadora da “internação compulsória”, que “viola frontalmente os princípios constitucionais da dignidade da pessoa humana e da saúde” (COELHO & OLIVEIRA, 2014, p. 360), também é algo questionado.

Para ele, a apropriação de conceitos como risco, vulnerabilidade e tratamento por parte de *usuários* e *ex-usuários*, para pensar um uso cuidadoso, culminaria na legitimação de verdades difundidas pela medicina. Logo, essa governamentalização é implementada não somente pela segurança pública, mas também pelos dispositivos de saúde, “atuando sobre a própria população por meio da governamentalização de verdades sobre esta questão” (ROSA, 2014, p. 270). Neste sentido, a redução de danos e as políticas de tolerância zero agiriam como estratégias de poder constituidoras da biopolítica (ROSA, 2014).

Trata-se do fato de que a RD também tem suas normativas, seus princípios e diretrizes, portanto, impõe-se como biopolítica. A questão é que, diferente das políticas de tolerância zero e de segurança pública, a redução de danos prioriza a desestigmatização dos *usuários*, além de problematizar a descriminalização do uso de drogas, proporcionando um olhar ampliado sobre a droga, sobre o *usuário* e as práticas de cuidado. Por conseguinte, além da distribuição de insumos e disseminação de estratégias mais objetivas para o cuidado em saúde, a RD contribui com a prevenção de danos causados pela estigmatização e marginalização dos *usuários*.

Na cidade onde a pesquisa foi realizada, segundo P2, a redução de danos tem uma história de aproximadamente uma década. O projeto atual “foi uma retomada de um programa que se tinha antes, e que era vinculado ao DST/AIDS, não era nem à saúde mental” (P2), mas, contou com a atuação de apenas quatro redutores (depois aumentou o quantitativo, e em seguida diminuiu de novo) e salários incertos. Por questões de interesse político, o programa foi interrompido, “aí ficou tipo um ano e meio sem redução de danos, sem projeto, sem atividades de RD claras” (P2). O projeto foi retomado há três anos, vinculado à secretaria municipal e funcionava nas dependências do CAPS ad. Após um problema, a equipe passou a ocupar as dependências da secretaria de saúde, e hoje, está instalada no CAPS novamente.

Na visão de P3:

A redução de danos aqui no serviço tá enquanto uma parceria porque a gente sabe que tem usuário que não tem interesse nenhum de parar de usar. (...) Então, eu acredito que a RD neste ponto, com esses usuários, acaba sendo fundamental pra gente, enquanto apoio, de orientação, de educação mesmo em saúde, de tentar reduzir né, as comorbidades que podem estar causando por conta dos efeitos, por conta da falta de cuidado. (...) Porque de fato você tem usuários que não se preocupam com prevenção com relação a sexualidade, por exemplo, com relação a alguns cuidados com o uso da droga, né, faz o uso com qualquer material, não se preocupa com questões de hidratação, com alimentação, aí você sabe que é um usuário que ele de fato vai ter esse uso aí constante em controle. (...) Aqui, a parceria, a gente ainda precisa melhorar mais, mas, até que já se aproximou, eu sinto que em alguns momentos a gente já se aproximou, tava mais distante do que é hoje. (P3).

Essa relação entre o CAPS e a RD foi algo que, desde o primeiro dia de trabalho de campo, chamou a minha atenção, pois me lembro que, há algum tempo, falar em RD dentro dos centros de atenção psicossocial era considerado um tabu, apesar dessa diretriz estar salvaguardada pela portaria que regulamenta os centros⁴². Atualmente, na cidade onde a pesquisa foi realizada, o programa de redução de danos (PRD) está inserido no CAPS ad, embora essa parceria apresente dificuldades e desafios, como mostra a fala de P3. Com relação à inserção da equipe de redução de danos no serviço, um dos profissionais entrevistados relatou a sua experiência enquanto redutor, que é anterior à sua atuação como profissional do CAPS. Um dos questionamentos que diz ter feito a si mesmo foi “como é que a gente vai conviver junto, quais são as atribuições da redução de danos, quais são as atribuições dos técnicos do CAPS?” (P2).

Para P1, essa relação ou sensibilização dos técnicos do CAPS para com o programa de redução de danos é algo que ainda está em processo. Segundo o profissional:

Esse processo ainda continua. (...) Historicamente, as diversas sociedades, os diversos grupos sociais, não tem facilidade para lidar com a liberdade, né, muito menos com respeito e a dignidade que a liberdade impõe. (...) A luta antimanicomial (*no Brasil*) abre as portas, junto à ideia dos direitos humanos, (...) a gente começou a trabalhar, pelo menos tentar trabalhar e entender melhor o que que era vulnerabilidade, autovulnerabilidade, o que que era liberdade, o que é que prisão. Começa a contestar essas fórmulas de aprisionamento, e a luta antimanicomial trouxe por sua vez, traz consigo, a reforma psiquiátrica, a reforma psiquiátrica traz as possibilidades dos programas de RD, e dos CAPS's ad. Esse processo de sensibilização dos técnicos nessa área ainda é muito pequena, por mais que haja investimento público nesse processo, ainda é muito difícil né, principalmente para as pessoas que saem da academia, da universidade, e aí trazem aquela sensação de que realmente sabem fazer, eles aprenderam. (...) Os técnicos que trabalham nos CAPS ad, ou nos CAPS em geral de transtorno, inclusive, com essa outra lógica. No fundo no fundo a pessoa queria curar o outro, queria salvar o outro, a pessoa queria consertar o outro, né, e eu acho que um dos fundamentos da polêmica trazida por esses ideais, ou por essas ideias da liberdade e dos direitos humanos, é justamente o contrário, é a capacidade que esse público tem de modificar o técnico. (P1).

Essa capacidade que os ideais de liberdade e dos direitos humanos possuem para modificar o técnico, e aqui me refiro ao profissional do CAPS ad, carrega uma reflexão crítica interessante. Pontuo o fato de que muitos profissionais, ao falarem sobre a redução de danos, concebem-na como uma política à parte, constituída e mantida por um grupo específico de profissionais, que são os redutores de danos⁴³. Contudo, esse *olhar* precisa estar *transversalizado* nas práticas cotidianas de

42 Num outro CAPS ad (onde fiz estágio), nós estudantes precisávamos ter cautela e ser *contorcionistas* para tocar no assunto. Enquanto falar sobre redução de danos havia restrições, o Alcoólicos Anônimos (AA), associação baseada na abstinência, ocupava o espaço da instituição para reuniões periódicas, aspecto que demonstrava claramente quais princípios eram adotados e quais eram preteridos por este CAPS.

43 A profissão de redutor de danos ainda não foi regulamentada (TÓFOLI, 2015).

todos os profissionais. Isso significa que a RD funcionaria como uma lente para ver o mundo das drogas, utilizada não apenas por aqueles que lidam diretamente com a temática, mas por todos os técnicos de saúde, como uma política orientadora das ações de todo e qualquer profissional.

Para alguns profissionais do CAPS ad, a redução de danos inclusive se estende para além do trabalho cotidiano com os *usuários*. Eles a adotam como filosofia de vida:

Aí eu penso assim, como é que eu posso fazer redução de danos na minha vida. (...) Em mim, enquanto pessoa, já é assim internalizado, eu já vejo as coisas tentando ver como é que eu posso fazer ser reaproveitada, como a gente pode fazer pra diminuir o gasto de energia, né, com as práticas da vida. (...) Volta e meia eu sempre percebo, descubro “pô, isso aqui eu poderia reduzir melhor”, não tava reduzindo muito bem o dano que isso aqui poderia causar. Aí eu sempre tento fazer aquilo que eu trabalho, aquilo que eu acredito como teoria como uma prática né. (P2).

Ainda no campo da saúde, mas, para além da questão das drogas, Andrade (2010) também acrescenta estratégias que se configurariam como ações de RD:

Com base nos princípios de redução de danos, certamente a psiquiatria seria menos intervencionista e prescrever-se-iam menos neurolépticos, preservando-se mais a autonomia dos pacientes; os gastroenterologistas seriam mais condescendentes com seus pacientes alcoolistas e acatariam de melhor grado a redução do consumo ou a troca de bebidas mais fortes por outras de menores teores alcoólicos, em detrimento da proibição intransigente do ato de beber o que, não incomum, resulta em disfunção da relação médico-paciente e abandono de tratamento. Haveria também menos septicemia e menos tétanos ceifando a vida de milhares de mulheres jovens que, em várias partes do mundo, optam por práticas clandestinas, dada a ilegalidade do aborto. (ANDRADE, 2010, p. 93).

Por fim, a redução de danos se posicionaria como uma política transversal e intersetorial (MALHEIRO, 2013; TRINO & RODRIGUES, 2012), perpassando pelos dispositivos de atenção aos *usuários* de drogas, e pelos serviços de saúde de modo geral, desde a atenção primária até a alta complexidade, respeitando o estado e o desejo dos *usuários*. É necessário ampliar essa oferta de cuidados, e claro que a abstinência pode ser contemplada, porém, precisa ser uma demanda do *usuário* e não algo imposto pelo profissional, motivado por seus preceitos morais e pelas verdades cristalizadas sobre o tratamento.

No CAPS, por exemplo, conversando com alguns *usuários* percebi que muitos conhecem a política de redução de danos e optam por essa via de cuidado, já outros reduzem danos mesmo sem conhecer a política ou conceito. Algumas falas são exemplificadoras como: “tô me segurando aos poucos e a tendência é chegar lá né, não tô mais agoniado como eu ficava, não, tô me segurando” (U3); “eu fui deixando de me aproximar de negócio de bares, tomando meus medicamentos certinhos, controlando, e cada vez mais, botando na minha cabeça que aquilo ali era não tava me fazendo bem” (U4); “eu, para parar de usar minha droga de preferência, que é o crack, eu fiz uma

redução de danos (*perguntei como foi*): foi saindo do crack, usei maconha por aproximadamente uma semana, até parar completamente com o uso de drogas” (U7); “porque se eu antigamente bebia todo dia e usava droga todo dia, se hoje em dia eu bebo um, dois dias na semana, eu diminui né? Isso já é uma redução de danos” (U10); “redução de danos é a pessoa se beber um litro, passar a beber meio e de repente, uma dose, duas” (U13).

Alguns *usuários* já preferem a abstinência em detrimento da diminuição paulatina do uso, e como demonstrarei no próximo capítulo, o modo como os *usuários* adotam uma estratégia de cuidado ou veem a questão do tratamento está bastante vinculado ao que seus técnicos de referência pensam a respeito das políticas sobre drogas. O conservadorismo que impera por intermédio das políticas de segurança pública entra em conflito com os princípios de liberdade, de respeito e de direitos sustentados pelas práticas e discursos da redução de danos. E é em meio a esse campo de disputa que os profissionais do CAPS ad orientam, cotidianamente, as suas práticas de trabalho. Vejo, então, a redução de danos como um marco de reorientação das políticas públicas sobre drogas, que reivindica uma discursividade política e cidadã, em face às contradições legais impostas pela criminalização. Por fim, discuto a seguir, a influência do proibicionismo e da redução de danos na legislação e políticas públicas brasileiras, compartilhando a visão dos profissionais do CAPS sobre os atuais instrumentos legais sobre drogas, e acentuo o impacto das narrativas midiáticas na veiculação de uma imagem de *usuário*.

2.3. As leis, políticas e representações midiáticas sobre drogas

Transcorridos os marcos norteadores, busco refletir sobre como a ideia de *usuário* é concebida pelas leis e políticas que regulamentam a oferta, a demanda e a atenção direcionada às pessoas que consomem drogas no Brasil. Dentre as políticas, decretos, leis e convenções analisei a atual lei nacional, a Lei nº11.343/06, que substituiu as Leis nº6.368/76 e nº10.409/02; e as diretrizes e princípios da redução de danos presentes na Política Nacional sobre Drogas (PNAD), na Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a *Usuários* de Álcool e outras Drogas (PNS), e na Portaria nº 130/2012, que redefine o CAPS ad 24h.

A escolha pela lei e pelo conjunto de estratégias relacionadas à redução de danos (responsabilidades da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD) fora devido à polaridade em que esses instrumentos se encontram; ora nas extremidades, ora em entrecruzamentos. O conflito se dá através da oposição presente nas bases que os fundamentam: o proibicionismo com sua perspectiva criminalizante e punitiva; e a redução de danos com sua inspiração, em alguns casos, antiproibicionista. Ambos, que servem de base para a elaboração de

políticas de segurança pública e de políticas de atenção à saúde, carregam consigo uma concepção de sujeito, uma visão e intervenção distintas voltadas para as pessoas que fazem uso de drogas. Apesar de a nova lei nacional redirecionar o entendimento sobre o fenômeno das drogas, concebendo-o como complexo e multideterminado, e ainda incorporar, mesmo que de modo incipiente, a redução de danos, ela apresenta um foco muito direcionado ao combate às drogas e à criminalização.

Este é, inclusive, um dos pontos mais polêmicos da Lei nº 11.343/06. A lei nacional, ao falar sobre criminalização, reconhece que há diferenças entre *usuário*, dependente e traficante, e sinaliza que é necessário haver um tratamento específico para cada um. O problema é que a lei diz reconhecer tais especificidades, mas, não estabelece critérios para distingui-los, deixando *brechas* para que agentes externos, principalmente os agentes de segurança e do judiciário, avaliem e intervenham. Machado (2010) faz uma análise sobre a referida lei e demonstra como ela é, em si, seletiva, ao não estabelecer uma clara diferença entre o *usuário* e o traficante. Segundo a autora, “a partir dos estudos da criminologia crítica percebe-se que o sistema penal funciona de maneira desigual, selecionando aqueles que sofrerão maior incidência do poder punitivo estatal”⁴⁴(p. 1099). O artigo 28, por exemplo, é um dos mais questionados na Lei nº 11.343/06, pois:

Para determinar se a droga destinava-se a consumo pessoal, o juiz atenderá à natureza e à quantidade da substância apreendida, ao local e às condições em que se desenvolveu a ação, às circunstâncias sociais e pessoais, bem como à conduta e aos antecedentes do agente. (BRASIL, Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006).

Ou seja, as próprias condições estabelecidas em lei para a avaliação daquele que será considerado *usuário*, e submetido ao cumprimento de prestações de serviço; e daquele que será considerado traficante, e submetido ao encarceramento, já promovem iniquidades, pois não é somente a quantidade de substância portada (que sequer é delimitada) que define a diferença entre *usuário* e traficante, mas, outros aspectos, como o local e as circunstâncias sociais. Essa inespecificação objetiva recai, portanto, numa análise de ordem subjetiva por parte do apreendedor, ou seja, da polícia.

Logo, com a *brecha* consentida pela lei, fala-se de uma possível despenalização para o consumo próprio, porém, como o instrumento legal não delimita quantidades, fica à mercê do

⁴⁴ Segundo Machado, “o processo de criminalização manifesta-se em dois momentos distintos. Primeiramente cabe ao legislador definir quais os bens que serão tutelados pelo direito penal (criminalização primária) e depois, cabe à polícia, com base em estereótipos, selecionar os indivíduos que serão submetidos a um inquérito policial e, posteriormente, a um processo penal, cabendo ao juiz exercer a mesma seletividade (criminalização secundária)” (MACHADO, 2010, p. 1100).

controle externo a decisão sobre quem está ou não cometendo um crime. E ao final, o alvo de tal criminalização esbarra na mesma tipificação orientadora da proibição, como é explicitado pelo sociólogo francês Loïc Wacquant (2014):

A política penal e a política social não são mais do que as duas vertentes de uma mesma política da pobreza na cidade – no duplo sentido de luta pelo poder e ação pública. Por fim, sempre e em toda a parte, o vetor da penalidade atinge preferencialmente as categorias situadas na base tanto da ordem de classes quanto das gradações de honra. Em consequência, é crucial conectar a justiça criminal à marginalidade em sua dupla dimensão, material e simbólica, bem como aos outros programas do Estado que pretendem regular as populações e os territórios “problemáticos”. (WACQUANT, 2014, p. 141).

Embora as bases proibicionistas e criminalizadoras façam referência ao combate à *droga*, quando perguntado aos interlocutores *quem seria o alvo da criminalização das drogas*, P3, por exemplo, destaca que “quem acaba sendo criminalizado é o próprio usuário”. U7 é ainda mais específico e alega ser a pessoa “pobre, né cara? É para o pobre. Pobre, preto, negro, ah, sempre é a mesma história, né cara” (U7). Na visão de P6, a pessoa que vive do tráfico é uma criminosa e deve ser presa por isso. Sua reflexão se estende para quem é esse traficante, salientado que “os grandes traficantes”, ou seja, “os mafiosos de colarinho branco, que mantêm essa rede” nunca são pegos ou vão para a cadeia, pelo fato de terem o poder econômico a favor deles. Para então se esconderem, eles colocam “um outro pobre coitado na rede, funcionário dele, como bode expiatório” (P6), e esses, que na verdade são os traficantes intermediários, é que são pegos pela polícia. P6 acrescenta que para sustentar essa rede, há a participação de vários empresários e políticos e que, por isso, é difícil desfazê-la, diante do fato de que “o próprio governo tá no meio dela” (P6).

Por fim, apesar da dita despenalização, e da droga ser admitida como um fenômeno complexo, a lei brasileira ainda está estreitamente enraizada em bases proibicionistas. Mesmo com o avanço proposto pela política de redução de danos neste percurso, é perceptível que pouco se transformou em termos de leis orientadoras. No entanto, a discussão sobre uma possível alteração na legislação brasileira foi posta em pauta, e atualmente, o país debate a possibilidade de descriminalizar o uso de drogas. O julgamento de um recurso extraordinário pelo Supremo Tribunal Federal (STF), que teve início em 19 de agosto de 2015, tem por objetivo rever a constitucionalidade do artigo 28 da atual lei nacional (Lei nº 11.343/2006) e votar a descriminalização do porte de drogas para o uso pessoal.

Como sinalizado, a grande controvérsia se situa no artigo 28, por não estipular quantidades-limite de substâncias, que possibilitem diferenciar o *usuário* do traficante, de modo a extinguir a seletividade que a atual designação legal promove. Um estudo realizado pela SENAD em 2015, com o objetivo de comparar as legislações nas Américas e Europa, aponta que a lei brasileira

“despenaliza a posse (*de drogas*) para uso pessoal” (p. 05). Porém, sem a especificação de quantidades, vê-se a promoção de iniquidades no processo de diferenciação entre aquele que será apreendido por crime de tráfico e aquele que será considerado *usuário*, e muitos consumidores acabam por ser encarcerados.

Após a publicação da última lei nacional (2006), a qual enrijece as penas para o tráfico, a população carcerária que cumpre penas por tráfico de drogas aumentou 37%, perfazendo uma porcentagem de aproximadamente 30% em relação à população total, o que leva o Brasil a ser classificado como a quarta maior população carcerária do mundo. Depara-se, então, com um inchaço e entupimento das cadeias, além da baixa resolubilidade em termos saúde. A manutenção deste cenário se dá, muitas vezes, pelo simples fato de não se compreender como a descriminalização do uso de drogas poderia alterar essa ofensiva e esmagadora realidade social, ou pela ignorância em achar que a descriminalização incentivaria o uso, como equivocadamente supuseram que aconteceria em Portugal, país que descriminalizou o uso de todas as substâncias psicoativas e se tornou modelo de política para vários países.

Mas, afinal, o que significa, como se procede e em que implica descriminalizar o uso de drogas? No decurso da pesquisa, através de textos, entrevistas e observações realizadas, percebi que o termo descriminalização é, muitas vezes, utilizado e concebido de maneira errônea, confundido com outros enquadramentos legais como a liberalização, a legalização ou a despenalização. Segundo Dias (2007), as distintas abordagens legais podem ser agrupadas em duas “matrizes essenciais: a matriz antiproibicionista e a matriz proibicionista” (p. 131), apesar de essa bifurcação se mostrar um tanto reducionista. Começando pela despenalização, viés supostamente adotado pelo Brasil, ela ainda se encaixa na matriz dita proibicionista. Segundo Dias (2007), a despenalização “defende que um comportamento considerado legal não poderá ser penalizado, seja de que forma for, nem mesmo através de ‘penas não criminais’” (p. 133). De acordo com a publicação do *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA) sobre “*Illicit drug use in the EU: legislative approaches*”, de 2005,

‘Depenalisation’ means relaxation of the penal sanction provided for by law. In the case of drugs, and cannabis in particular, depenalisation generally signifies the elimination of custodial penalties. Prohibition remains the rule, but imprisonment is no longer provided for, even if other penal sanctions may be retained (fines, establishment of a police record, or other penal sanctions). (EMCDDA, 2005, p.12).

Assim, despenalizar implica, de maneira geral, não haver nenhuma penalização em relação ao consumo de drogas - ou de alguma substância específica, a depender da legislação do país-⁴⁵, porém o uso ainda é considerado crime. Já descriminalizar, seria a retirada do problema das drogas da esfera judicial e criminal (GRENWALD, 2009); o consumo ainda é proibido, porém, as sanções são de outra ordem, que não a criminal, e o uso não é mais considerado crime. De acordo com o EMCDDA (2005):

‘Decriminalisation’ comprises removal of a conduct or activity from the sphere of criminal law. Prohibition remains the rule, but sanctions for use (and its preparatory acts) no longer fall within the framework of the criminal law (elimination of the notion of a criminal offence). This may be reflected either by the imposition of sanctions of a different kind (administrative sanctions without the establishment of a police record – even if certain administrative measures are included in the police record in some countries, such as France), or the abolition of all sanctions. Other (non-criminal) laws can then regulate the conduct or activity that has been decriminalised. (EMCDDA, 2005, p.12).

Na América Latina, alguns países descriminalizaram o uso, a exemplo da Bolívia, Chile, Colômbia, Equador Paraguai, Peru, Uruguai, além dos países norte-americanos: Colorado e Washington, e 29 europeus (SENAD, 2015), porém cada país tem um entendimento específico sobre o que é e sobre como descriminalizar, elencando tipos de SPA e apresentando critérios e aplicações legais variadas. Assim, para caracterizar a descriminalização do uso de drogas, problematizo aqui o exemplo português, que ao descriminalizar todas as drogas, não apenas retira o *status* de criminoso do *usuário*, como também direciona para o campo da saúde pública as questões relacionadas ao consumo. O consumo, assim como a aquisição e a detenção para o consumo próprio, são definidos pela Lei n.º 30/2000, tendo como base a quantidade específica para o porte de cada SPA, e o que é considerado consumo médio individual está estipulado para um período de dez dias.

Portanto, a pessoa que for pega pela polícia em posse de uma quantidade acima da delimitada pela lei, será levada ao tribunal para um processo de tráfico; já para a pessoa apreendida com uma quantidade abaixo ou corresponde à estabelecida para o consumo pessoal, a polícia emitirá uma ocorrência e enviará este auto às denominadas “Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência”, as CDT's. A pessoa terá, então, um processo de contraordenação, que poderá resultar em sanções como comparecimento a serviços de saúde (encaminhamento para programas de redução de riscos e minimização de danos ou tratamento, a depender do risco associado ao consumo), prestação de serviços gratuitos à comunidade ou coimas, por exemplo. Porém, nenhuma

45 Além do Brasil, a Venezuela também é classificada como um país que despenaliza o consumo e o porte de SPA (SENAD, 2015). A diferença é que a legislação venezuelana apresenta critérios (quantidades) para distinguir o uso do tráfico.

pena será de caráter criminal. Algumas diferenças entre os modelos de criminalização e descriminalização podem ser visualizadas a seguir:

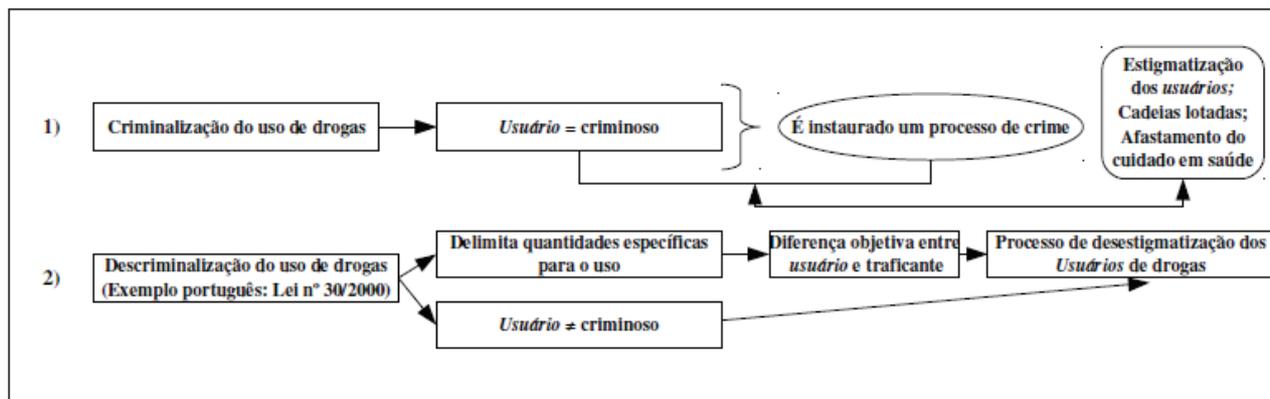


Figura 3: Diferenças entre o modelo criminalizatório e o de descriminalização

Logo, diferente da despenalização, na descriminalização -em Portugal-, o uso não está livre de consequências e penas não criminais ou sanções, além de presumir a vinculação do *usuário* com os serviços de saúde. Se pensarmos nos *usuários* que apresentam algum tipo de problema relacionado à droga, como os *usuários* do CAPS ad, por exemplo, num contexto de despenalização, ao serem apreendidos pela polícia, ficariam desassistidos, pelo fato da abordagem não prever esse encaminhamento, e não fazer a ligação entre a pessoa e as vias terapêuticas. Neste caso, a despenalização pura se revelaria uma medida contraproducente para aqueles que apresentam um problema com a SPA. Talvez essa seja a grande problemática e a falha da simples despenalização.

Em Portugal, quando o consumo era criminalizado, também nada acontecia em relação à saúde dos *usuários*, eles tinham um processo de crime, as cadeias ficavam entupidas e não havia nenhum ganho em termos de saúde. Com a descriminalização, muda-se o *olhar* sobre o consumo de drogas, e descriminalizar passa a ser entendida como *produzir saúde*, e vista como uma “vertente construtiva” (POIARES, 2007; DIAS, 2007).

Por fim, o que há de semelhante entre a despenalização e a descriminalização é o fato de tratarem da esfera dos consumos, e em ambas, o tráfico continuar a ser considerado crime. É este quesito que faz com que as duas abordagens não contraponham as Convenções ditadas pela ONU, especificamente a “Convenção Contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas” de 1988. Isso significa que a adesão a abordagens mais progressistas e direcionadas para a *antiproibição*, como a liberalização e a legalização, por Estados signatários, defronte-se com dificuldades para serem implantadas.

Por liberalização, entende-se que há uma “total ausência de regras no circuito normal de mercado que vai da produção ao consumo de drogas” (DIAS, 2007, p. 131), e por legalização, a “legalização da própria distribuição ou comércio de drogas confiado, em monopólio ao Estado, ou a outros agentes econômicos privados, de acordo com o regime chamado de *comércio passivo*” (DIAS, 2007, p. 131). Dias (2007) descreve que, no comércio passivo, as drogas não seriam tidas como mercadorias comuns, logo, não se submeteriam ao regime da concorrência, que ativa a oferta e incentiva a procura, nem abarcariam publicizações para vendas.

Assim, legalizar implica estabelecer “regras de condições para o acesso à actividade, licenciamento, localização, horários de funcionamento, proibição de vendas a menores, bem como de marcas, insígnias e publicidade, fiscalização, controle de origem e de qualidade” (DIAS, 2007, p. 132). Como exemplo de “droga estatal” tem-se a maconha, que foi legalizada pelo Uruguai em 2013, sendo o país, o primeiro e único a legalizar a substância. Por fim, segundo o Relatório português produzido pela “Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga” (1999), a legalização é um “sistema em que o consumo de droga não só não é proibido, como se encontra regulamentado pela lei” (p. 78), contudo, em face ao não entendimento do termo, talvez as Nações Unidas comecem “a falar em *regulation debate* em vez de *legalization debate*, porquanto a questão não será tanto de escolha entre proibição e legalização, mas antes quanto ao grau de regulação a que certas drogas devem estar sujeitas” (p. 78). Bem, essa foi a definição de 1999, feita pelo documento que embasa a lei portuguesa. Porém, como os marcos teóricos ainda são demarcadamente proibicionistas, a margem que os países membros encontram para a alteração legal se encontra apenas no que diz respeito aos consumos, limitando, assim, a adoção de medidas que incidam sobre a produção e a venda, com vistas a regulamentar as substâncias.

Portanto, o debate entre proibicionismo, criminalização e redução de danos se situa no embate entre a segurança pública e o campo da saúde. As políticas de segurança pública priorizam a droga como alvo de intervenção e criminalizam as pessoas que fazem uso; e as políticas de saúde, apesar de demandarem maiores avanços, já preveem uma reorientação na atenção e assistência aos *usuários* com ações mais contextualizadas. Dentre os objetivos da PNS, por exemplo, destacam-se a indicação do paradigma da redução de danos e a formulação de “políticas que possam desconstruir o senso comum de que todo usuário de droga é um doente que requer internação, prisão ou absolvição” (2004, p. 24); e um dos pressupostos da PNAD é: “tratar de forma igualitária, sem discriminação, as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas ou ilícitas” (2008, p. 13).

A política de RD rompe, portanto, com a medicalização da assistência e defende uma concepção de sujeito que é protagonista em seu percurso e processo de cuidado. Este paradigma fala do lugar de uma clínica que é ampliada e pragmática, fala do cuidado compartilhado e de um sujeito que é livre para fazer a sua escolha entre a continuação, diminuição ou suspensão do uso. Dentre as

diretrizes da redução de danos presentes no Observatório Brasileiro de Informações Sobre Drogas (OBID), destaca-se que:

Na prática das intervenções de redução de danos, somos forçados a admitir que o tratamento à dependência química não está necessariamente associado à abstinência total e imediata da droga de eleição. Nestes casos, formas de tratamento que priorizem o serviço ambulatorial ou de centro-dia são mais adequadas. E para aqueles que não querem ou não têm condições imediatas de abster-se, mas que, se acolhidos e se sentindo seguros podem, posteriormente, optar pelo tratamento. Neste sentido, a redução de danos permite-nos acessar um número muito maior de pessoas e lhes dar uma alternativa de manejo de sua dependência. (OBID).

Com a mobilização de *usuários* e profissionais militantes, e de outras pessoas comprometidas com a reorientação do cuidado, aos poucos os princípios e diretrizes da RD ganharam espaço no campo da saúde pública brasileira, e “em cooperação com o UNDCP – Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas –, em 1994, o Ministério da Saúde reconheceu a redução de danos como estratégia de saúde pública no Brasil” (MACHADO & BOARINI, 2013, p. 586). De acordo com a PNS:

A abstinência não pode ser, então, o único objetivo a ser alcançado. Aliás, quando se trata de cuidar de vidas humanas, temos de, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas. As práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade. Devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento. Aqui a abordagem da redução de danos nos oferece um caminho promissor. E por quê? Porque reconhece cada usuário em suas singularidades, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas para a defesa de sua vida. (BRASIL, Ministério da Saúde, 2004, p. 10).

Porém, como supracitado, por mais que a redução de danos seja um avanço em termos de reorientação de políticas, há algumas limitações que a impossibilitam ir além, comprometendo, assim, a implementação de um viés e de estratégias mais libertadoras e mais próximas da realidade dos *usuários*. As barreiras impostas pelo proibicionismo estão diluídas, por exemplo, nas narrativas dos *usuários* ao relatarem como se sentem percebidos pelas políticas criminalizadoras. Eles demonstram o impacto e as diferenciações feitas pelo controle policial no momento do “flagra”. De acordo com U7:

É o delegado quem vai estipular isso né? Então, isso é muito relativo né, porque se uma pessoa com poder aquisitivo for presa com meio quilo de maconha, o delegado pode arbitrar que é uso, se eu (*leve risada*) for preso com meio quilo de maconha vai falar que é tráfico. Então, isso é muito complicado né? (U7).

U3 argumenta que para os *usuários* que precisam de tratamento e têm condições de bancá-lo, fica mais fácil a “recuperação” se comparado com aqueles que não podem pagar por uma assistência:

O governo federal não tem casa para botar os usuários, o governo daqui do estado não tem, pra poder cuidar, porque se você não tem nenhuma condição pra pagar, o governo não vai te ajudar, não tem um campo pro cara trabalhar pra ocupar sua mente, pra você ir, você tem que pagar um salário mínimo. (U3).

Por fim, além de os *usuários* se sentirem negativamente afetados pelas normas e pelas ações criminalizadoras, é importante destacar que o modo como os profissionais percebem tais políticas também releva como eles pensam sobre os *usuários*, afetando as suas práticas de trabalho. Por fim, são esses discursos criminalizantes, somados aos discursos proferidos e propagados pelos meios de comunicação, que produzem uma imagem de *usuário de drogas* estigmatizada e criminalizada, a qual interfere, por sua vez, no modo como *usuário* se percebe e é percebido socialmente.

Desse modo, a mídia⁴⁶ é também um dispositivo que produz e propaga concepções acerca do *usuário* de drogas. Sua capilarização é mais ágil, e as *verdades* publicitárias e noticiadas sobre a boa (lícita) e a má (ilícita) substância influenciam o modo como as pessoas se relacionam com quem as consome, refletindo a imagem positivada ou negativada de *usuário*. Nas extremidades se posicionam o álcool e o crack. No II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD)⁴⁷, realizado pela UNIFESP em 2012, é indicado o aumento do uso do consumo de álcool entre os brasileiros, nos últimos 10 anos, e segundo Pinsky (2008), um dos fatores contribuintes para essa mudança de padrão de consumo é alta publicidade em torno das bebidas alcoólicas.

Com relação ao álcool, em face à ineficaz regulamentação de propagandas e aos mitigados programas de prevenção, as campanhas publicitárias de bebidas alcoólicas se utilizam de estratégias associativas ao belo, ao erótico, à riqueza e à diversão, asseguradas pela licitude que tais substâncias portam. As mensagens rememoram vivências positivas e são comumente relacionadas ao carnaval, ao futebol, à praia e ao verão, construindo modos de identificação com o contexto em geral (PINSKY, 2008; FARIA, 2011). Segundo Gorgulho (2004), mesmo sendo o álcool uma questão de saúde pública, por falta de regulação e interesses econômicos, a mídia estimula e incentiva o seu uso, sem informar os riscos aos quais os consumidores estão submetidos.

No que diz respeito ao conjunto intitulado de *as outras drogas*, tanto as propagandas quanto as notícias diárias disseminam imagens negativas, associadas à morte, a perdas, males e demônios, lançando propagandas de prevenção não educadoras e não informativas, e junto a isso, a

46 Entendemos mídia ao modo proposto por Medrado (2004), como “não apenas um meio poderoso de criar e fazer circular repertórios, mas, que tem o poder transformador de reestruturação dos espaços de interação, propiciando novas configurações aos esforços de produção de sentidos” (p. 247).

47 Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2014/03/Lenad-II-Relat%C3%B3rio.pdf>

criminalização de um público específico de *usuários*. Tomemos como exemplo o crack, que é a *bola da vez* dos artigos midiáticos. A imagem do *craqueiro* (DOMANICO, 2006) é difundida pelos meios de comunicação como uma “figura monstruosa e perigosa, capaz de prejudicar e/ou fazer sofrer as pessoas que o cercam” (PETUCO, 2011, p. 09), e é assim que os *usuários* de drogas são, em geral, representados.

O discurso antidrogas é o foco das campanhas de prevenção e o suprassumo das notícias televisivas. Segundo Romanini & Roso (2012), o crack é anunciado como o sujeito, o agente, como um ser que tem vida própria e escraviza o *usuário*, tido como o objeto alvo da epidemia. O “pânico do crack”, que promove a responsabilização da substância pelas complexas problemáticas sociais brasileiras, como o aumento do índice de criminalidade (MALHEIRO & MACRAE, 2011; ROMANINI & ROSO, 2012), junto às argumentações proibicionistas das drogas ilícitas, engendram o chamado pânico moral. Nas palavras de Cohen apud Hall (1978), o conceito de “pânico moral” se refere a quando:

A condition, episode, person or group of persons emerges to become defined as a threat to societal values and interests; its nature is presented in a stylized and stereotypical fashion by the mass media; the moral barricades are manned by editors, bishops, politicians and other right-thinking people; socially accredited experts pronounce their diagnoses and solutions; (...) Sometimes the object of the panic is quite novel and at other times it is something which has been in existence long enough, but suddenly appears in the limelight. Sometimes the panic passes over and is forgotten, except in folk-lore and collective memory; at other times it has more serious and long-lasting repercussions and might produce such changes as those in legal and social policy or even in the way society conceives itself.’ (COHEN apud HALL, 1978, p. 16).

A estereotipia demarcada pelos media em torno da imagem do *usuário* perpassa pelas fases, descritas por Machado (2004), que compõem o processo de gênese do pânico moral. Segundo a autora, Cohen alega que a gênese seria decorrente

De um problema social (as diferenças de poder e estatuto que caracterizam a organização social capitalista), para o qual a ação desviante constitui a resposta/solução encontrada pelos grupos excluídos ou marginalizados. A esta resposta/solução segue-se a reação social que, mobilizada pelos media e pelos grupos de interesse, dramatiza o problema e cria condições para a polarização social e agravamento do conflito, confirmando os estereótipos iniciais. (MACHADO, 2004, p. 61).

Para Goode & Ben-Yehuda (1994), o comportamento de alguns membros da sociedade são interpretados como problemáticos e ameaçadores, se estes são postos numa posição de *folk devils*, tornando-se alvos legitimados de uma ira moralista, de hostilidades e de punições. Assim, a produção e a manutenção desses discursos estereotipados ou encorajadores (no caso do álcool),

pelos meios de comunicação, influenciam o modo como as pessoas concebem e se relacionam com as substâncias, e percebem as pessoas que as consomem, pois como bem avaliaram Borges & Borges (2013), a imprensa representa hoje uma espécie de fala autorizada, com hegemonia da narrativa jornalística. Os autores alegam que, “para além da carga afetiva e ideológica que possa ter, a autoridade (jornalística, nesse caso) é um tipo de poder que é reconhecido (legítimo), aceito e respeitado, conferindo àquele profissional (ou atividade) o reconhecimento necessário outorgado pela sociedade” (BORGES & BORGES, 2013, p. 76).

E é ocupando esse lugar de fala privilegiada que, por trás dos interesses industriais e políticos, informações e dados científicos ficam escondidos, em face à apropriação do discurso hegemônico sobre as drogas e a (re)produção de verdades que desconsideram os dados estatísticos e sociais mais problemáticos. De acordo com os últimos dados divulgados pelo OBID, em relação à estimativa de mortes associadas ao consumo de drogas, em 2005, o álcool se encontra em primeiro lugar, atingindo um quantitativo de 6109 pessoas; e o crack em sexto lugar, junto à cocaína e à merla, que juntos perfazem um total de 24 mortes em relação ao total da população.

Assim, por um lado, há os discursos que promovem o álcool como uma substância unicamente recreativa, e a divulgação de uma imagem que contradiz os dados sobre os prejuízos decorrentes desse uso. Em uma das reuniões técnicas dos profissionais do CAPS, P8 manifestou a sua indignação frente ao discurso hegemônico sobre o que é a droga e a proibição direcionada para algumas substâncias, enfatizando que ninguém fala sobre a cerveja como uma droga, ou proíbe o açúcar para o diabético e o sal para o hipertenso. Por outro lado, há os discursos que impõem o crack como o gatilho para o pânico moral. São, portanto, os discursos contra o *mal*, tomados como verdade, que geram e legitimam as ações de “limpeza na cidade”, caracterizada pelo *sumiço* repentino de pessoas em situação de rua, por linchamentos e outras atrocidades.

Neste sentido, apesar da relação mídia e drogas não constituir uma das temáticas prioritárias de análise no trabalho, achei importante destacar a posição que essa narrativa ocupa num suposto discurso de verdade sobre as drogas. A mídia constrói uma imagem positivada e uma negativada de *usuário*, que no entrelaçamento com os discursos legais, constituem os fundamentos do pânico moral aqui em questão. Por conseguinte, após discutir as compreensões sobre o *usuário* e as substâncias a partir do proibicionismo, da redução de danos, das leis e políticas públicas dominantes na área de drogas e da representação midiática, proponho analisar a influência desses discursos no CAPS ad.

RESUMO DO CAPÍTULO II

Neste capítulo vimos como a categoria nativa *usuário* é acionada e negociada no contexto do CAPS ad, tomando como base as práticas discursivas dos profissionais e das pessoas que frequentam o serviço sobre: o modo como os *usuários* fazem uso dos serviços oferecidos pelo CAPS; como os profissionais descrevem os *usuários*; culpabilização *versus* desresponsabilização, com destaque para a corresponsabilização do cuidado; as pessoas que se encontram em situação de rua, discussão que recai no debate sobre a longa permanência de alguns *usuários* no serviço; e como as substâncias são percebidas pelos interlocutores. Embora a princípio se apresente como totalizadora e homogênea, a categoria é heterogênea, em face às diversificadas possibilidades das pessoas se relacionarem com as drogas. No CAPS ad, a categoria *usuário* se ramifica em *usuário* do serviço e *usuário* de drogas, carregando ambivalências. A primeira, ainda que fora do CAPS carregue um significado social de descrédito, quando acionada no contexto do CAPS ad, sustenta um sentido positivo e implica certo processo de identificação e reconhecimento por parte dos *usuários*; já a segunda reúne características como recusa, rejeição, estigmatização e um sentido negativo. O processo de diferenciação é demarcada, sobretudo, pelos *usuários* de álcool, que não se veem como *usuários* de drogas e marginalizam as pessoas que fazem uso de substâncias consideradas ilícitas. Por fim, o modo como a categoria *usuário* é acionada e os sentidos que ela produz dizem muito sobre a forma como os interlocutores percebem as pessoas que fazem uso de drogas, sendo esta percepção afetada pelos discursos proibicionistas, da redução de danos, da Lei nº 11.343/2006, das políticas de saúde e da mídia, por exemplo, que disseminam compreensões sobre as drogas, seus usos, os *usuários* e as intervenções.

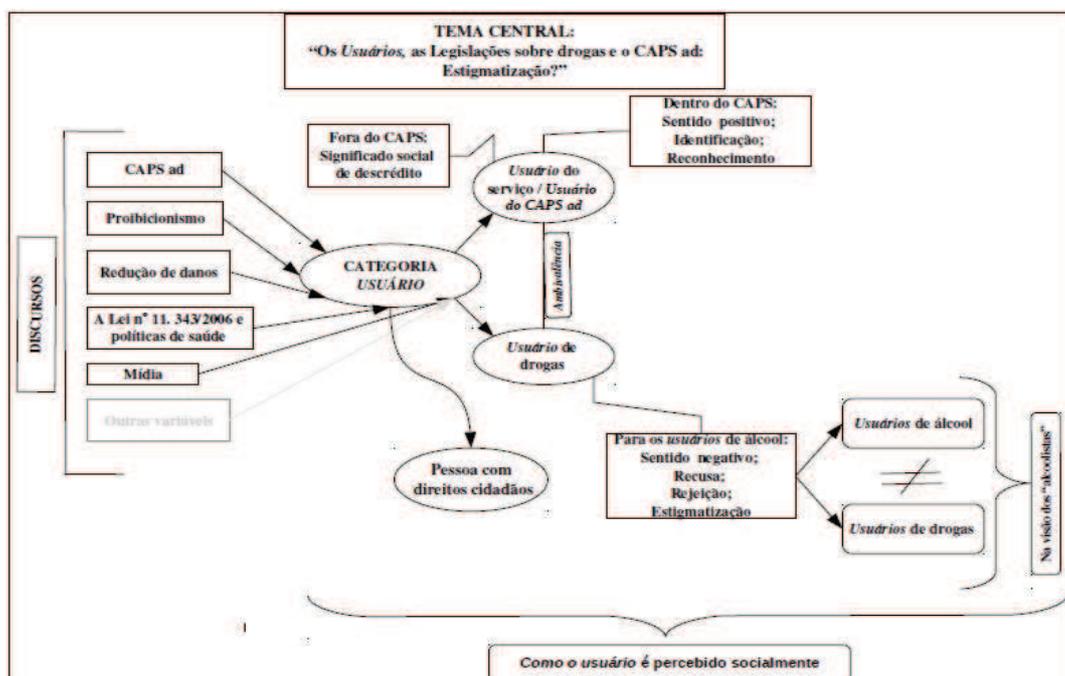


Figura 4: Resumo do Capítulo II

CAPÍTULO III

AS DROGAS, OS USOS E AS LEIS NO TERRITÓRIO DISCURSIVO DO CAPS AD

Partindo do entendimento de que “os discursos têm o poder de incorporar práticas” (ROSA, 2014, p. 29), e tendo analisado as práticas discursivas dos *usuários* e dos profissionais do CAPS ad, proponho, neste capítulo, discutir a influência dos discursos legais sobre drogas na produção de sentidos sobre as substâncias e suas nuances, bem como na prática cotidiana dos profissionais, articulando essa interpretação ao modo como os *usuários* se veem e são vistos socialmente. Para esse fim, parti das concepções de ambos os interlocutores sobre as substâncias psicoativas, a criminalização das drogas, o proibicionismo, a política de redução de danos, a descriminalização e a legalização, buscando investigar como tais concepções afetam o cuidado em saúde. A hipótese é de que existe uma relação entre a maneira de se pensar a lei, as intervenções e a categoria *usuário*, relação esta que incide sobre o modo como as pessoas que fazem uso de drogas são socialmente percebidas.

No decurso do trabalho de campo pude perceber a existência de convergentes visões em relação às políticas sobre drogas. Por meio das entrevistas, ficou ainda mais evidente a manifestação de conflitos decorrentes das diferentes perspectivas orientadoras do trabalho dos profissionais, neste caso, as políticas de tolerância zero e as política de redução de danos. No ponto de vista de P1, a convivência entre a equipe do Programa de Redução de Danos (PRD) e a equipe do CAPS:

Não é uma coisa simples. No fundo, no fundo, muitos técnicos ainda aqui resistem a essa ideia. É essa tentativa de falar “ah vamos chamar a guarda municipal pra fazer plantão aqui dentro”, né, e a gente não é contra guarda municipal, eu acho que a guarda municipal, polícia, existem para a nossa segurança. Se precisar, a gente chama, agora instalar um plantão aqui dentro é que seria admitir uma derrota, né, considerando que a polícia em geral é a única instituição à qual é autorizada a violência. O policial, a polícia, pode fazer uso da arma, ela pode fazer uso do cassetete, ela pode fazer uso da força, ela existe até para isso, infelizmente. Chamar isso pra dentro significa passar a decisão final para eles, e na minha opinião isso vai aumentar o nível de violência entre as pessoas. Então a violência que rola aqui dentro do CAPS ad sem a polícia é ainda menor do que se tivéssemos a polícia. A redução de danos aqui dentro é justamente um contraponto a tudo isso, quanto mais redução de danos se tem aqui, menos a necessidade policial. Mas, ainda nós estamos em pleno processo de evolução dessa parceria. (P1).

P6 alegou que a construção dessa parceria é uma dificuldade antiga, “porque são equipes que pensam com modelos diferentes de ação” (P6). Nessa situação, as diferenças se situam entre uma equipe que usualmente teve (e em muitos casos ainda tem) como perspectiva a abstinência (o CAPS ad), e uma equipe que trabalha com base nas estratégias de redução de danos (o PRD). Na visão de

P6, ambas “são correntes de pensamentos que tã dentro desse sistema de saúde mental ligada ao uso de drogas”, porém uma é mais proibicionista e a outra não. Uma se sustenta por intermédio da aplicação de certas regras e disciplinas e a outra preconiza a liberdade total (P6), e para P6, “o meio termo é que tem que ser chegado, mas, ninguém quer saber de meio termo, porque cada um defende o seu ponto de vista, e aí, fica complicado”. Contudo, há aqueles profissionais que são mais flexíveis dos dois lados, e os frutos dessa parceria têm sido “interessantes e gratificantes, mas é uma coisa que tá assim muito ainda elementar, tá muito ainda devagar, embrionária” (P6).

Um dos profissionais que vivenciou a implantação do CAPS ad, já se desligou do serviço e hoje voltou a compor a equipe, relembra como foi a chegada da discussão sobre redução de danos no CAPS. Durante a entrevista, P4 se perguntou qual seria o “por quê” dessa barreira, considerando que a “redução de danos é saúde” e todos os profissionais eram formados na área da saúde. Para ele, seria bem provável que tal barreira advenha da formação educacional. P4 alega que alguns estigmas e recusas em relação à assistência se faziam vigentes no CAPS, como expostos nas falas que, segundo o entrevistado, eram corriqueiras entre os profissionais: “maconheiro é marginal, ladrão é marginal, e eu tenho que dar comida, e o governo vem pra dar comidinha?” (P4).

Ele relata que, na época, os profissionais faziam questionamentos do tipo: “como é que eu digo ao cara como é que ele vai usar essa droga?” (P4), argumentando que: “eu acho que mexia muito no pessoal do cara sabe, porque oh você era profissional, poxa! (...) Essa fala vinha, assim, de um enfermeiro, de um médico, era do psicólogo, do farmacêutico, todos eles se esqueciam do lado profissional. Não, redução é saúde, então, palmas!” (P4). P4 prossegue refletindo sobre o que realmente atrapalha a promoção da saúde com um olhar direcionado para a redução de danos, e para ele, seria o constante conflito entre o lado profissional e o lado pessoal dos trabalhadores.

Também para P2, a questão pessoal é algo que abrange impasses:

Então, a gente tem essa dificuldade de ser uma questão cultural complexa, que dificulta, inclusive, a gente a aprender a lidar com um processo que, teoricamente né, enquanto instituição pública, tem que ser impessoal. Tem que ser, como é que eu posso dizer, ser lidado com uma maneira pra você atender às diretrizes do SUS né, de maneira integral, de maneira universal. Então você não pode usar muito valores morais pra atuar nesse campo, que às vezes é de uma construção muito subjetiva, e muito particular, assim, de cada indivíduo que usa a substância. Então, um dos problemas que eu vi assim, né, nesse processo, é que as pessoas que vinham trabalhar com essas políticas, e com essas lógicas, elas vinham muito com essa carga da própria cultura que ela tem, do aprendizado que ela teve, da questão moral que ela tem. Então, ou o conflito ficava dentro do funcionário, ou ele botava pra fora e a instituição funcionava de um jeito que era o jeito interno dele. (P2).

É importante chamar a atenção para o modo como a moral tem inculcado práticas no contexto de atenção à saúde. Como relatado no primeiro capítulo, a saúde mental carrega em sua história uma fase atroz e perversa sustentada pela existência dos hospitais psiquiátricos, que tinham o

“tratamento moral”⁴⁸ como a base do projeto pineliano. Quando os preceitos morais e religiosos são postos como vias de entendimento sobre o que é a loucura e a problemática das drogas, a força de coação, a privação da liberdade, a regulamentação da vida diária, as imposições verticalizadas de regras e o disciplinamento (FOUCAULT, 1978) passam a compor as medidas de intervenção neste campo⁴⁹. Segundo Queiroz (2001), o tratamento moral tinha como objetivo modificar os costumes em prol de uma sociedade que fosse sadia e também regulamentada com base em valores sanitários positivistas. Como destaca Foucault (1978), toda pessoa internada era submetida a um campo de valoração ética “e muito antes de ser objeto de conhecimento ou piedade, ele é tratado como sujeito moral” (p. 70).

Por fim, quando a redução de danos chegou ao CAPS ad, P4 relembra que os profissionais se habituaram a perguntar ao *usuário* “você quer abstinência ou quer redução?”; entretanto, a *oferta de tratamento* não era isenta de julgamentos prévios dos próprios profissionais. P4 relata que o *usuário* que optasse pela abstinência era visto como quem realmente queria “sair da droga”, e acrescenta que “a gente olhava diferente para esse cara” (P4). Muitas vezes, havia também aquilo que eu chamaria de adesão *ilusória* ao tratamento, como ilustra a seguinte fala: “hoje dificilmente tem um cara que quer abstinência, eles até dizem que querem, mas isso é só para satisfazer o ego do técnico. Ele percebe que o técnico queria isso dele, ouvir dele. O usuário é esperto, o ser humano é esperto” (P4).

Tais relatos rememoram alguns conflitos sobre o *pensar* e praticar a assistência, que foram e ainda são vivenciados no CAPS ad com a implementação da política de redução de danos. Apesar de hoje haver muitos adeptos e defensores da RD e de políticas menos criminalizadoras, as visões e condutas de base proibicionista ainda são resistentes. O conflito de ideias e práticas é perceptível, bem como a replicação deste na relação entre profissionais e *usuários*, especialmente no que diz respeito aos *usuários* e seus técnicos de referência.

Em diferentes situações, como diálogos, exteriorização de opiniões nas assembleias e nas reuniões de equipe, conversas informais e entrevistas, pude perceber certa (cor)relação de pensamentos, entre *usuários* e técnicos de referência, sobre a abstinência e a redução de danos e, com isso, a influência dos princípios que norteiam os instrumentos legais sobre drogas nas concepções dos interlocutores. Ademais, a partir das falas dos *usuários*, tornou-se claro que a

48 Segundo Costa Pereira (2004), “o tratamento moral fundava-se, pois, na crença de que seria possível introduzir mudanças significativas no comportamento dos doentes por meio de atitudes humanas, mas firmes, da equipe técnica para com aqueles. Termos como 'repressão', 'doçura' e 'filantropia' passam a ser encontrados amiúde no vocabulário técnico cotidiano e, em particular, nos próprios textos de Pinel” (p. 114).

49 Essa é uma das críticas direcionadas à expansão das Comunidades Terapêuticas (CT's). De acordo com Ribeiro e Minayo (2015), as instituições religiosas que gerenciam as CT's se utilizam de um modelo moral de tratamento “que encara o uso de drogas como um distanciamento de Deus, sua forma de recuperação se dá a partir de uma aproximação com Ele. A capacidade transformadora da fé é o elemento mais importante neste processo” (p. 522).

implicação da perspectiva de redução de danos ou de tolerância zero no trabalho em saúde está para além do CAPS ad. Ao falarem sobre a busca por outros serviços como Unidades de Saúde da Família (USF), hospitais e serviços de urgência, os *usuários* expõem o quão complicado é a relação com os profissionais de saúde de modo geral; constatação esta que acaba por afetar a procura por tais instituições.

O que o CAPS ad e os demais serviços de saúde têm em comum é a influência dos discursos legais e do modo como as diferentes visões estão orientadas, seja por uma perspectiva que visa à minimização dos riscos e danos e a descriminalização, ou por uma perspectiva proibicionista e de abstinência, as quais incidem na condução de práticas institucionais e no processo de acolhimento ao *usuário*. Tudo isso têm uma influência na maneira como o *usuário* se vê e no que ele pensa sobre tais instituições, além de modificar a relação que ele estabelece com os serviços de saúde.

Por fim, tais discursos legais e suas representações/reproduções, que são também midiáticas, afetam a produção de sentidos sobre as substâncias, sobre como lidar com as problemáticas advindas dos usos (sejam recreativos ou prejudiciais), sobre as próprias leis e políticas, e sobre o modo de categorizar as drogas e os sujeitos, por exemplo. É nesse espaço de construção de sentidos e mediante os vínculos nele constituídos, que processos de identificação e subjetivação se produzem.

Para desenvolver a nossa compreensão sobre esses dois complexos *conceitos*, incorporados a partir dos estudos sobre identidade(s) e subjetividade(s), é preciso introduzir a noção de sujeito que embasa este trabalho, a qual é sustentada pelos Estudos Culturais, que são um campo de estudos “com aproximações inter, trans ou, ainda, como preferem outros, pós-disciplinares” (ESCOSTEGUY, 2013, p. 50). Stuart Hall (2011), em seu interessante ensaio sobre identidades na modernidade tardia, elabora uma reflexão sobre o modo como a noção de sujeito se transforma na história, a partir de processos políticos, econômicos e culturais. Para Hall (2011), o sujeito pós-moderno é marcado pelo “descentramento final do sujeito cartesiano” (p. 34), o qual é pleno e centrado. O sujeito pós-moderno é produzido por intermédio dos colapsos e mudanças estruturais, que fazem do processo de identificação algo variável, multifacetado, cambiável e descentrado.

Articulada ao desenvolvimento da noção de sujeito encontra-se o debate sobre identidade. De acordo com Hall (2014), essa categoria se apresenta às ciências sociais e humanas de modo expressivamente complexo, operando sob “rasura” (p. 105), ou seja, em sua forma original, não é um conceito “bom para pensar”. Neste caso, o autor faz referência à concepção fechada, totalizadora e essencialista de identidade, e destaca que, como ainda não foi elaborado outro conceito que a supere, é preciso continuar trabalhando com a categoria, entretanto, de modo resignificado e desconstruído (HALL, 2014). Logo, a discussão sobre identidade é envolta por uma rede de teorizações oriundas de diferentes perspectivas, sendo que, algumas concepções entram em

crise e são superadas (como é o caso da visão iluminista⁵⁰), e outras, reinventam-se e dispõem novas discussões, a exemplo do debate proposto por Hall (2011). Hall (2011) interpreta a identidade como “uma ‘celebração móvel’: formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais somos representados ou interpelados nos sistemas culturais que nos rodeiam” (HALL, 2011, p. 13).

É importante sinalizar que, segundo Ennes & Marcon (2014), apesar de identidade ser um conceito exaustivamente debatido, a ponto de apresentar “sinais de esgotamento”, ele ainda carrega questões que precisam ser resolvidas. Para os autores, “o esgotamento se explica, ao menos em parte, pelo seu caráter escorregadio e de difícil definição e, também, pela inflação de significados e usos atribuídos ao termo” (ENNES & MARCON, 2014, p. 274). Logo, a discussão sobre uma identidade essencialista, oriunda de concepções Iluministas do sujeito, foi superada, mas, o debate sobre identidade, não. Diante disso,

(...) se estas dificuldades são correntes e já foram intensamente trabalhadas, não justifica abandonarmos o conjunto de inquietações teóricas e políticas que constituem este debate, por sua atualidade, pela dinâmica, pela universalidade e pela ampla presença social e acadêmica do fenômeno. (ENNES & MARCON, 2014, p. 274).

Como sustenta Hall (2011), a questão da identidade é algo que vem sendo largamente debatido na teoria social. O sujeito, antes visto como unificado, diante das desestabilizações do mundo social, passou por um processo de “descentramento”, e hoje se encontra num emaranhado constituído por novas identidades. Assim, a fragmentação do sujeito moderno possibilita pensar a identidade como um conceito estratégico e posicional. (HALL, 2011; 2014)

Hall (2014) diz utilizar o termo identidade para:

Significar o ponto de encontro, o ponto de *sutura*, entre, por um lado, os discursos e as práticas que tentam nos “interpelar”, nos falar ou nos convocar para que assumamos nossos lugares como os sujeitos sociais de discursos particulares, que nos constroem como sujeitos aos quais se pode “falar”. **As identidades são, pois, pontos de apego temporário às posições-de-sujeito que as práticas discursivas constroem para nós.** (HALL, 2014, p. 111 - 112, grifo nosso).

É justamente sobre essas posições-de-sujeito que propomos discutir. Constatamos que os elementos oriundos dos discursos legais, e os produzidos no cotidiano pelos profissionais e pelos *usuários*, elementos estes que estão em disputa por diferentes tipos de posicionamentos, produzem

50 Segundo Hall (2011), a concepção iluminista do sujeito se vincula à ideia de identidade como algo essencialista e se refere a um “indivíduo totalmente centrado, unificado, dotado das capacidades de razão (...)”, o qual permanece “essencialmente o mesmo - contínuo ou "idêntico" a ele - ao longo da existência” (HALL, 2011, p.10-11). Este viés, considerado inflexível, constante e sólido, tornou-se insustentável e já superado na teoria social.

sentidos que orientam o modo como os *usuários* se percebem e são percebidos socialmente. Um dos caminhos de análise foi, por exemplo, o posicionamento que os *usuários* assumiram frente às narrativas e construções discursivas sobre o álcool e sobre as *outras drogas*, especialmente o crack.

Ainda sobre a questão da identidade, Berger e Lukmann (1985) argumentam que “a identidade é evidentemente um elemento-chave da realidade subjetiva, e tal como toda realidade subjetiva, acha-se em relação dialética com a sociedade” (p. 228); logo, a identidade, “formada por processos sociais” (p. 228), é composta por uma dinamicidade relacional entre as realidades subjetivas e objetivas⁵¹. E segundo Woodward (2014), “as identidades são produzidas em momentos particulares no tempo” (p. 39), assim, para entender *os processos identitários* é preciso conhecer o contexto em que são produzidos.

Daí a importância em estudar tanto as normativas que regulamentam o fazer sobre drogas, quanto as experiências pessoais dos sujeitos que são por elas afetados. De acordo com Hennigen & Guareschi (2006), os sujeitos são constituídos pelas práticas de significados, e, segundo Hall (1997), é através destas práticas que as pessoas codificam, organizam e regulam seus comportamentos em relação às outras pessoas.

Ao conceber esse indivíduo como um ator social, Hall (1997) problematiza o impacto da cultura na “vida interior”, ou seja, a “centralidade da cultura na constituição da subjetividade” ou da “própria identidade” (HALL, 1997, p. 06). Ao fazê-lo, o autor comenta a ruptura disciplinar entre os campos da sociologia e da psicologia, embora se saiba que tanto a sociologia faz inferências sob a formação ao *eu*, quanto a psicologia carrega pressupostos sociológicos, e acrescenta que essa separação é desestabilizada “pelas questões da 'cultura’” (HALL, 1997). O que interessa aos Estudos Culturais é o modo pelo qual “a cultura se conecta com a esfera da subjetividade” (ESCOSTEGUY, 2013, p 66). Para Hall (1997):

Até os mais céticos têm se obrigado a reconhecer que os significados são subjetivamente válidos e, ao mesmo tempo, estão *objetivamente* presentes no mundo contemporâneo — em nossas ações, instituições, rituais e práticas. A ênfase na linguagem e no significado tem tido o efeito de tornar indistinta, senão de dissolver, a fronteira entre as duas esferas, do social e do psíquico. (HALL, 1997, p. 06).

51 Dentre as três concepções de identidade enumeradas por Hall (2011), a do 1) sujeito do iluminismo; do 2) sujeito sociológico; e do 3) sujeito pós-moderno, acredito que a visão de Berger e Luckmann (1985) se refira à concepção de identidade do sujeito sociológico. Apesar de Hall ser um autor referência neste trabalho e levantar uma crítica a tal visão, busco transitar e fazer interlocuções com os dois posicionamentos, considerando a relevância de trabalhos dos interacionistas simbólicos e construcionistas para a atual pesquisa desenvolvida. Deste modo, vale ressaltar, que junto à citação ou referência a um autor, não necessariamente abraço todas as suas críticas ou fundamentos epistemológicos e filosóficos, pois parto do objeto para pensar as teorias, e não o contrário.

Com a intervenção da cultura, a clássica dissociação entre “interior” e “exterior”, ou entre o “social” e o “psíquico”, passa a ser revista e reconstruída. Ao propor um significado de identidade social que é produzida “no interior da representação” e mediante a cultura, Hall (1997) afirma que tais identidades são consequência de um processo de identificação, o qual possibilita que “nos posicionemos no interior das definições que os discursos culturais (exteriores) fornecem ou que nos subjetivemos (dentro deles)” (HALL, 1997, p. 08).

As subjetividades são, em parte, construídas de “modo discursivo e dialógico” (HALL, 1997), e de acordo com Ennes & Marcon (2014), “o sujeito está implicado, ao mesmo tempo, pela estrutura e pela experiência social” (p. 282). Desse modo, ao entrar no campo de estudo sobre subjetividades é inevitável que uma análise das experiências individuais, articulada aos discursos e ao contexto em que estas estão constituídas, seja efetuada.

Rose (2001) acrescenta, ainda, a implicação de práticas regulatórias que objetivam a governamentalização do eu, no processo de interpelação dos sujeitos, a exemplo do consumo, da mídia, das leis, da polícia e da saúde. Para o autor, as nossas subjetividades, assim como as personalidades e relacionamentos, não estão sob domínio do privado, embora, aparentemente, “os pensamentos, sentimentos e ações” constituam o eu mais íntimo. Neste sentido, o sociólogo argumenta que todas essas particularidades são intensamente “governadas” e organizadas socialmente (ROSE, 1988).

Partindo dessa perspectiva, poder-se-ia pensar que a maneira como os *usuários* se percebem é socialmente organizada e governada pelas normativas e pelas instituições de controle sobre a questão das drogas, e que eles são, portanto, interpelados pelas *verdades* hegemônicas. Assim, como no capítulo anterior discuti sobre esses discursos regulamentadores, os quais sustentam os instrumentos legais sobre drogas; neste capítulo, problematizarei o território discursivo do CAPS ad, analisando os princípios que orientam o trabalho cotidiano dos técnicos e a influência do proibicionismo e da redução de danos no modo como os profissionais se vinculam aos *usuários*.

Isto posto, divido o capítulo em quatro partes. A primeira, intitulada “3.1. Como o *usuário* é percebido pelos profissionais?”, tem por finalidade discutir como os discursos das políticas de tolerância zero e das políticas de redução de danos se diluem no cotidiano do CAPS ad, interferindo na maneira como os profissionais produzem sentidos sobre quem são os *usuários* de drogas. Para isso, parti das concepções dos profissionais sobre quesitos periodicamente debatidos na instituição, a exemplo da autonomia *versus* dependência dos *usuários*. Na seção “3.2. O que pensam os profissionais do CAPS ad sobre a legislação brasileira?” discuto a visão dos profissionais sobre o proibicionismo e a lei nacional sobre drogas, problematizando vieses alternativos como a descriminalização do uso de drogas e a regulamentação das substâncias.

No subcapítulo seguinte, “3.3. A percepção dos profissionais afeta a vinculação do *usuário* com o serviço?”, analiso como a visão e as práticas cotidianas dos profissionais interpelam os *usuários*, influenciando o modo como eles se percebem, vinculam-se ao serviço e procedem seus tratamentos. Além de falar sobre a influência das práticas discursivas empreendidas no CAPS ad, na seção “3.4. Os *Usuários* perante outros serviços de saúde”, evidencio a perspectiva dos *usuários* e dos profissionais sobre o atendimento e o acolhimento em outros serviços de saúde.

3.1. Como o *usuário* é percebido pelos profissionais?

De acordo com Rosa (2014), “um dos aspectos mais intrigantes da governamentalidade neoliberal se deve ao fato dela atribuir ao indivíduo a responsabilidade de administrar não apenas as aparentes 'liberdades' criadas por ele, mas também suas limitações, coerções e controles” (p. 190). Em face à problemática “dependência dos *usuários* versus autonomia” em relação ao CAPS, muitos discursos com vieses proibicionistas ou libertadores são revelados. Este debate sobre a governamentalização (ROSA, 2014; ROSE, 1988, 2001) conduz-nos à problematização de um tema regularmente discutido no CAPS ad e que, de certo modo, expõe o que pensam os profissionais sobre os *usuários*, que é a discussão sobre autonomia.

Em quase todas as observações que fiz, a autonomia foi um elemento central ou periférico nos diálogos empreendidos no serviço. Além das falas dos profissionais e dos *usuários* em assembleias e reuniões, a autonomia é um elemento que se faz também presente nos discursos dos instrumentos legais. O inciso III do Art. 18 da lei nacional sobre drogas, a Lei nº 11.343/2006, defende como princípio de prevenção ao uso indevido de drogas: “o fortalecimento da autonomia e da responsabilidade individual em relação ao uso indevido de drogas”. Além da lei nacional, a autonomia é destaque em portarias, no documento-base do CAPS ad e em oficinas de acolhimento.

A assembleia dos *usuários*, por exemplo, é um dispositivo interessante para pensar a questão da autonomia. Amparada pela portaria que regulamenta o CAPS ad III, a assembleia é o espaço de exercício do controle social (previsto pela Lei nº 8.142/90⁵²), além de ser um espaço de relevância para o CAPS, pois é onde se discutem direitos, reivindica-se, dialoga-se, mediam-se (e se produzem) conflitos e se negociam estratégias. Na assembleia, é comum ter indivíduos participativos e comprometidos com as *causas*, e outros indiferentes ou sabotadores das reuniões. Aqueles que, cotidianamente, recusam-se a participar ou dificultam o andamento da assembleia são discutidos em reuniões de equipe como *usuários problema*. Enquanto alguns profissionais

52 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm

concebem a existência deste *usuário* como algo contraproducente para o serviço e para o tratamento dos outros *usuários*, outros profissionais alegam que o espaço da assembleia é o “único espaço que eles têm para reclamar, questionar. Então, têm de fazer isso mesmo” (P1).

Com relação ao exercício dos direitos, à participação, ao trabalho coletivo, ou até mesmo ao considerado “mau uso do espaço” de controle social (considerado, por alguns técnicos, um desrespeito), as opiniões dos profissionais se diferenciam. As variações discursivas se apresentam em queixas como a necessidade de ter cuidado com o poder que é dado aos *usuários* porque eles estão tentando intimidar os profissionais; ou em alegações mais otimistas, quando consideram, por exemplo, que a ocupação deste espaço vem mudando positivamente. Segundo P2, a assembleia era utilizada como ferramenta de cobrança e de reclamação sobre os técnicos, e ainda, havia certa dependência dos profissionais para acontecer e ser iniciada, porém, “agora eles mesmos estão se organizando para o início da assembleia, estão utilizando o espaço de modo mais político, para reivindicar junto ao governo, MPU, administração” (P2).

Em relação ao que pensam os profissionais sobre a autonomia dos *usuários*, é notável a predominância de diferentes e, por vezes, contrárias concepções. Durante as entrevistas, quando solicitei um esclarecimento maior sobre essa problemática tão polemizada, ficou evidente o não consenso vinculado ao que é a autonomia, a qual é o problema da autonomia (ou da sua falta) e a como ela poderia ser *alcançada* pelo *usuário*.

Percebi que aqueles profissionais com um vínculo ideológico mais estreito com a redução de danos, compartilham do princípio de que este espaço (a assembleia) é uma conquista de extrema importância, como descreve P2: “é um espaço de exercício da cidadania e dos direitos, e nós (*os profissionais*) poderíamos pensar em incentivar ainda mais essa autonomia durante as assembleias, para que, assim, haja meio que um desmame com relação aos profissionais”. Além disso, eles veem a autonomia não como algo que a pessoa possui (ou não possui), mas como uma qualidade que está condicionada ao contexto e ao sistema em que o sujeito se insere.

Para P1, por exemplo, só têm autonomia as pessoas que possuem casa, escola, trabalho e saúde. Ele esclarece que:

Casa eu não tô falando família, é casa mesmo, um lugar para morar, uma chave, pra você entrar e sair a hora que você quiser (...). Escola, que na minha opinião seria diferente de educação, escola no sentido profissionalizante; trabalho que é diferente de emprego; e saúde, que não é diferente de doença, ninguém pode falar que existe saúde aqui e doença aqui. São as que mais se aproximam porque ninguém tem doença total. Segundo a ONU, a OMS, saúde é um estado de bem estar físico, psicológico, social, então, você pode estar tudo bem com você, mas, socialmente nós não estamos bem. As cadeias estão lotadas, tá cheio de gente atrapalhada, perdida, tem gente com fome, tem gente mal, então socialmente ninguém tá saudável. Então, quem tem essas coisas, teria a autonomia. (P1).

Sobre esta concepção de autonomia, P1 acrescenta que os quatro quesitos referidos - casa, trabalho, escola e saúde - fazem, inclusive, parte da oferta eleitoral de todo discurso político partidário. Para ele, as promessas relacionadas à moradia, à escola, ao trabalho e à saúde não são efetivadas, justamente porque elas dão sustentação à autonomia, “e quem tem autonomia, precisa cada vez menos de partido político. (...) Quem tem autonomia vai precisar cada vez menos de igreja” (P1), pois terá a “garantia daquilo que dá ao ser humano a dignidade e a liberdade, que é casa, profissão, trabalho e saúde” (P1). Assim, o entrevistado conclui seu pensamento afirmando que para se alcançar essa autonomia é preciso haver uma mudança radical, a qual nomeia de “transformação paradigmática” (P1). Para ele, um dos locais onde essa mudança pode ocorrer é o CAPS ad.

Já outros profissionais trabalham a questão da autonomia de modo a responsabilizar apenas o *usuário*, como se ele não mudasse porque não quer, questionando o modo como a família (na maioria das vezes, restringida à figura da mãe) é uma barreira para o desenvolvimento da autonomia, ao eximir os *usuários* de uma responsabilização perante a própria vida. Na visão de P4, “a autonomia seria a fase final do tratamento”, pois no CAPS não se trabalha com a ideia de alta hospitalar (seja administrativa, pedida, celestial ou por melhora). Já para P6, a autonomia, definida pela entrevistada também como independência, é algo que deve ser ensinado quando criança e difícil de ser alcançada na fase adulta. Na visão de P6, “o indivíduo que cresce com todo esse senso de compromisso, responsabilidade e é orientado (...), ele entra na vida adulta, entendendo que ele tem que correr atrás das suas coisas, dos seus desejos, das suas metas, dos seus objetivos”.

De modo geral, para alguns profissionais, os *usuários* não se responsabilizam, e para alguns *usuários*, os profissionais têm que fazer de um tudo para que eles se recuperem. Segundo os residentes (estudantes de um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde), há uma falta de compartilhamento do cuidado. Ou seja, variados pontos de vista com relação à autonomia. Por um lado, vejo que junto à reorientação de políticas, através da perspectiva da RD, há certa mudança referente aos velhos estigmas e preconceitos; mas, por outro, mesmo que o instrumento legal proponha essa mudança, aqueles que estão arraigados com as *velhas* concepções, de algum modo, reproduzem-nas mediante discursos (implícitos ou não) e práticas. Nesse sentido, as visões que os profissionais têm sobre a autonomia dos *usuários* revelam, de certo modo, a imagem que eles possuem e constroem sobre os *usuários*.

Do outro lado do pêndulo discute-se, também, a questão da dependência. Em assembleia, observei demandas e reivindicações dos *usuários* por um maior *controle* no serviço, como o controle na recepção, controle para o não uso de armas e o controle para evitar o uso de drogas dentro do local. A demanda por controle é dos *usuários*, sendo a responsabilidade desse controle atribuída aos profissionais. Já alguns profissionais se queixam da demanda dos *usuários* por resolução de

conflitos e questões burocráticas (como a retirada de documentos e a busca de resultados de exames), e falam que, além de uma dependência dos profissionais, há também certa dependência com relação ao CAPS.

P3 compartilha dessa mesma observação sobre a dependência criada por muitos *usuários*, e acredita que alguns profissionais acabam por desresponsabilizá-los, ao atenderem a demandas que os *usuários* poderiam solucionar sozinhos, como buscar informações, fazer ligações e acompanhá-los em outros serviços. Para P3, ao atender a todas as solicitações, “a gente meio que paternaliza isso e o usuário se acostuma (...). A gente tem essa diferença de profissionais, tem profissional que vai mesmo, vai e faz, e já tem aqueles que não, insiste para que o usuário faça”.

Por fim, estive atenta à repetição de alguns elementos nos discursos dos profissionais e dos *usuários* sobre a questão da autonomia e da dependência, por perceber que tais narrativas, de algum modo, tentavam capturar o sujeito ou estabelecer uma característica, significado, atributo comportamental ou simbólico sobre como era ou deveria ser o *usuário de drogas*. Assim, através das práticas discursivas dos interlocutores sobre a autonomia e a dependência, pude concluir duas coisas. Uma, que os profissionais percebem os *usuários* ora pela adesão aos ideais proibicionistas ora pela adesão a uma perspectiva de redução de danos, o que demonstra certa ambivalência moral e técnica nos discursos sobre a assistência; e a outra é que, para a maioria dos profissionais, a dificuldade associada à construção da autonomia dos sujeitos perpassa por questões sociais. Na visão destes, o desenvolvimento de uma dependência com relação ao serviço se produz devido às lacunas presentes no cotidiano dos *usuários*, como a falta de moradia, alimentação e trabalho, como relatou P1. Logo, embora alguns profissionais focalizem unicamente o *usuário*, de modo a culpabilizá-lo, outros técnicos trazem para a análise o contexto no qual o sujeito está inserido.

Outro percurso discursivo que dispus para capturar a visão que os profissionais têm sobre os *usuários* foram as suas concepções e pensamentos sobre as leis regulamentadoras, a política de tolerância zero, a lei nacional que proíbe o uso de drogas e as políticas de atenção ao *usuário*. O conflito de ideias existe e é abordado por vários profissionais. Uma das falas que destaco e insiro no rol da perspectiva proibicionista, fazia referência às duas modalidades de tratamento ofertadas pelo serviço. Em conversa com alguns *usuários*, P7 explicava a diferença entre a abstinência e a redução de danos, e emitia a sua opinião ao final de sua explanação: “eu sou a favor da estratégia da abstinência. Usou, usou, quer parar, não vai usar nunca mais” (P7).

A profissional complementa que há momentos de recaída, que esta é normal e o CAPS não vai punir ninguém, nem o técnico ficará chateado. Porém, o problema da recaída é que a pessoa precisará começar o tratamento novamente (P7). Esse discurso da abstinência, amparado pelo viés proibicionista e pelas instituições com “tendências de fechamento” (GOFFMAN, 1979), é visto por P2 como algo que deve ser temido. O entrevistado chama a atenção para o perigo do perfil de

alguns profissionais, que, muitas vezes, têm uma experiência maior com o isolamento e com o viés da abstinência, a qual é “um discurso de moralismo, de higienização” (P2), e que, ao trabalhar com *usuários* de drogas, deparam-se com um público que não quer parar de usar. Além desse conflito manifesto, sustentado pela abstinência *versus* redução de danos, os profissionais também apresentam percepções distintas sobre a lei nacional que regulamenta a questão das drogas no Brasil e sobre as possibilidades de transformações legais, como analisado a seguir.

3.2. O que pensam os profissionais do CAPS ad sobre a legislação brasileira?

Enquanto alguns profissionais do CAPS ad defendem a manutenção de uma lei que seja proibicionista, outros profissionais criticam esse posicionamento legal. Para lembrar a caracterização da atual lei brasileira, a Lei nº 11.343/2006, apesar do instrumento legal anunciar que é preciso fazer uma diferença entre *usuário* e traficante, contemplar a redução de danos - mesmo que tangencialmente -, e ter como base os princípios e diretrizes do SUS, ele é fundamentalmente proibicionista.

P4, por exemplo, diz ser a favor da penalização para o traficante, aspecto que foi reforçado e aumentado pela Lei nº 11.343/2006. Ele acredita que “usar não é crime, usar é um incidente, o crime é você fornecer” (P4), e por isso, quem fornece tem de ser punido. Já P1 alega que muito se esperou dessa lei. O entrevistado relata que quando surgiu a discussão sobre a elaboração da atual lei nacional sobre drogas “foi uma evolução o debate público”, contudo, “ela não ajudou a gente a evoluir, piorou, porque ela encheu a cadeia de gente. Hoje a superlotação dos presídios brasileiros com gente cada vez mais nova, né, menos idade, gente cada vez mais pobre” (P1). P1 faz referência ao polêmico artigo 28 como a parte mais crítica da lei, pois, em seu ponto de vista, e esta é também a visão de outros profissionais do CAPS ad, a seletividade da lei (escancarada no artigo 28) estimula a desigualdade de tratamento e de diferenciação entre quem será considerado traficante ou *usuário*, requerendo, portanto, mais debate e discussão.

Para P1, é preciso

Desmontar todo esse aparelho que se formou no Estado brasileiro, que liga os juízes, a lei, a polícia ao tráfico de drogas, e por sua vez, em torno de todos eles, do usuário de drogas. O usuário de drogas é o que leva o prejuízo. Ele gasta o dinheiro dele, ele enriquece os traficantes, ele enriquece os advogados, ele vai parar na cadeia, ele é mau visto por todo mundo, ele é mau visto pela sociedade, e desse jeito ninguém cresce. Não se produz autonomia, ao contrário, termina vindo parar aqui (*se referindo ao CAPS ad*). Eu acho que a lei deveria ter sido, deveria ter trazido um avanço maior, mas, não trouxe não. Ela trouxe um retrocesso. Uma coisa boa é essa, começou a se falar em diferenciar o usuário do traficante. E isso é importante. (P1).

Na visão de P6, a lei continua a ver o *usuário* como o culpado. Ainda argumenta que, na verdade, existem “culpados”, pois a sociedade é quem constrói a problemática e, portanto, ela é responsável pela mudança de contexto. P6 acredita que não apenas o setor saúde ou a segurança pública devam tentar dar conta da situação, mas todos os setores juntos: “eu acho que cada setor contribuindo poderá favorecer e ajudar a construir um modelo que a gente possa de fato mudar a trajetória dos usuários de drogas nesse país e a lei deixar de ser proibicionista” (P6).

P2 também tece críticas ao viés proibicionista da lei nacional sobre drogas. Para ele, a lei não vê o *usuário*, e o maior problema estaria nos formuladores da lei. As brechas deixadas, como as do artigo 28, são espaços a serem, possivelmente, preenchidos com moralidade. Para P2, embora alguns juízes já entendam o “processo da substância” e pensem em alternativas ao encarceramento para aqueles que fumaram um “baseado leve”, outros juízes, e também delegados, tomam decisões com o “peso da moralidade” (P2). O profissional acredita que essa base moralista da lei precisa ser repensada, pois “como alguns teóricos falam, até o que trabalha aqui, esse discurso tem que deixar de ser maldito, né, tem que ser 'melhor dito', conversado, dialogado” (P2).

Como fonte de mudança, P2 cita as marchas da maconha, que “têm estimulado a sociedade a pensar sobre isso, sobre a maconha, sobre droga, sobre o uso de substância, sobre as relações entre as pessoas” (P2). Outro ponto considerado positivo tange às normativas que regulamentam o trabalho da saúde mental na área de drogas, neste caso, políticas públicas como a PNS. P3 alega que a política é benéfica no que diz respeito à atenção aos *usuários* de álcool e outras drogas, contudo, apesar da normativa que regimenta o trabalho em saúde mental ser “completa” e bem elaborada, têm a contradição da lei que criminaliza o *usuário*, “então você fica nesses dois contrapontos, você tem um usuário que é uma pessoa com necessidade em cuidados em saúde, mas, ao mesmo tempo, você tem algo que criminaliza ele se ele tiver com a droga” (P3).

Portanto, é evidente que essa paradoxalidade e ambivalência presentes nos instrumentos legais sobre drogas no Brasil mobilizam a ascensão de conflitos e limitação de ações. A criminalização e o proibicionismo impedem a elaboração de estratégias mais amplas que visem à assistência ao *usuário*, e ainda incentivam programas que têm como base a abstinência e a redução da oferta e da demanda. Logo, esses são entraves que se estendem aos serviços de saúde. Há, portanto, aqueles profissionais que, mesmo trabalhando em CAPS's, veem a questão da droga com bases moralistas e proibicionistas, reproduzindo posturas enrijecidas em seus locais de trabalho; e há aqueles que veem o *usuário* como um parceiro na elaboração de estratégias, tendo como foco a minimização de danos e riscos a ele próprio e à sociedade.

Assim, percebi que os profissionais com orientações mais proibicionistas tendem a ver o *usuário* como o problema da instituição, como um ocioso que busca apenas os benefícios do governo. Quando há problemas no serviço, como o sumiço de lâmpadas e de artefatos do

almoxarifado, por exemplo, alguns técnicos acusam os *usuários* de terem cometido tais atos e acham que o CAPS deveria estabelecer regras e ações mais punitivas para casos assim. Já os profissionais que estão mais orientados pelo paradigma da redução de danos acreditam que acusar diretamente os *usuários* pelos furtos é algo delicado, e que o diálogo é sempre o melhor caminho para se resolver conflitos e para se elaborar ações.

Nas entrevistas realizadas com os profissionais, uma das perguntas que fiz, no intuito de investigar a percepção destes sobre uma possível alteração legal, foi: *se você fosse um legislador, manteria o atual quadro legal, tanto a lei nacional como as políticas públicas, ou mudaria alguma coisa?* Apesar de alguns profissionais se posicionarem contra a adoção de qualquer política que não seja criminalizadora, a exemplo de P5: “por mim né, seria proibido, seria proibido”, propostas como a de descriminalização ou regulamentação das drogas foram defendidas. Para P2,

Não adianta você chegar “pô, vou legalizar amanhã”, ia só piorar a situação. Porque a sociedade precisa caminhar junto, o processo né, porque se eu legalizar agora, lá na frente, o povo “ah, piorou, não sei o quê”, dá desculpa para dizer que a legalização não deu certo, que a maconha realmente é um problema, e não adianta nada se as pessoas não acompanham o processo. Então, precisa-se que a sociedade discuta, se criar um território de discussão, se levar essas discussões para as escolas, se levar essa discussão para as famílias, para os espaços abertos, se levar essa discussão inclusive para os debates políticos. (...). Se eu fosse um legislador e pudesse contribuir com alguma normativa, eu ia tentar fazer uma normativa que não restringisse a possibilidade, a potencialidade de melhora desses sentidos assim, de reduzir o proibicionismo, de reduzir essa guerra contra as drogas, reduzir essas taxas de homicídio, reduzir essas quantidades de prisões. (P2).

Logo, o primeiro passo seria retirar da esfera criminal a questão das drogas, com base em critérios específicos, para que possamos avançar ainda mais com o debate; neste caso, seria descriminalizar o uso de drogas. O estabelecimento de critérios precisos para distinguir o *usuário* do traficante, contribuiria para diminuir as altíssimas taxas de encarceramento de *usuários* e para reduzir o estigma, tanto no contexto de apreensões policiais, que ao invés de focalizarem nas características da pessoa ou no local de apreensão e condições sociais em que pessoa se encontra, terá de se basear na quantidade portada, quanto por parte dos serviços de saúde e da população em geral.

Já P1, acredita que primeiro é preciso

Trabalhar objetivamente, com muita coragem política, a produção de um, é produzir a regulamentação de todas as drogas, a legalização. É que as pessoas falam assim: ah legalizar, aí eles acham assim: ah, vai liberar. Não é, isso é só uma jogada de marketing das mídias, “ah, maconha vai ser liberada”, passa a sensação de que vão vender na esquina, no camelô em todo o canto. Não é liberar geral, é legalizar para poder regulamentar, e regulamentando a gente pode falar na escola sobre as drogas, como a gente faz com cigarro, ou com o álcool, com o remédio, quem pode comprar, quem não pode comprar, quem pode produzir, quem não pode, um

movimento de fiscalização dessas instâncias. Quem vai prescrever vai ser o médico? Será que um usuário de drogas aceitaria, se ele acha que o uso que ele faz da droga não é uma doença, é um direito, porque que é o médico quem vai dizer para ele quanto é que ele pode usar? Não é? Então, muitas das coisas que esse pensamento moralista traz iriam por água abaixo. A proposta que eu faria, basicamente, é o início de um processo de discussão e debate público aberto, corajoso, que vise a legalização de todas as drogas, visando a sua regulamentação. Não pode vender para menor de 18 anos, vai falar também de quantidades, né, mas, não vai deixar só na quantidade, a definição do juiz ou policial sobre quem é e quem não é traficante. Todo o sistema seria modificado. (P1).

Neste mesmo sentido compactua Karam (2013), que diz ser o “sistema de legalização e consequente regulação de todas as drogas” (p. 51), o caminho para por um fim à “guerra às drogas”. Para P1, essa seria uma transformação paradigmática, a qual iria mexer “com todas essas coisas dentro de nós que são sagradas: família, igreja, educação, maternidade, paternidade. Tudo isso precisa de um movimento de transformação que vai culminar com mudanças no jeito de usar drogas, no jeito de conviver, cada vez um jeito menos problemático” (P1).

Por fim, entendo que o modo como os profissionais concebem as drogas e os instrumentos legais que as regulamentam diz muito sobre o que eles pensam a respeito das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas e daqueles que são considerados os *usuários* do sistema. Assim sendo, a forma como eles percebem a SPA e o debate legal sobre drogas interfere em suas posturas e gerenciamentos do trabalho cotidiano, afetando, por sua vez, a relação profissional-*usuário*, e consequentemente, a própria percepção que os *usuários* têm de si mesmos e a maneira como se relacionam com os serviços de saúde.

3.3. A percepção dos profissionais afeta a vinculação do *usuário* com o serviço?

A intenção aqui é discutir como os princípios que norteiam os instrumentos legais, que são, de alguma forma, “traduzidos” em práticas cotidianas dos profissionais, como nos diálogos entre profissionais e *usuários*, afetam o modo como os *usuários* também concebem esse debate legal, como se percebem e se vinculam ao CAPS ad. Bhabha (1997) entende que tradução “não é simplesmente apropriação ou adaptação; é um processo através do qual se demanda das culturas uma revisão de seus próprios sistemas de referência, normas e valores” (p. 14-15). Logo, a percepção dos profissionais sobre a droga e o *usuário* provém de um processo de significação que tem como base os mais diversos discursos sobre ambos os descritores. Esse processo de revisão empreendido pelos profissionais passa a compor uma referência de discurso que interpela a produção de sentidos nos *usuários*, e acaba por interferir, também, nos seus processos de vinculação com o serviço.

É possível identificar essa influência nas práticas discursivas dos *usuários*, por intermédio da introjeção de discursos vinculados ao viés proibicionista ou orientados pela perspectiva da redução de danos. Percebi, através de suas narrativas, que a produção de sentidos em relação às substâncias psicoativas e aos instrumentos legais regulamentadores está muito relacionado ao modo como os profissionais pensam sobre tais elementos; mais precisamente, os técnicos de referência. Ou seja, em muitos casos, o *usuário* parece jogar o *jogo* da governamentalidade da instituição sobre ele próprio e sobre uso que ele faz das substâncias.

Essa observação não foi feita num encontro entre ambos os interlocutores e de forma direta, mas em momentos e contextos distintos, como em atendimentos a novos *usuários*, em reuniões de equipe, em conversas informais, em assembleias e nas entrevistas. Percebi, então, certa afinidade e semelhança entre as práticas discursivas de *usuários* e seus correspondentes técnicos de referência, e realizei um *pareamento* das falas para melhor visualizar essa relação. Para exemplificar, trago os casos de dois *usuários*, U12 e U3, antigos integrantes da casa, e que se orientam por perspectivas contrárias de tratamento: um pela abstinência e o outro pela redução de danos.

U12, por exemplo, utiliza-se do argumento proibicionista para o tratamento, posicionando-se contra qualquer possibilidade de “liberação” das substâncias, e enfatizando a necessidade de se manter certa distância da SPA para o alcance da “cura”. Ele frequenta o CAPS há mais de 10 anos, período este marcado por processos de idas e vindas devido a recaídas. Embora afirme conhecer a redução de danos, U12 acredita que a abstinência é o melhor caminho para prosseguir seu tratamento. Assim também pensa a sua técnica de referência. P7, em conversas com outros *usuários*, ao expor as formas de tratamento oferecidas pelo CAPS, argumenta, de forma clara e aberta, ser a favor da abstinência, recomendando-a como a melhor opção para o tratamento.

Já U3, apesar de não falar de modo direto que faz uso de estratégias de redução de danos, ao relatar a maneira como conduz seu processo de cuidado, apresenta narrativas como “estou me segurando aos pouquinhos, até meus remédios estão já diminuindo”; “eu tenho minha profissão de pintura, às vezes eu pego uma pintura, olho um carrozinho, tô me ocupando, ocupando minha mente né” (U3). Percebi que as ações adotadas por U3 se assemelham à visão de sua técnica de referência sobre a questão do uso de drogas. P8 é adepta à política de redução de danos e critica vigorosamente as práticas proibicionistas e de tolerância zero nas reuniões de equipe.

Por fim, é notável que os discursos sobre o proibicionismo e a redução de danos modificam o profissional, e suas práticas discursivas se convertem em práticas de trabalho, interferindo, assim, no modo como se vinculam aos *usuários*. Essas concepções que embasam e orientam o trabalho cotidiano dos profissionais somadas aos discursos legais e propalados pela mídia, por exemplo, influenciam a maneira de o *usuário* conceber e proceder com o tratamento, e influem no modo como ele se vê dentro dessas possibilidades de autocuidado e na percepção que tem de si e dos

outros *usuários*. Neste sentido, tais concepções modificam a forma como os *usuários* percebem, socialmente, a categoria *usuário* de drogas.

Por conseguinte, observei que o processo de vinculação do *usuário* ao serviço é afetado pelos discursos proibicionistas e de redução de danos, mas não apenas por estes. Os discursos legais vinculados à licitude ou ilicitude também interferem no modo como são constituídas as subjetividades e no modo como os *usuários* se relacionam uns com os outros, como problematizado no subcapítulo sobre identificações e diferenciações a partir das categorias *usuários* de álcool e *usuários* de drogas.

É importante salientar que essa distinção *álcool e outras drogas*, ou entre substâncias consideradas lícitas e ilícitas, é acionada pelo próprio CAPS, a começar pela sua nomenclatura *AD*. Alguns profissionais, por exemplo, ao demarcarem a diferença entre álcool e drogas, e por sua vez, entre os *usuários* de álcool (postos numa categoria considerada *mais fácil de lidar*) e os *usuários* de crack (*como os mais difíceis*), sustentam seus argumentos mediante o significado da sigla CAPS ad: *álcool e (outras) drogas*. Para P5, o CAPS faz essa diferenciação entre os *usuários*, mas a separação teria de ser ainda maior: “o CAPS atende, é como já tem o nome: ad. É só álcool e drogas né. Agora não sei se é essa a colocação, [mas] tinha que ter assim uma divisão entre álcool e drogas, eu acho” (P5).

Na visão de P3, essa divisão feita pela política e presente na sigla do CAPS ad é algo que os *usuários* se atentam na hora de se diferenciarem, servindo, inclusive, como ferramenta de marginalização. Tal colocação me faz lembrar uma discussão suscitada no evento de redução de danos que ocorreu na cidade. Levantou-se um questionamento sobre o porquê da sigla CAPS ad se referir a *álcool e outras drogas* e não apenas a *drogas*, já que nessa única descrição o álcool estaria também contemplado. A contra argumentação foi de que, se o nome do CAPS mudasse de *álcool e outras drogas* para *drogas*, os alcoolistas deixariam de buscar o serviço por não se sentirem representados.

Portanto, quem (re)produz essa lógica de pensamento? O alcoolista não se vê como *usuário* de uma droga porque a política pública faz essa distinção? Ou a política pública é que parte dessa visão arraigada em diferenças para elaborar suas estratégias de ação? Parece ser uma produção e reforço mútuos. Talvez, poder-se-ia dizer que a lei produziu esse discurso através do estabelecimento e da discriminação entre drogas lícitas e ilícitas, e esse discurso é absorvido de tal forma que é preciso mantê-lo para que o serviço tenha condições de atender a todos, o que parece paradoxal, por reproduzir estigmas e hierarquizar as substâncias.

Essa discriminação nos permite pensar ainda mais sobre a influência da lei no modo como os *usuários* se percebem. Pois, apesar de o álcool ser considerada uma droga que produz prejuízos sociais às pessoas que estabelecem uma relação abusiva, o fato desta ser lícita e portar um sentido

recreativo e permissivo, permite outras percepções menos excludentes acerca de seus *usuários*. Já as drogas que são *objeto* de repressão, carregam junto à ilicitude, a marca da imoralidade, da ilegalidade, da criminalidade e de visões específicas sobre quem delas fazem uso ou abuso. Enfim, a lógica legal é estrutural e intermedeia tanto percepções como relações, influenciando o cotidiano das pessoas em que essa temática se faz presente, como ocorre no CAPS ad.

A sigla do CAPS ad, que antes significava “álcool e drogas” e passou a ser designada como “álcool e outras drogas”, procura justamente demonstrar que há certo reconhecimento de que o álcool é também uma droga. Porém, isso é algo que, para P1, acabou não *surtindo o efeito* esperado. Ele pontua que quando se levantou a discussão sobre trabalhar com a ideia de que o álcool e o tabaco são também drogas, tinha-se o objetivo de colocar o grupo de *usuários* de drogas ilícitas num mesmo patamar que os de drogas lícitas, pois,

Quem bebe é usuário de drogas, quem fuma é usuário de drogas, quem usa outras drogas tá no mesmo nível, subiria né, isso era bom, era a ideia que era central. Só que saiu ao contrário. Os usuários e álcool e cigarros foram rebaixados ao nível dos outros usuários. Então daí a reação que se tem contra o cigarro, contra o fumante. O álcool nem tanto porque ele é muito utilizado na nossa sociedade, largamente utilizado, e ainda passa muito assim, aquela sensação de felicidade. (P1).

Esse trecho retoma, assim, a discussão sobre o modo como as leis, os discursos sobre i(licitude) e a mídia afetam a visão dos *usuários* sobre a questão das drogas. Além da estigmatização, produzida pelos *usuários* de álcool em relação aos *usuários* de outras drogas, e da diferenciação que aqueles estabelecem com base em estigmas propalados pelo viés da licitude e da ilicitude, constatei que a maioria dos *usuários* do serviço é a favor do proibicionismo e da criminalização de todas as substâncias psicoativas, com exceção da maconha.

Durante as entrevistas, essas concepções ficaram ainda mais evidentes porque fiz perguntas bem diretas sobre o que pensavam os *usuários* a respeito da lei que proíbe o uso de drogas, sobre a descriminalização e sobre a legalização das drogas. As narrativas são prontamente: “eu sou contra” (U4; U5; U10). Para U13 “é melhor proibir” porque se for liberada “o Brasil se acaba, eu não digo assim a maconha, né”. Em relação à “liberação” da maconha para a produção e o uso próprio, até mesmo recreativo, muitos *usuários* se mostraram a favor; já outros acham que deve ser limitada para fins medicinais.

Para U7,

A questão da legalização do uso de algumas drogas, como a maconha, acho que tem que ser mais amplamente discutida. (...) A gente tem que abordar mais, porque se morre mais pessoas devido a situações do uso de drogas do que do uso da droga. Ou seja, você morre baleado por traficante, por polícia, subindo favela né, para pegar entorpecente, do que propriamente de overdose de uma substância. Então a legalização de uma maconha evita que o usuário suba né, que seja vítima de uma situação, de uma... né, assim, eu acho que tem que ser muito melhor visto isso, a

gente tem que ter a mente mais aberta em relação a tudo isso, eu acho que a gente tem a mente muito fechada, né, pra se legalizar vão usar mais, isso é mentira, né? (U7).

Já para U10, que acha que a legalização das drogas no Brasil nunca irá acontecer devido à corrupção, a maconha deveria ser a única “liberada”, mas com fins medicinais. U13 também alega que “deveria só legalizar a que vem da terra”. U16 também diz que a maconha deveria ser liberada, mas todas as outras proibidas:

Rapaz, é bom se fosse proibida mesmo, só liberada a maconha, se maconha fosse liberada eu queria ver se o tráfico não acabava, acabava pô. Porque muitos velho, ia fumar maconha na rua, pá, você aqui andando com o cigarro de maconha no meio da rua, queria ver se os nóias não iam ter a força de vontade e querer sair daquela droga (*se referindo ao crack*). (U16).

A única pessoa que se posicionou a favor da descriminalização de todas as drogas foi U8. Ele pensa que nenhuma pessoa que faz uso de drogas deveria ir para a cadeia, e justifica que muitos usam cocaína, por exemplo, e conseguem dar conta de suas atividades rotineiras: “então, pra mim, tá errado, ninguém tinha que ir pra cadeia coisa nenhuma” (U8). Quando lhe perguntei o que pensava sobre a legalização das drogas, ele disse ser a favor porque “a gente precisa de algo”, trazendo como exemplo o seu irmão que é “viciado” em futebol:

Como ele nunca gostou de se envolver com bebida, nunca se envolveu com droga, tá jogando bola, tá passando o tempo jogando bola, mas, tem gente que não gosta de bola, prefere fumar um baseado e sentar na praça (*risos*). Então, pra mim, é o direito dele, fumar seu baseado e sentar na praça, não tá fazendo mal pra ninguém (...). Cada um com seus gostos, cada um com as suas paranoias, com as suas neuroses. Mas, todos nós temos, inclusive vocês que estudam psicologia. (U10).

Por fim, a produção de sentidos em torno do lícito e do ilícito recai tanto no processo de diferenciação entre os *usuários* quanto no modo como eles pensam sobre a (des)criminalização do uso de drogas. Com exceção daqueles que acham ser o encarceramento apenas uma via para reduzir a problemática e culpabilizar o *usuário*, estariam os outros *comprando* os discursos legais e midiáticos? Perceber o posicionamento, de muitos *usuários*, favorável à criminalização e ao proibicionismo, foi um ponto que, na verdade, chamou muito a minha atenção. Alguns *usuários* de álcool dizem, inclusive, que a abordagem policial agressiva é certa quando voltada aos *usuários* de outras drogas, e tais comentários só nos fazem retornar à discussão sobre a influência que as políticas de tolerância zero, os instrumentos legais de base proibicionista e a mídia exercem sobre a maneira de se pensar quem é o *usuário* de drogas e como ele deve ser tratado.

Como afirmam Borges & Borges (2013), “na contemporaneidade, as narrativas jornalísticas seriam as principais produtoras dos sentidos que circulam socialmente, neste caso, sobre os

consumidores da substância” (p. 63)⁵³. Estariam, pois, os discursos/propagandas sobre o álcool induzindo os alcoolistas a se verem numa posição menos inferiorizada em relação aos *usuários* de outras drogas? Estariam os *alcoolistas* se diferenciando dos outros *usuários* por intermédio das avaliações positivas em torno do álcool, da cerveja e da curtição, e sendo, assim, interpelados pela ação midiática que territorializa e constrói estereótipos?

Acredito que esse lugar positivado ou negativado construído pelos discursos midiáticos, que são, por sua vez, influenciados pelos discursos legais da licitude e ilicitude, afeta o modo como o sujeito se posiciona nessa teia discursiva. Para Thompson (2007), essas implicações midiáticas permitem “a construção de um inimigo, seja ele interno ou externo, que é retratado como mau, perigoso e ameaçador e contra o qual os indivíduos são chamados a resistir coletivamente ou a expurgá-lo” (THOMPSON, 2007, p. 87). Aquilo que a mídia joga como estereotipia relacionada a substâncias específicas, vi de algum modo sendo reproduzido no CAPS ad. Com relação aos *usuários*, por exemplo, é intrigante perceber que, ao passo que se faz uso de uma substância (seja ela liberada ou proibida), o *usuário* tende a se apropriar do discurso que criminaliza a sua conduta, tanto para reforçar a manutenção da proibição e de políticas mais repressivas, quanto para negatizar aqueles que fazem uso de uma droga que é hierarquicamente posta como *maldita*, soando tudo um tanto contraditório.

Por fim, com base nos autores citados e nos dados obtidos, pode-se afirmar que as leis sobre drogas governamentalizam subjetividades. Os instrumentos legais afetam o modo como os profissionais percebem as substâncias, as próprias leis e os *usuários*, e essas percepções, somadas aos fundamentos legais, interferem no modo como os *usuários* percebem a si mesmos nos espaços de assistência. Pensar a construção do sujeito, neste caso, como *usuário*, permite-nos problematizar o modo como ele se posiciona nessa teia discursiva arrolada pelas narrativas proibicionistas, de redução de danos, das drogas lícitas e das ilícitas, que acabam por fornecer uma visão positivada ou negatizada da ideia de *usuário*. E como será discutido a seguir, essas manifestações não se limitam ao CAPS ad, elas se estendem para outras instâncias e dispositivos de saúde.

3.4. Os *usuários* perante outros serviços de saúde

No processo de investigação sobre como os *usuários* são socialmente percebidos, observei, em falas dos *usuários* e também dos profissionais, uma recorrência de queixas sobre o atendimento

53 Os autores buscaram compreender se e o quanto um notícia midiática “com ênfase na criminalização do usuário/consumidor de substâncias psicoativas, tem contribuído para que lugares sociais sejam construídos/reificados como lócus do mal” (BORGES & BORGES, 2013, p. 64), como acontecem com as cracolândias e a divulgação de imagens degradadas de *usuários* de crack.

em outros serviços de saúde, as quais implicam num processo de estigmatização e, conseqüentemente, num afastamento dos *usuários*. Frente a essa constatação, achei importante problematizar o acolhimento dos *usuários* do CAPS ad em outros serviços de saúde, buscando compreender a visão que os profissionais de outras instituições de saúde têm sobre os *usuários* de drogas, e como essa visão intervém nas práticas de trabalho.

Para contextualizar, desde o início do trabalho de campo, observei que alguns profissionais criticavam o comportamento de muitos *usuários*, a exemplo da dependência pelo serviço e pelos profissionais, como já foi tratado. Dentre as demandas dos *usuários*, havia pedidos para marcação e acompanhamento de consultas em outros serviços de saúde. Depois, percebi que os *usuários* buscavam realizar no CAPS exames e consultas que poderiam ser feitos em unidades de saúde do território ao qual estariam vinculados. Isso, somado às queixas dos *usuários* sobre o serviço de urgência em saúde mental e ao problema de que o CAPS, ao encaminhar o *usuário* para ser atendido em outro serviço, deparava-se com a volta deste sem atendimento e com a justificativa de que a demanda não seria de responsabilidade do serviço, fez-me pensar sobre a relação dos *usuários* com outros dispositivos de saúde, quando reconhecidos como *usuários* de drogas.

Perguntei, então, aos *usuários*, como era o atendimento em outros serviços de saúde. Seus relatos mostram o quanto essa é uma relação delicada devido à carga discriminatória presente em todas as esperas públicas, da atenção primária em saúde à alta complexidade, e pelo fato de muitos profissionais evitarem o contato com os *usuários*, fugindo da responsabilidade de atendimento ou de acolhimento. Nas unidades de saúde, U9 descreve que o atendimento “é discriminado pra qualquer uma pessoa que usa droga né, muitos tem receio”, e relata uma experiência que teve quando estava bêbado e acidentado: “cheguei lá no posto de saúde, aí o rapaz: 'não esse cara tá drogado, é um nóia', pegou e me jogou da maca embaixo, e eu sem poder me levantar que a pancada foi aqui na espinha, aí eu fiquei quase umas três horas lá” (U9).

U10, por exemplo, afirmou que nunca teve problemas com o acolhimento no CAPS ad, mas, já na urgência mental o acesso é dificultado: “porque lá é o seguinte, lá tem um quadro que diz assim né: todo dependente de qualquer tipo de droga ou substância química tem direito à assistência à saúde, né? Mas, eles não tão cumprindo com essa lei lá” (U10). U15 também alega ter essa dificuldade e conta uma de suas experiências:

Rapaz, já tive isso, mas já aconteceu isso mesmo. Assim de tratar a pessoa sabe... tem o morador de rua, essas coisas, o usuário, já fica já com aquele olhar já estranho, já trata a pessoa mal, sabe como é que é? Eu, num posto ali mesmo, umas duas vezes que eu fui... Chegar no local, mandar esperar um tempão, pra dizer depois “ó venha amanhã”, aí a pessoa já vai de novo com aquele olhar de estranho das pessoas, algumas pessoas que têm que tratar bem (...). Às vezes dizem que não tem, tendo o remédio. (U15).

Os profissionais do CAPS ad também falam sobre essa problemática enfrentada pelos *usuários* em outros serviços. P4, que trabalhou numa unidade de saúde, diz saber da dificuldade que é o *usuário* conseguir acessá-los, e que hoje, como profissional do CAPS, tem receio de fazer encaminhamentos por saber como funciona. Com um discurso indireto ele relata o que acontece, muitas vezes, já na recepção de uma unidade: “O cara é sujo, o cara é drogado, o cara vai roubar, se ele disser: 'não, eu sou dependente químico', 'usa o que?' 'ói, eu uso crack eu só vim aqui pegar uma consulta com a doutora tal'. 'Você fuma crack?', 'ixi, ói, aquele cara ali fuma crack', 'não, ela não veio não viu, tchau!', 'esconda as bolsas aew'. É assim, dessa forma” (P4).

Além disso, o profissional destaca a discriminação social e racial como fator também predominante e definidor no modo como os *usuários* serão tratados em algumas unidades de saúde:

A criminalização das drogas existe mas, o aspecto físico é o que mais pesa porque se você é um menino loirinho, bem arrumadinho, mas usa crack 'coitadinho, levaram o menino pra o mal caminho'. Agora, se não tiver nesse contexto, 'é um vagabundo mesmo, tanta coisa pra fazer, se droga porque quer, podia estar trabalhando lavando carro', entendeu como é o negócio? (P4).

Ao final, P4 alega que todos os *usuários* têm um pouco de medo e evitam o acesso em unidades de saúde. Diz escutar muitos comentários como este: “lá vocês não sabem como é, só quem sabe sou eu, aqui tá bom, eu tenho meu médico, vocês me tratam bem” (P4). P3 também relata estar a par dessa dificuldade:

Ao mesmo tempo que aqui ele tem facilidade de acesso, nos outros serviços, eles já percebem que há uma diferença no acolhimento deles, tanto que muitos têm resistência de ir pra posto de saúde, pra própria urgência, pelo fato deles terem que, às vezes, dizer que eles estavam usando substância. Então, aqui não, aqui eles dizem, 'não porque eu usei, porque eu fiz isso, fiz aquilo, to com dor, to com isso, to com aquilo', mas, pra ele chegar no posto de saúde ou na urgência e dizer que foi uma briga ou que tava usando substância, aí eles já tendem a não querer. Aí vem para o CAPS pra buscar todo tipo de atendimento que poderia ser feito em outros lugares mas, eles se sentem mais seguros aqui. (P3).

P2, que foi redutor de danos, diz ter ouvido muito essa queixa dos *usuários* no território. No CAPS, ele conta que durante as assembleias e o “bom dia”, os profissionais tentam esclarecer e explicar o funcionamento de fluxos do sistema de saúde, até porque muitos procedimentos não podem ser realizados no CAPS, por este ser um serviço ambulatorial. Contudo, os *usuários* sempre respondem de forma negativa, expondo as complicações atreladas a essa busca: “esses discursos, às vezes você percebe em só 'tá, vou lá no posto pra que?', isso eu já sei, qual a visão que a pessoa tem de posto” (P2). Assim, P2 reforça a importância de se trabalhar os princípios do SUS com os profissionais de saúde para “eles perceberem que eles são funcionários públicos e não patrões do povo. Tem esse problema né, o funcionalismo público, ele precisa servir melhor” (P2).

ROSA (2014), por exemplo, alega que as políticas de redução de danos trazem estratégias de resistência a essa prática estigmatizadora dos profissionais de saúde, muitas vezes, consistida em “tratamentos 'frios' e 'desumanizados' que resultam em medo, repugnância e ojeriza” (p. 221). O afastamento retratado pelos *usuários*, com relação a alguns serviços de saúde, é, pois, mais um dos resultados da política de base proibicionista, moralista, repressiva e intolerante. O não falar sobre drogas resulta num desconhecimento em relação ao processo envolvido no uso das substâncias, além da falta de uma *leitura* do contexto em que o *usuário* está inserido. Sem essa visão do todo, resta a culpabilização do *usuário*, calhando assim, na recusa ou no mau atendimento por parte de muitos profissionais. Como se vê, além da privação do direito ao uso, e além de toda a marginalização imposta, o *usuário* ainda vivencia a negação e a rejeição através dos serviços de saúde, sendo exposto a uma dúplici de infortúnios, que é o estigma afixado à categoria *usuário* e a violação de seus direitos.

RESUMO DO CAPÍTULO III

Neste último capítulo, vimos como os discursos propalados pelo proibicionismo, pela redução de danos e pelos instrumentos legais estão diluídos no CAPS ad, mediante a análise das práticas discursivas dos interlocutores sobre: a criminalização das drogas, a abstinência, a redução de danos, o tratamento, a i(licitude), a autonomia *versus* dependências, a Lei nº 11.343/2006, a descriminalização, a legalização e a regulamentação das drogas; e como tais concepções influenciam o cuidado em saúde. Busquei investigar como os *usuários* são posicionados e se posicionam nessa teia de discursiva, produzindo subjetividades e processos de identificação. Uma das análises empreendidas é de que as leis sobre drogas governamentalizam subjetividades e afetam o modo como os profissionais percebem as substâncias, as próprias leis e os *usuários*, modificando, assim, suas práticas de trabalho. Essas percepções, que transitam da proibição, moralismos, criminalização e enrijecimento de práticas; até a regulamentação, descriminalização, diálogo e compartilhamento do cuidado baseado em políticas de redução de danos, afetam a maneira como os *usuários* pensam a questão das drogas e o debate legal, conduzem seus tratamentos e se vinculam aos serviços de saúde, especialmente quando se trata da relação *usuário/técnico* de referência. No mais, discuti o processo de inserção da RD no CAPS onde a pesquisa foi realizada, os desafios oriundos da convivência e da relação entre ambas as equipes (CAPS e PRD), e as dificuldades enfrentadas pelos *usuários* junto a outros serviços de saúde.

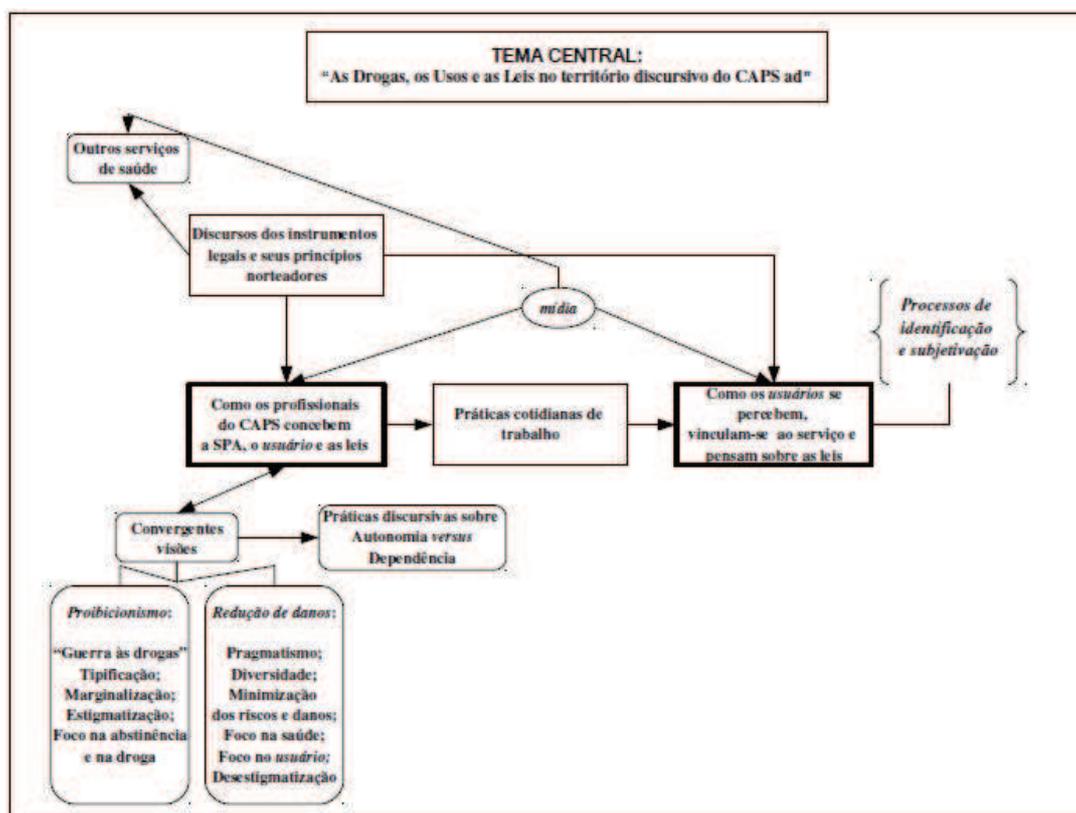


Figura 5: Resumo do Capítulo III

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de tratar das considerações finais, gostaria de relatar que, na fase final da escrita desta Dissertação, tive a oportunidade de conhecer um pouco do trabalho que vem sendo desenvolvido em Portugal, e me inteirar sobre o processo que culminou na elaboração da lei de descriminalização do consumo de drogas e sobre o conjunto de políticas de saúde que sustentam o sucesso dessa reorientação legal. Ao perceber a influência que os instrumentos legais sobre drogas exercem na produção de sentidos vinculados às substâncias psicoativas e aos *usuários* num contexto de criminalização, questionei-me como seria o impacto das leis e políticas públicas num contexto legal distinto: *seria a reorientação de uma política, uma ferramenta produtora de novos processos de identificação e transformadora de discursos e práticas?* Essa foi a pergunta que motivou a minha ânsia em conhecer a incidência e a repercussão de uma política não criminalizadora.

As visitas que realizei junto ao Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), que é o órgão nacional responsável pelo planejamento e pelo acompanhamento das políticas e programas de redução de danos e de prevenção dos “comportamentos aditivos”⁵⁴, ocorreram na cidade de Lisboa, no período de 23 a 26 de novembro de 2015, envolvendo a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais do SICAD, conversas gravadas com anuência dos participantes⁵⁵, visita à Comissão para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) de Lisboa e visita a um projeto de redução de riscos e minimização de danos.

De modo geral, como relataram alguns profissionais do SICAD, um dos grandes disparadores da discussão sobre “descriminalizar o uso de drogas” foi o *boom (sic)* do consumo de heroína vivenciado por Portugal na década de 90, que atingiu um impacto social elevado se comparado com outros países da Europa. Frente a essa realidade, em 1998, o governo português solicitou a uma equipe multidisciplinar um estudo, a nível internacional, com a finalidade de perceber como os outros países intervinham e lidavam com as problemáticas relacionadas às drogas. Como resultado dessa pesquisa, a comissão de peritos publicou um Relatório que deu origem à “Estratégia Nacional

54 De modo geral, dentre as funções e responsabilidades do SICAD, destacam-se o desenvolvimento de instrumentos técnicos normativos e linhas de orientação; o apoio na definição da Estratégia Nacional e políticas relacionadas à área das substâncias psicoativas; o planejamento de programas de prevenção, de redução de riscos e minimização de danos, de reinserção social e de tratamento; o apoio às Comissões para a Dissuasão da Toxicod dependência (CDT); a investigação; a manutenção de informações; o financiamento de projetos; e a representação internacional.

55 Dentre os setores contemplados durante as visitas, incluem-se a Coordenação Nacional para os Problemas da Droga, das Toxicod dependências e do Uso Nocivo do Álcool; a Equipa Multidisciplinar de Planeamento e Coordenação Operacional (EMPECO); a Divisão de Informação e Comunicação (DIC); a Divisão de Estatística e Investigação (DEI); a Divisão de Relações Internacionais (DRI); e a Direção de Serviços de Planeamento e Intervenção (DPI).

de Luta contra a Droga” (1999)⁵⁶, a qual é considerada, pelos profissionais, o documento matricial que contextualiza e delimita um programa para a intervenção das drogas em Portugal, definindo o que vem a ser hoje o modelo português. Dentre as recomendações da comissão, destaca-se a “descriminalização do consumo privado de drogas, bem como da sua detenção (posse) e aquisição para esse consumo” (DIAS, 2007, p. 129), sendo que, um dos objetivos da descriminalização seria reduzir o uso e o abuso de drogas (GREENWALD, 2009).

A implantação do modelo descriminalizador é efetivada com a publicação da Lei nº 30/2000 de 29 de Novembro e, com isso, Portugal se torna o primeiro Estado a adotar uma política de caráter inovador por descriminalizar o uso de todas as substâncias psicoativas, por se desviar de uma rota que vê e institui o *usuário* como um criminoso, e por assumir um novo paradigma no campo de intervenção e de significados vinculados à questão das drogas, rompendo, assim, com o modelo repressor e punitivo presente há muitos anos no país. A reorientação legal, proposta pela descriminalização, caracteriza-se pela retirada do consumo de drogas da esfera judicial e criminal, e sua realocação na esfera da saúde pública.

Ao passo que a reorientação legal contava com a convergência de cientistas, de políticos, da igreja e da sociedade portuguesa em geral, a crítica externa alegava que Portugal se transformaria no paraíso dos consumidores, no “supermercado da droga” da Europa, e que a descriminalização incentivaria o uso e aumentaria o índice de consumo de heroína. No entanto, estudos, inquéritos⁵⁷ e relatos dos profissionais do SICAD expressam o contrário. Como resultado da nova política, a heroína perdeu relevância no cenário português, e tudo indica que a redução do consumo esteja associada a essa mudança da esfera responsável pelos assuntos relacionados ao uso, que passou da zona criminal para o campo da saúde. Houve também a diminuição do número total de casos por infecção de HIV e de casos de AIDS associados aos consumos, do número de mortes na população que consumia heroína pela via injetada, além de ser registrado um aumento na procura pelos serviços de saúde, por partes dos *usuários*, e na adesão ao tratamento. Segundo Greenwald (2009), “before decriminalization, the most substantial barrier to offering treatment to the addict population was the addicts’ fear of government officials as a result of criminalization” (p. 07).

Para os profissionais do SICAD, o que se buscou foi a constituição de um enquadramento legal que fosse mais próximo de respostas eficazes e distante de uma abordagem moral. Assim, a descriminalização, além de estabelecer uma diferença clara entre o *usuário* e o traficante, mediante

56 A Estratégia Nacional de Luta contra a Droga foi aprovada pela Resolução de Conselho de Ministros n.º 46/99 de 22 de Abril (PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS, 1999).

57 A exemplo do “Relatório Anual: a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências de 2013” (2014); “III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral- 2012” (2014); e “*Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*” (GREENWALD, 2009)

a estipulação de quantidades específicas para a posse de SPA, propiciou a aproximação dos *usuários* com os serviços de saúde e facilitou a ampliação e a reestruturação do cuidado. A reorganização dos serviços de saúde foi pautada na elaboração de uma política integrada em termos de intervenção, abrangendo um *continuum* de abordagens que são articuladas em eixos da área da prevenção, dissuasão, tratamento, redução de riscos e minimização de danos e reinserção⁵⁸ (SILVA; CRUCHINHO; CARVALHO, 2008). A implementação de políticas de redução de danos é um ponto que nos permite, por exemplo, pensar aspectos da realidade brasileira, contrastando-a com a experiência portuguesa.

Com a descriminalização do uso, a RD adquiriu, em Portugal, espaço e legitimidade para avançar e promover ações mais adequadas às necessidades dos *usuários* (BARBOSA, 2009), implicando um maior financiamento para as estruturas de intervenção, o investimento em equipes de rua e o alargamento de estratégias. Já em contextos de criminalização, como o brasileiro, a RD apresenta limitações e barreiras para expandir estratégias e inovar, por conta da base proibicionista e conservadora que ainda impera no país. Uma das estratégias de RD comumente implantadas em Portugal, por exemplo, são os programas de substituição opiácea de baixa exigência (BARBOSA, 2009), os quais têm por finalidade reduzir o consumo de heroína substituindo-a pela metadona⁵⁹. Esse tipo de Terapia de Substituição (TS) (CAMPOS & SIQUEIRA, 2003) encontra dificuldades para ser implantada no contexto brasileiro, quando se trata, por exemplo, da substituição do crack pela maconha. De acordo com MacRae & Gorgulho (2003), o “estado de ilegalidade e intolerância legal e cultural em relação ao uso da Cannabis vem impossibilitando a continuação de estudos sobre sua aplicabilidade como substituto de crack” (p. 02), impedindo, assim, a tomada de decisão com base em evidências.

58 Para organizar e operacionalizar essas áreas de intervenção, viabilizar estudos, formações, planejamentos, avaliação e apoio às CDT's, foi criado o Instituto da Droga e da Toxicodependência - IDT, I.P, em 2003. Com a publicação da nova lei orgânica do Ministério da Saúde, em 2011 o IDT foi extinto, e através do Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro foi criado o SICAD, que o substitui, porém, a operacionalização das intervenções deixa de ser responsabilidade do Serviço e passa a ser efetuada pelas Administrações Regionais de Saúde (ARS).

59 O projeto de redução de riscos e minimização de danos que visitei realiza esse trabalho de Terapia de Substituição. As intervenções são feitas nas “carrinha”, as quais circulam pela cidade e buscam atender às pessoas *in loco*, indo ao encontro do *usuário*, levando e produzindo saúde no território. Na visita a uma das “carrinhas”, pude, então, acompanhar um pouco do trabalho desenvolvido pela equipe de profissionais, que é multidisciplinar, e o movimento e circulação dos *usuários*, entre chegadas e partidas para a utilização da metadona. De acordo com a profissional que me recebeu, quando a pessoa começa a participar do programa, ela recebe uma dose de segurança de metadona, equivalente a 30 miligramas, depois essa dose pode subir de 5 em 5 miligramas, ajustada de acordo com as necessidades da pessoa. A administração da metadona também é feita em outros contextos, como nas equipes de tratamento, porém há uma exigência maior com relação ao nível dos consumos. Na “carrinha”, por outro lado, por ser um programa de substituição em baixo limiar de exigência, ninguém é desligado do programa por ter consumido heroína, todos recebem a metadona e não são feitas análises toxicológicas. Além da metadona, há o acompanhamento psicossocial, atendimento médico, realização de exames sanguíneos, rastreio de doenças, tratamento para a tuberculose, são disponibilizados antibióticos, há o apoio na comparecimento de consultas em outros serviços, e, além disso, há o trabalho de rede, realizado através da ligação com outros dispositivos de saúde.

Alguns estudos, fundamentados na percepção dos *usuários* sobre a TS (PEREIRA & WURFEL, 2011) e na análise da relação que os *usuários* estabelecem com o crack, a qual se mostra muito “associada a fatores externos” (SANCHEZ & NAPPO, 2002, p. 420), demonstram que a maconha poderia *sim* ser uma alternativa para lidar com problemáticas relacionadas ao uso de crack. Esta foi, inclusive, a medida adotada por um dos *usuários* do CAPS ad (U7), e sinalizada por U16 como um dos meios para reduzir o consumo de crack, e por isso, justifica a necessidade da maconha ser “liberada”. Como se vê, o avanço da RD como política, no contexto brasileiro, é limitado pela criminalização, pela incessante guerra às drogas e pelo radicalizado proibicionismo.

Desse modo, pode-se concluir que o proibicionismo e a criminalização do uso de drogas produzem esse entrave legal que impossibilita o investimento em ações específicas, a exemplo das Terapias de Substituição. Além disso, tais vertentes sustentam e amparam práticas ostensivas e marginalizadoras de profissionais de saúde e de outros oficiais do Estado, como expõem as narrativas dos *usuários* do CAPS ad sobre o olhar repressor de profissionais e de policiais, e o mau atendimento em serviços públicos de saúde. Quando a tolerância zero é a concepção que impera no trabalho cotidiano dos profissionais de saúde, percebe-se com maior frequência a recusa do acolhimento aos *usuários*, ou a verticalização e imposição do tratamento, que são, muitas vezes, alicerçados na abstinência.

Logo, profissionais que orientam suas práticas com base em princípios morais e que se afinam com a vertente proibicionista e criminalizadora promovida pela lei, tendem a focalizar a pessoa que faz uso de drogas como um *criminoso*, que transgride e ameaça; e/ou como um *doente* que precisa se abster e se isolar da substância. Essas imagens são ainda intensificadas a depender do tipo de SPA que se usa, do grau de escolaridade, da condição social, de onde se usa, dentre outros descritores. Essas concepções interferem, por sua vez, no vínculo estabelecido entre os *usuários* e os profissionais, e entre os *usuários* e os serviços de saúde, revelando-se contraproducentes, nocivas e prejudiciais, tendo em vista que a proliferação de estigmas pode produzir efeitos até mais danosos que o próprio uso. Ademais, tais significados afetam o modo como os próprios *usuários* se percebem, a exemplo dos processos de diferenciação, de recusa, de hierarquização e de marginalização instituídos pelos *usuários* de álcool em relação aos *usuários* de drogas no CAPS ad.

Embora a redução de danos tenha como propositura e projeto a desestigmatização do *usuário*, num contexto proibicionista e criminalizador, esse processo é tolhido, e o *usuário* ainda permanece estereotipado e estigmatizado. Assim, por mais que redutores de danos e profissionais do CAPS ad busquem acionar uma nova forma de a sociedade olhar para o *usuário*, algumas ações continuam sendo isoladas, diante da existência de instituições do Estado arraigadas pelo ideal propalado pela lei e pela mídia em relação à categoria *usuário*, bem como de profissionais de saúde que pautam suas intervenções em instâncias proibicionistas.

Esse *conflito* paradoxal, caracterizado pelos diferentes posicionamentos assumidos pelos profissionais, existe no CAPS ad onde a pesquisa foi realizada, como possivelmente se estende para outros CAPS's ad, para outros espaços de saúde, e para além da saúde. A lei, como instância superior às demais normativas, define aquilo que é suposto se fazer socialmente, e diante da paradoxalidade investida entre a lei proibicionista e as políticas de redução de danos, os profissionais se posicionam de forma ambígua nos espaços de trabalho. A paradoxalidade instalada mobiliza, mesmo diante das normativas que contemplam a RD, a resistência de alguns profissionais a essa perspectiva, que acabam por centrar as suas ações na abstinência, na tolerância zero e na ideia de cura.

Por fim, diante da constatação de que a “guerra às drogas” está falida (KARAM, 2013; SILVEIRA, 2013; ACSELRAD, 2013; FIORE, 2012; RODRIGUES, 2003; MACRAE, 2007); do alto índice de encarceramento e entupimento das prisões; das injustiças cometidas no processo de diferenciação entre *usuário* e traficante, que estão condicionadas à arbitrariedade dos policiais na decisão sobre quem vai, ou não, ser preso em posse da mesma quantidade de uma SPA; da legitimação de práticas e de comportamentos marginalizadores, repressores e ostensivos de alguns profissionais de saúde; das barreiras que impedem a ampliação de ações e estratégias no cuidado em saúde; dos noticiários de limpezas sociais e chacinas divulgados rotineiramente; da constatação de que a criminalização das drogas recai numa criminalização da pobreza; da truculência dos agentes de controle frente aos *usuários*; e na (re)construção de uma reducionista imagem de *usuário* associada à periculosidade e ao crime; não estaria mais que na hora de posicionamentos e arranjos legais serem repensados no contexto brasileiro? De acordo com Karam (2013), *sim*. Essa é uma pauta que, para autora, precisa ser urgentemente revista.

Em suas palavras,

O fim da “guerra às drogas” e a substituição da proibição por um sistema de legalização e consequente regulação de todas as drogas são o passo mais urgente para conter a expansão do poder punitivo, preservar os direitos fundamentais e a própria democracia e reduzir a violência, os danos sociais, os sofrimentos e as injustiças. (KARAM, 2013, p. 51).

Nesse sentido, como afirma P2, a descriminalização seria o primeiro passo para fomentar todo esse debate que engloba a regulamentação das drogas, a exemplo do aprofundamento da discussão sobre a regulamentação da cannabis e a possível retirada do seu *status* ilegal. Como reforçam Malheiro e MacRae (2011), é preciso ampliar e qualificar o debate, pois na visão dos autores:

Na falta de um debate público e com a repetição de ideias falseadas, autoritárias e preconceituosas, opera-se uma desqualificação e demonização dos usuários/as, levando a uma cristalização homogeneizante da sua cultura; acarretando em sua

maior marginalização. O reducionismo desta estereotipia serve também para encobrir alguns dos reais problemas estruturais da sociedade, criando um inimigo imaginário, útil à manutenção de uma ordem social desigual: a droga. (MACRAE & MALHEIRO, 2011, p. 54).

Portanto, reiterando as falas de P1 e P2: “precisa-se que a sociedade discuta, se criar um território de discussão, se levar essas discussões para as escolas, se levar essa discussão para as famílias, para os espaços abertos, se levar essa discussão inclusive para os debates políticos” (P2); “a proposta que eu faria, basicamente, é o início de um processo de discussão e debate público aberto, corajoso, que vise a legalização de todas as drogas, visando a sua regulamentação” (P1). Neste sentido, é preciso falar sobre drogas, de modo a ampliar e intensificar o debate legal, com vistas a descriminalizar (P2) ou regulamentar as substâncias psicoativas (P1).

O Brasil pôs em discussão a descriminalização do uso de drogas, mas o STF adiou o julgamento, e essa é uma pauta que precisa estar ativa por comportar problemáticas para além da questão da droga em si, envolvendo a possibilidade de minimização das desigualdades, a desestigmatização, a não marginalização, e por fim, o planejamento de ações com base nos direitos humanos e na promoção da cidadania.

Assim, quais seriam os ganhos com uma possível descriminalização do uso de drogas? Se tomarmos como exemplo a experiência portuguesa, em primeira instância, a alteração legal viabilizaria um novo *pensar e fazer* no campo das drogas, ao retirar o consumo da esfera judicial e tratá-lo numa ótica de saúde pública. Isso significa que descriminalizar possibilitaria a amenização de iniquidades e a transformação de discursos e práticas não apenas na área da saúde, mas também na segurança pública. A *destituição* do *status* de criminoso associado ao *usuário*, e a designação de quantidades específicas que possibilitem a objetiva diferença entre *usuário* e traficante, contribuiriam para um processo de desestigmatização dos *usuários*, ao alterar o modo como estes estão posicionados nas estruturas estatais.

Assim, a redução do estigma facilitaria o acesso dos *usuários* aos serviços de saúde sem medo de retaliações, e um trabalho formativo com os profissionais contribuiria para a quebra de um ciclo estigmatizador e vicioso que recai em duas vias: uma, na recusa do atendimento aos *usuários* que têm problemas relacionados às drogas; e outra, na não notificação de casos que podem ser de alto risco, se a pessoa não se *encaixar* no estereótipo traçado para um *típico usuário* de drogas (ANDRADE & RONZANI, 2015). A descriminalização seria também, na visão de autores e de alguns interlocutores da pesquisa, um caminho para romper com as barreiras que impedem a elaboração de estratégias eficazes, abrindo portas para muitas outras transformações no âmbito da saúde, e para o investimento em estudos e na produção de conhecimentos sobre o tema.

Portanto, o *não criminalizar* abre um campo de possibilidades no que diz respeito ao cuidado em saúde, ao desinchar das cadeias, à amenização de injustiças e de estigmatizações, e à

produção de um novo *pensar* sobre as drogas. Além disso, sinalizaria o fim de uma guerra que é “nociva, insana e sanguinária”, a qual diz ser uma “guerra às drogas”, mas que se efetiva como uma “guerra contra os mais vulneráveis entre esses produtores, comerciantes e consumidores. Os 'inimigos' nessa guerra são os pobres, os marginalizados, os desprovidos de poder” (KARAM, 2013, p. 152). Talvez essa seja a grande mensagem que o modelo português traz: que criminalizar não é dissuasor e tampouco uma solução para lidar com a questão das drogas.

Desse modo, a alteração legal com vistas à descriminalização já produziria um impacto positivo no contexto brasileiro, pelo *simples* fato de o uso deixar de ser considerado crime, e assim, tratado no âmbito dos tribunais. Todavia, não é apenas a alteração legal que transformará a realidade, principalmente no que tange à assistência aos *usuários* de drogas. Como mostram os profissionais do SICAD, a descriminalização é um passo primordial e determinante para a transformação de pensamentos e práticas, mas a construção e o reconhecimento da descriminalização em Portugal devem-se, também, a um conjunto de medidas empreendidas e à elaboração de uma política integrada, a qual foi, inclusive, facilitada pela reorientação legal.

Outros aspectos que contribuíram para o êxito da política portuguesa foram a focalização em políticas sociais, visando amenizar tensões, iniquidades e problemáticas sociais; e a destituição da polícia do regime ditatorial com a implantação do regime democrático. A realização de processos formativos junto à polícia, com a finalidade de *desconstruir* a estigmatizante associação *usuários-criminosos*, possibilitou uma mudança no modo como as pessoas que consomem drogas são socialmente percebidas.

Vejamos que ao expor o exemplo português, estamos falando sobre um contexto que era majoritariamente proibicionista, criminalizador e repressivo, e que, diante de um crítico período relacionado ao consumo de drogas, em detrimento do endurecimento das penas e medidas no círculo criminal, reorientou todo o setor responsável pelo controle dos consumos. O como fazer, em termos de atenção e assistência em saúde, e de encaminhamentos diante do porte de drogas, é que deve ser pensado a partir da realidade e do contexto de cada Estado. Para P2, seria importante buscar as boas práticas que já vem acontecendo em nosso país, financiando e capilarizando, ainda mais, os programas de redução de danos.

Assim, para discutir a reorganização e investimentos em serviços de atenção aos *usuários* de drogas no cenário brasileiro, tomarei como base as observações e entrevistas realizadas no CAPS ad, pois a partir do trabalho de campo, identifiquei que os entraves não são apenas de ordem legal. Eles se produzem, também, pela forma como os espaços de atenção aos *usuários* estão sendo configurados, e aqui me refiro aos entraves na reorganização dos serviços de saúde mental, que dificultam a promoção de ações resolutivas e não manicomialis. Tomemos como exemplos alguns dos pontos mais reivindicados pelos *usuários*, como a precária infraestrutura do serviço, a falta de

utensílios como mesas e cadeiras, a falta de materiais de higienização e a lacuna, em termos de atividades e no quadro técnico.

A falta de profissionais e a precarização do trabalho são quesitos que também comprometem a oferta de serviços com qualidade. No CAPS, a existência de contratos temporários, a instabilidade e a falta de concursos públicos produzem uma rotatividade que prejudica a vinculação dos *usuários* com o CAPS ad, e a continuidade de um trabalho que, em si, já demanda certo tempo para ser construído. Nesse sentido, para atender aos requisitos da desinstitucionalização, é preciso ponderar como essa assistência está sendo organizada, do espaço físico à qualificação dos profissionais.

A composição do quadro de técnicos é algo que deve também ser discutido, no sentido de problematizar a formação adequada e de evitar que situações como o *encaminhamento para o CAPS ad como punição para alguns profissionais que não querem trabalhar com a temática*, aconteçam. Procede que muitas pessoas passam em processos seletivos para a “área da saúde” e somente após a aprovação é que serão alocadas pela Secretaria Municipal de Saúde nos serviços. Alguns profissionais acabam sendo direcionados ao CAPS ad, sem sequer compreenderem o processo implicado no uso das substâncias ou o que é a reforma psiquiátrica, por exemplo. Portanto, a falta de formação ou pouca qualificação para lidar com a temática “álcool e outras drogas”, somada a uma visão enrijecida e moralizadora em relação ao uso, afeta diretamente o modo como o público alvo é concebido e pensado em termos de intervenção. Além de rever a configuração dos processos seletivos, é preciso também investir em educação permanente nos profissionais que já trabalham no serviço, de modo a repensar arranjos desinstitucionalizadores.

Outro ponto a ser problematizado é como o CAPS ad está inserido e posicionado na rede de cuidados. Com a falta de outros espaços de acolhimento aos *usuários*, e a consequente centralização das ações e superlotação no CAPS ad, estaria o serviço assumindo uma postura isolada e pouco integrada ao sistema de saúde como um todo, contradizendo, por sua vez, os princípios da luta antimanicomial? A articulação em rede, a instauração de outros dispositivos como consultórios na rua e centros de convivência, a qualificação profissional, a desinstitucionalização de posturas e práticas por parte dos profissionais, e a organização do espaço físico são, por exemplo, discussões que demandam análises e atualizações, especialmente em face aos retrocessos que têm ocorrido na saúde mental.

Apesar de a reforma psiquiátrica ter acontecido há mais de vinte anos, vê-se que a luta pela desinstitucionalização ainda permanece atual, tendo em vista que em muitas instituições, a opressão aos *usuários* de drogas ainda se faz presente. Muitos hospitais psiquiátricos foram fechados, mas a manutenção de posturas rígidas e manicomiais em serviços de portas abertas, ou até mesmo o financiamento estatal de instituições que vão de encontro aos princípios da reforma, como as

Comunidades Terapêuticas (CT), são situações que demandam a luta contínua pela não *manicomialização* dos serviços, das concepções e das práticas que conduzem o trabalho cotidiano na saúde mental.

Desse modo, ainda há muito a se *desinstitucionalizar* em termos de espaços concretos e de significados. Por outro lado, não posso deixar de relatar e reconhecer os avanços implicados tanto no contexto do CAPS ad, quanto nas experiências auspiciosas de projetos de redução de danos espalhados no país. Destaco, assim, alguns elementos e transformações promovidas pelo serviço substitutivo em direção a vias antimanicomiais, como o espaço de controle social que vem sendo ocupado pelos *usuários*, diante da ativa participação nas assembleias, das reivindicações, das exigências e do empenho em ações e estratégias mais libertadoras.

Outro ponto seriam as melhoras relatadas por alguns *usuários*, resultantes da constituição de um cuidado baseado na cogestão, compartilhamento, voluntariedade, abertura e das ofertas como o banho, a comida e maior segurança. O fato de o CAPS funcionar como estratégia de redução de danos, como destacaram alguns profissionais e *usuários*, é uma ação importante se pensarmos na amenização de injustiças submetidas aos *usuários* que se encontram em situação de rua.

A visão progressista que alguns profissionais têm sobre os instrumentos legais que regulamentam as drogas também se mostra um ganho nesse contexto. O CAPS tem servido como porta de entrada para se falar sobre o uso, questionar posturas enrijecidas e se pensar estratégias conjuntas, caracterizando-se tais ações como antimanicomiais. Por fim, ampliando esse posicionamento em RD para outros dispositivos e projetos, sublinho as inovadoras e inspiradoras experiências mapeadas pelo Instituto Igarapé (2015).

Com função propositiva, o Instituto Igarapé (2015) produziu um relatório sobre políticas de drogas no Brasil e indica que “a mudança já começou” (p. 37). Como exemplo, há o programa interdisciplinar “de Braços Abertos”, desenvolvido pela prefeitura municipal de São Paulo e reconhecido como um dos melhores programas de RD do país, por envolver o “cuidado, acolhimento, moradia e tratamento de usuários de drogas, assistência médica, assistência social, projetos de empregabilidade, formação e qualificação” (IGARAPÉ, 2015, p. 9). Além deste, outros dez programas foram apontados como boas iniciativas e práticas, especialmente nos estados de São Paulo, Bahia, Pernambuco e Rio de Janeiro.

Assim, mesmo diante das barreiras proibicionistas e criminalizadoras, o Brasil tem iniciativas inspiradoras em relação ao cuidado dos *usuários*, as quais nos permitem afirmar que o país apresenta um contexto propício para adotar novos percursos, e o que urge é a mudança em termos de legislação. Logo, é preciso transpassar tais barreiras criminalizadoras para que a ampliação de estratégias seja possibilitada.

Alguns profissionais do CAPS ad também alinham seus pensamentos nessa direção, sinalizando a necessidade do país rever o posicionamento legal que adota. Mesmo que alguns profissionais do serviço se posicionem de maneira conservadora, inclinando-se para uma acentuação rigorosa das leis, há aqueles profissionais que reivindicam por uma sociedade menos proibicionista, e que acreditam ser a descriminalização o primeiro passo para se promover mudanças e amadurecer o debate em prol da regulamentação das substâncias.

Essa também é a postura que tem sido debatida e cogitada por alguns Estados. O debate é internacional, e a demanda por uma reorientação legal foi posta em discussão e será, possivelmente, avaliada na UNGASS 2016. Indícios e experiências promissoras de descriminalização e, até mesmo, de legalização, têm se constituído em alguns cantos do mundo, fomentando questionamentos e provocando a sociedade a refletir sobre a falência da guerra declarada às drogas. Desse modo, questionar as leis, o conjunto de políticas de saúde e os espaços de atenção e de cuidado aos *usuários*, é imprescindível para a construção de uma realidade que seja menos proibicionista, não criminalizadora e não manicomial.

Portanto, o que compõe esse processo de conscientização e de compreensões sobre as drogas é o *discutir sobre*. A começar com a desconstrução de verdades disseminadas pelo proibicionismo, que na visão de Tokatlian & Briscoe (2010), é um regime contraprodutivo, injusto, danoso, e que carece de legitimidade, credibilidade e simetria. Por isso, é preciso olhar para a *história* no intuito de compreender o porquê e como as drogas e os *usuários* foram postos num patamar de *demonização* e de *criminalização*, para problematizar que modalidades de *conhecimentos* temos produzido sobre as drogas, pois, as teorias, como lentes e formas de ver o mundo, também produzem esse mundo. O *teorizar* não é apenas uma descrição ou interpretação da realidade, ele também constrói essa realidade, modificando o modo como a percebemos e nos relacionamos com a alteridade. Como destacado na epígrafe desta Dissertação: “a relação entre o conhecimento e sua base social é dialética, isto é, o conhecimento é um produto social e o conhecimento é um fator na transformação social” (BERGER & LUCKMANN, 1985, p. 120).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSELRAD, Gilberta. Criminalização: efeitos jurídicos sociais e penais. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013

ALVERGA, Alex.; DIMENSTEIN, Magda. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 10, n. 20, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832006000200003&lng=en&nrm=iso>. access on 19 Feb. 2015.

AMARANTE, Paulo. *Saúde mental e atenção psicossocial*. RJ, Editora Fiocruz, 2007

ANDRADE, Tarcísio. *Redução de danos: um novo paradigma?*, 2010 Disponível em: http://www.twiki.ufba.br/twiki/pub/CetadObserva/ReducaoRiscosDanos/Redu%E7%E3o_de_danos_um_novo_paradigma.pdf.

ANDRADE, Tarcísio; RONZANI, Telmo. A estigmatização associada ao uso de substâncias como obstáculo à detecção, prevenção e tratamento. In: *O uso de substâncias psicoativas no Brasil: SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento, módulo 1. – 8. ed. – Brasília : Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2015*

ARAUJO, Felipe. *Fazeres antropológicos e discursos no Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre Psicoativos (Neip): antiproibicionismo e ressignificações do uso de drogas*. 2012. 255 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Núcleo de Pós-Graduação e Pesquisa em Antropologia, Universidade Federal de Sergipe, Aracaju.

BARBOSA, Jorge. A emergência da redução de danos em Portugal: da «clandestinidade» à legitimação política. *Revista Toxicodependências*, ed. IDT, Vol. 15, Nº 1, pp. 33-42, 2009

BHABHA, Homi. *O local da cultura*. Tradução de Myriam Ávila et al. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

BECKER, Howard. *Outsiders*. RJ: Zahar, 2008.

BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas. *A Construção Social da Realidade*. Petrópolis: Vozes, 1985.

BORGES, Wilson; BORGES, Vânia. Efeitos de uma narrativa sobre o crack: produzindo sentidos, reificando territórios e lugares sociais. *Revista Eco-Pós (Online)*, v.16, n.1, p. 61-83, 2013.

BUCHER, Richard. *Drogas e Drogadição*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992

CAMPOS, Marcelo; SIQUEIRA, Domiciano. Redução de danos e terapias de substituição em debate: contribuição da Associação Brasileira de Redutores de Danos. *J. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 387-393, 2003.

COELHO, Isabel; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 359-367, June 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000200359&lng=en&nrm=iso>. access on 05 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140033>.

COMISSÃO PARA A ESTRATÉGIA NACIONAL DE COMBATE À DROGA. *Estratégia Nacional de Luta contra Droga*. Portugal, 1999

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. 2ª ed. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia, 2011. Acesso em setembro de 2015, http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/2a_Edixo_relatorio_inspecao_VERSxO_FINAL.pdf.

COSTA PEREIRA, Mário Eduardo. Pinel - a mania, o tratamento moral e os inícios da psiquiatria contemporânea. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol. VII, núm. 3, septiembre, 2004, pp. 113-116

DANTAS, Suene; CABRAL, Barbara; MORAES, Maristela. Sentidos produzidos a partir de experiências de *bad trip*: drogas, prevenção e redução de danos. *Saúde em debate*. Rio de Janeiro, n. 28, p. 539-550, jul./set. 2014.

DANTAS, Suene; CAMPOS, Pablo; PIMENTA, Diógenes. Comunidades Terapêuticas: o indeferimento da desinstitucionalização. In: *As Ciências Sociais no Nordeste: um desafio*. I Semana de Ciências Sociais da UNIVASF/ Delcídes Marques (organizador). Curitiba: CRV, 2012.

D'ELIA FILHO, Orlando. *Acionistas do nada: quem são os traficantes de drogas*. Rio de Janeiro: Reavan, 2008

DIAS, Lúcia. *As drogas em Portugal: o Fenômeno e os Factos Jurídico-Políticos de 1970 a 2004*. Coimbra: Pé de Página Editora, 2007

DOMANICO, Andrea. “*Craqueiros e Cracados: bem vindo ao mundo dos nórias!*” Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. 220f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais)-Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DOMÈNECH, Miguel; TIRADO, Francisco; GÓMEZ, Lucía. A dobra: psicologia e subjetivação em SILVA, Tomaz Tadeu da (org). *Nunca Fomos Humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001, p.111-136

EMCDDA. *Illicit drug use in the EU: legislative approaches*. Lisbon, 2005

ENNES, Marcelo; MARCON, Frank. Das identidades aos processos identitários: repensando conexões entre cultura e poder. *Sociologias*, Porto Alegre, v. 16, n. 35, Apr. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222014000100010&lng=en&nrm=iso>. access on 10 July 2014.

ESCOHOTADO, Antonio. *História Elementar das Drogas*. Lisboa: Antígona, 2004.

ESCOSTEGUY, Ana Carolina. Os Estudos Culturais e a constituição de sua identidade. In: GUARESCHI, Neuza Maria e Bruschi, Michel. (orgs.). *Psicologia social nos estudos culturais: perspectivas e desafios para uma nova psicologia social*. Petrópolis, Vozes, 2013.

ESPINHEIRA, Gey. Os tempos e os espaços das drogas. In: TAVARES, Luiz Alberto *et al.* *Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo*. Salvador: CETAD/EDUFBA, 2004, p. 11-26

FARIA, Roberta et al. Propaganda de álcool e associação ao consumo de cerveja por adolescentes. *Rev Saúde Pública*, 2011

FILHO, Nery. *Drogas: isso lhe interessa?*, 2010.

Disponível em: <https://conversandocomnery.wordpress.com/tag/drogas/>

IORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. In: *Revista Novos Estudos*, 2012

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

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Ed. Vozes, 1997

FOUCAULT, Michel. *A Arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014

GEERTZ, Clifford. *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books, 1973

GOFFMAN, Erving. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Zahar, 1963

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 7ª edição. São Paulo: Editora Perspectiva, 1974

GOODE, Erich; BEN-YEHUDA, Nachman. *Moral panics: The social construction of deviance*. Chichester, U.K: Wiley-Blackwell, 1994

GORGULHO, Mônica. O papel da mídia da promoção do uso responsável de álcool. In: BUNING E; Gorgulho M; Melcop AG, O'Hare P. *Álcool e redução de danos: uma abordagem inovadora para países em transição*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004

GREENWALD, Glenn. *Drug Decriminalization in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*. United States of America: Cato Institute, 2009

HALL, Stuart. "The social history of a 'moral panic'". In: Hall, Stuart et al (org.): *Policing the Crisis: Mugging, the State, and The Law and Order*. Londres: THE MAC MILLAN PRESS LTD, 53-77, 1978

HALL, Stuart. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. *Educação e Realidade*, 22(2), 15-46, 1997

HALL, Stuart. *A Identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&a, 2011

HALL, S. Quem precisa de identidade? In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 11a ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2014. p. 103 -133.

HENNIGEN, Inês; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. A subjetivação na perspectiva dos estudos culturais e foucaultianos. *Psicol. educ.*, São Paulo, n. 23, p. 57-74, dez. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752006000200004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 12 fev. 2016.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. The Singular Therapeutic Project and mental health practices at Family Health Support Centers in Guarulhos in the state of São Paulo, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 8, p. 3561-3571, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000803561&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014198.11412013>

IGARAPÉ, Instituto. *Política de Drogas no Brasil: a mudança já começou*. Rio de Janeiro, 2015
Disponível em: http://igarape.org.br/wp-content/uploads/2013/05/AE-16_CADERNO-DE-EXPERI%C3%80NCIAS_24-03w.pdf

KARAM, Maria Lúcia. *Drogas: legislação brasileira e violações a direitos fundamentais*, 2010.
Disponível em: <http://www.leapbrasil.com.br/textos>. Acesso em: 23 de dezembro de 2015

KARAM, Maria Lúcia. Direitos humanos, laço social e drogas: por uma política solidária com o sofrimento humano. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013

LIMA, Brenda. *Encarceramento e tráfico de drogas: uma análise da política criminal nos tribunais*. (S/D)

MACHADO, Carla. Pânico moral: para uma revisão do conceito. *Interacções*, número 7. pp. 60-80, 2004.

MACHADO, Letícia; BOARINI, Maria. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 33, n. 3, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Feb. 2015.

MACHADO, Nara. Usuário ou traficante? a seletividade penal na nova lei de drogas. In: XIX Encontro Nacional do CONPEDI, Fortaleza. *Anais do XIX Encontro Nacional do CONPEDI*. Fortaleza: CONPEDI, 2010

MACRAE, Edward. *A desatenção da legislação de entorpecentes pelas complexidades da questão*, 1996. Retrieved October 30, 2006, disponível em: http://www.neip.info/downloads/t_edw1.pdf

MACRAE, Edward. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. In; *Dependência de drogas*. Seibel, S. D. e Toscano Jr., A., São Paulo, Editora Atheneu, 2001. pp., 25-34

MACRAE, Edward; GORGULHO, Mônica. Redução de danos e tratamento de substituição: posicionamento da Rede Brasileira de Redução de Danos. *J. Bras. Psiquiatria*, São Paulo, v. 52, n. 5, p. 371-374, 2003.

MACRAE, Edward. Aspectos Socioculturais do Uso de Drogas e Políticas de Redução de Danos. In: XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, Rio de Janeiro. *ANAIS DO XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO*. Rio de Janeiro: UERJ, 2007. disponível em: http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/html/mesa/3153_mesa_resumo.htm#2

MACRAE, Edward. A história e os contextos socioculturais do uso de drogas.. In: *Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias*. Brasília: Ministério da Justiça/SENAD, 2014, pp. 29-42.

MALHEIRO, Luana; MACRAE, Edward. Trabalho de campo e a construção de políticas para usuários de drogas” - a questão dos usos de crack na atualidade : um olhar sobre usuários e usuárias. In: *Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde*/Maristela Moraes, Ricardo Castro, Dênis Petuco (Org.). Recife: Instituto PAPAI, 2011.

MALHEIRO, Luana. Entre sacizeiro, usuário e patrão: Um estudo etnográfico sobre consumidores de crack no Centro Histórico de Salvador. In: *Crack: contextos, padrões e propósitos de uso* / Edward MacRae, organizadores. [et al.]. Salvador: EDUFBA - CETAD, 2013

- MARCON, Frank. *Leituras Transatlânticas: Diálogos sobre identidade e o romance de Pepetela*. Florianópolis: UFSC, 2005. 275f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) - Programa de Pós-graduação em Antropologia Social. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.
- MARLATT, Alan. Princípios Básicos e Estratégias de Redução de Danos. In: MARLATT, Alan et al. *Redução de Danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. trad. Daniel Bueno. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.
- MEDRADO, Benedito. Textos em cena: a mídia como prática discursiva. In Spink, Mary Jane, *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 243-271). São Paulo: Cortez, 2004.
- O'HARE, Pat. Redução de danos: alguns princípios e a ação prática. In: MESQUITA, F.; BASTOS, F.I. (Org.). *Drogas e Aids : estratégias de redução de danos*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 65-78.
- OLIVEIRA, Joana; PASSOS, Eduardo. A implicação de serviços de saúde mental no processo de desinstitucionalização da loucura em Sergipe: um problema clínico-político. *Vivência*, UFRN/CCHLA, Natal, n. 32, p. 259-274, jan./jun., 2007.
- OUVERNEY, Mariana. As máscaras da prisão. *Revista Sociologia Jurídica*. (S/D)
- PETUCO, Dênis. *Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack*. 2011. 131 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011
- PEREIRA, Amanda; WURFEL, Rudiane. O uso de maconha como estratégia de redução de danos em dependentes de crack. *Aletheia*, Canoas, n. 34, abr. 2011. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942011000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jan. 2016.
- PINSKY, Ilana; JUNDI, Sami. O impacto da publicidade de bebidas alcoólicas sobre o consumo entre jovens: revisão da literatura internacional. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online], 2008
- POIARES, C. A descriminalização do consumo de drogas: abordagem juspsicológica. *Revista Toxicodependências*, 8 (2), 29-36, 2002
- POIARES, Carlos. A descriminalização do consumo de drogas: do Direito à intervenção juspsicológica. In: *Problemas Jurídicos da Droga e da Toxicodependência*, Vol. 1. Coimbra: Coimbra Editora, 2003
- POIARES, Carlos. Reestruturar, repensar, reflectir: para uma nova política de dissuasão da TD. *Revista Toxicodependências*, edição IDT, Volume 13, número 1, 2007
- QUEIROZ, Isabela. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 21, n. 4, p. 2-15, Dec. 2001. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932001000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932001000400002>.
- RIBEIRO, Fernanda Mendes Lages; MINAYO, Maria Cecília de Souza. As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 2015, 19(54), 515-526. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0571>
- ROCHA, Andréa. Proibicionismo e a criminalização de adolescentes pobres por tráfico de drogas. *Serviço Social & Sociedade*, (115), 561-580, 2013 Retrieved December 03, 2015, from

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-66282013000300009&lng=en&tlng=pt.

RODRIGUES, Thiago. Política de drogas e a lógica dos danos. *Revista Verve*, São Paulo, Nu-Sol/PUC-SP, n. 03, 2003

RODRIGUES, Thiago. “Tráfico, Guerra, Proibição”, In: MACRAE, Edward et al (orgs), *Drogas e Cultura: novas perspectivas*, Salvador: EDUFBA, 2008. Disponível em: <http://www.neip.info/html/objects/_downloadblob.php?cod_blob=1091>. Acesso em 10 jul. 2015

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 1, p. 82-97, 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000100007&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000100007>.

ROSA, Pablo O. A Juventude das Prisões Mascaradas como Alvo das Políticas Criminais de Drogas. ISSN 2175-9596. *Surveillance in Latin America*, v. 6, p. 369-384, 2009.

ROSA, Pablo. *Drogas e a governamentalidade neoliberal: uma genealogia da redução de danos*. Florianópolis: Insular, 2014

ROSE, Nikolas. “Governando a alma: a formação do eu privado”. In: Silva, Tomas Tadeu da (org.). *Liberdades reguladas*. Petrópolis: Vozes, 1988, p.30-45

ROSE, Nikolas. “Inventando nossos eus”. In.: SILVA, Tomaz Tadeu. (Org.). *Nunca Fomos Humanos: nos rastros do sujeito*. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 137-204

SANCHEZ, Zila; NAPPO, Solange. Sequência de drogas consumidas por usuários de crack e fatores interferentes. *Revista Saúde Pública*. 36, 420-30, 2002

SANTOS, Vilmar; SOARES, Cassia; CAMPOS, Célia. Redução de danos: análise das concepções que orientam as práticas no Brasil. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 9, n. 16, p. 115-29, 2010.

SENAD. *Levantamento sobre legislação de drogas nas Américas e Europa e análise comparativa de prevalência de uso de drogas*. Brasília: Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD, Diretoria de Projetos Estratégicos e Assuntos Internacionais, 2015

SICAD. *Relatório Anual 2013: a Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Lisboa, SICAD, 2014

SILVA, José Afonso da. *Aplicabilidade das Normas Constitucionais*. São Paulo, Malheiros Editores, 1998.

SILVA, Marta; CRUCHINHO, Madalena; CARVALHO, Sara. Aspectos Metodológicos do Diagnóstico Nacional do Plano Operacional de Respostas Integradas – PORI. *Revista Toxicodependências*, ed. IDT, Vol. 14, Nº 1, pp. 73-8, 2008

SILVA, Tomaz. A produção social da identidade e da diferença. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 11a ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

SILVEIRA, Dartiu. Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas, Direitos Humanos e Laço Social*. Brasília: CFP, 2013

SPINK, Mary Jane. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano* [online]. Rio de Janeiro: Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010

SPINK, Mary Jane. *Práticas Discursivas e Produção de Sentido no Cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, Mary Jane; MENEGON, Vera. A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In: Spink, Mary Jane (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp. 63-92). São Paulo: Cortez, 2004

SODELLI, Marcelo. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de droga. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 3, 2010, pp. 637-644. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n3/v15n3a05.pdf>. Data do acesso: 10/12/2015.

SPOSITO, Marília Pontes; CARRANO, Paulo César Rodrigues. Juventude e políticas públicas no Brasil. *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 24, p. 16-39, Dec. 2003. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782003000300003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Feb. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-24782003000300003>.

THOMPSON, John. *Ideologia e cultura moderna: teoria social crítica na era dos meios de comunicação de massa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007

TOKATLIAN, Juan Gabriel; BRISCOE, Ivan. *Drugs: Towards a Post-Prohibitionist Paradigm. International Politics and Society*, 2010

TÓFOLI, Luís Fernando. Políticas de drogas e saúde pública: algumas incongruências entre políticas de drogas, saúde coletiva e direitos humanos no Brasil, *SUR* 21, 2015 Disponível em: <http://sur.conectas.org/edicao-21/politicas-de-drogas-e-saude-publica/> acesso 7 set. 2015

TRINO, Alexandre; RODRIGUES, Rosana. Atribuições da equipe multiprofissional. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua* / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012

VELHO, Gilberto. *Desvio e Divergência: uma crítica da patologia social*. RJ, Zahar, 1981

VELHO, Gilberto. Drogas e Construção Social da Realidade. In: BATISTA, Marcos.; INEM, Clara. *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: NEPAD / UERJ: Sette Letras, 1997, p. 9 – 13.

VELHO, Gilberto. *Projeto e Metamorfose: Antropologia das Sociedades Complexas*. RJ, Zahar, 2003

VELHO, Gilberto. *Um Antropólogo na Cidade: Ensaios de Antropologia*. RJ, Zahar, 2013

WAGNER, Roy. *A invenção da cultura*. São Paulo: Cosac Naify, 2012.

WACQUANT, Loïc. O lugar da prisão na nova administração da pobreza. *Novos estud. - CEBRAP*, São Paulo, n. 80, p. 9-19, Mar. 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002008000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-33002008000100002>.

WACQUANT, Loïc. Marginalidade, etnicidade e penalidade na cidade neoliberal: uma cartografia analítica. *Tempo soc.*, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 139-164, Dec. 2014. Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-20702014000200009&lng=en&nrm=iso>. access on 13 Jan. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20702014000200009>.

WOODWARD, Kathryn. Identidade e Diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: SILVA, Tomaz Tadeu (org.); HALL, Stuart; WOODWARD, Kathryn. *Identidade e Diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. 11a ed.- Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

ZINBERG, Norman. *Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use*. Yale: Yale University Press, 1984

II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012. Ronaldo Laranjeira (Supervisão) [et al.], São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD): UNIFESP, 2014

III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral – 2012. BALSÁ, Casimiro; VITAL, Clara; URBANO, Cláudia; Lisboa: CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa: SICAD, 2014

DOCUMENTOS OFICIAIS

BRASIL. *Lei n. 6.368/76, de 21 de outubro de 1976*. Dispõe sobre medidas de Prevenção e Repressão ao Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Uso Indevido de Substâncias Entorpecentes ou que determinam Dependência Física ou Psíquica. Brasília, DF, 22 de outubro de 1976

Brasil. *Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 1990

BRASIL. *Lei n.º. 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm

BRASIL. *Lei n.º. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial da União [DOU]*. Brasília, DF; 9 abr 2001.

BRASIL. *Lei n. 10.409, de 11 de janeiro de 2002*. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM n.º 336, de 19 de fevereiro de 2002*. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União* 2002; 20 fev

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas*/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, *Portaria nº 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2005.

BRASIL. *Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2006*. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm"http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm

BRASIL. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: *Presidência da República*, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008

BRASIL. *Decreto 7508 de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União 2011; jun 29

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 130, de 26 de janeiro de 2012*. Redefine o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas 24 h (CAPS AD III) e os respectivos incentivos financeiros. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html"http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0130_26_01_2012.html

DESPACHO Nº3229/98 (2ª série) de 23 de Fevereiro de 1998. *Cria a Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga*, 1998

DECRETO-LEI N.º 17/2012. D.R. n.º 19, Série I de 2012-01-26 - Ministério da Saúde - *Aprova a orgânica do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências*, 2012

LEI N. 30/2000, de 29 de novembro. *Define o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a proteção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica*. Disponível em: http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LEGISLACAO/LEGISLACAO_FARMACEUTICA_COMPILADA/TITULO_III/TITULO_III_CAPITULO_III/lei_30-2000.pdf>. Acesso em: 30 nov. 2015

PRESIDÊNCIA DO CONSELHO DE MINISTROS. *Estratégia Nacional de Luta contra Droga 2ª ed*. Lisboa: Imprensa Nacional – Casa da Moeda, 1999

APÊNDICE

Roteiro semiestruturado para entrevistas com os *usuários* do CAPS ad

Questões mais objetivas:

1. Idade
2. Naturalidade
3. Local de residência atual
4. Escolaridade
5. Profissão/ trabalho
6. Estado civil
7. Tem filhos? Se sim, qual é a sua relação com os filhos e a família?
8. O que faz quando não está no CAPS?

Questões de cunho subjetivo

9. O que o levou a frequentar o CAPS ad? E, por que este serviço? Você poderia falar um pouco sobre a sua trajetória no serviço?
10. Como você definiria a palavra *usuário*?
11. Você se considera um *usuário* de drogas?
12. Há quanto tempo é *usuário* do CAPS ad? Quais motivos o fazem continuar frequentando o serviço? (para os mais antigos da casa)
13. Como você se define e se vê hoje?
14. Como você imagina que as outras pessoas o veem? (Exemplo: família, amigos, o serviço).
15. Já teve algum problema com a polícia por conta do uso de drogas? Se sim, pode falar um pouco sobre essa experiência?
16. Você acha que a polícia faz uma distinção entre *usuário* e traficante?
17. O que você pensa sobre a criminalização das drogas?
18. Você conhece a legislação nacional sobre drogas? O proibicionismo? Se sim, você acha que essa lei é para todos os *usuários*, ou ela atinge apenas a alguns? Quem seriam esses *usuários*? Como você definiria o *usuário* que é alvo da criminalização?
19. Como você acha que as leis e as políticas públicas veem os *usuários* de drogas?
20. Como é o atendimento em outros serviços de saúde?
21. Há dificuldade em relação à procura pelo CAPS ad por conta da criminalização das drogas?
E para acessar outros serviços?

22. Conhece a redução de danos? Como você avalia o serviço antes e depois da incorporação da Política de Redução de Danos (PRD)?
23. Quais são as dificuldades que vocês enfrentam como *usuários* do serviço?
24. Pela sua experiência, é possível identificar um *perfil* do *usuário* de drogas?
25. Você se identifica com outras pessoas que se definem como *usuárias*, por quê?
26. Aqui no CAPS o serviço é voluntário e o *usuário* não fica “preso”. Como você percebe este serviço de portas-abertas?

Roteiro semiestruturado para entrevistas com os profissionais do CAPS ad

Questões mais objetivas:

1. Idade
2. Naturalidade
3. Formação
4. Profissão: exerce há quanto tempo? (na área *drogas* e no CAPS ad)
5. Como você veio trabalhar no CAPS? E por que escolheu exercer a atividade profissional neste espaço?

Questões de cunho subjetivo

6. Como você percebe as pessoas que buscam os serviços oferecidos pelo CAPS ad? Como descreveria este público?
7. Como você definiria a palavra *usuário*? (explorar a diferença entre *usuário* de drogas e *usuário* do serviço).
8. Como você acha que os *usuários* são vistos pelas atuais leis e políticas públicas sobre drogas?
9. Como você percebe a lei nacional sobre drogas, que proíbe o uso de drogas?
10. Qual é a sua concepção sobre redução de danos? Como (e quando) se deu a inserção da Política de Redução Danos (PRD) no serviço? Há diferenças, em relação à assistência, depois da incorporação das estratégias de redução de danos no serviço?
11. A lei nacional sobre drogas fala sobre uma possível despenalização para as pessoas que consomem SPA. Porém, ela não discrimina critérios nem quantidades para diferenciar o *usuário* do traficante. Diante da sua experiência na área, como você descreveria o *usuário* que acaba sendo alvo da criminalização?
12. Pela sua experiência, é possível identificar um *perfil* do *usuário* de drogas?
13. A procura pelo serviço tem aumentado ou diminuído? Você atribuiria isso a que?
14. Você acha que há dificuldade em relação à procura pelo serviço por conta da criminalização das drogas?
15. Para você, existe a diferença entre uso e abuso de drogas, qual seria?
16. Como você percebe os *usuários* que estão em tratamento há muitos anos?
17. Como você percebe a adesão do *usuário* a um serviço de portas-abertas?

18. Já percebi que a questão da autonomia e da dependência, em relação ao serviço ou aos profissionais, são questões presentes nas discussões em assembleias e reuniões. Como você as percebe?
19. O que você pensa sobre a atual demanda dos *usuários* em relação ao controle? Controle na recepção, das bolsas, do uso de substâncias dentro do CAPS, de ferramentas? Na sua percepção, a demanda dos *usuários* é por controle ou por liberdade?
20. Como você vê a utilização deste espaço de saúde para atender a *demandas da assistência social*?
21. Quais são as maiores dificuldades que o serviço enfrenta?
22. A que você atribuiria a existência da problemática “uso abusivo de drogas”?
23. Por fim, se você fosse um legislador, manteria o atual quadro legal, tanto a lei nacional como as políticas públicas, ou mudaria alguma coisa?