


Drogas e direitos humanos
Caminhos e cuidados

MARCOS ROBERTO VIEIRA GARCIA
SIMONE PEIXOTO CONEJO
TERESA MARY PIRES DE CASTRO MELO
(Organizadores)



Drogas e direitos humanos
Caminhos e cuidados

1ª edição

Setembro^{Editora}

Holambra/SP

2017

Copyright © Marcos Roberto Vieira Garcia, Simone Peixoto Conejo e Teresa Mary Pires de Castro Melo (orgs.)

Setembro  Editora

Rua Antônio Jorge Frade, 202 – Centro – Holambra (SP) 13825-000

Fone (fax) (19) 3802 2306

Site: www.editorasetembro.com.br

E-mail: editor@editorasetembro.com.br

Revisão e editoração: Paulo Franco (pborgfranco@gmail.com)

Imagem de capa: Elmano Cravo

Fotografias: Alessandra Rodrigues

Sistemas de Bibliotecas da UNICAMP
Diretoria de Tratamento da Informação
Bibliotecário: Helena Joana Flipsen - CRB-8ª/5283

D834 Drogas e direitos humanos : caminhos e cuidados / organizadores : Marcos Roberto Vieira Garcia, Simone Peixoto Conejo e Teresa Mary Pires de Castro Melo ; fotografias: Alessandra Rodrigues. -- Holambra, SP: Editora Setembro, 2017.
258 p.

1. Drogas - Abuso - Tratamento. 2. Alcoolismo. 3. Direitos humanos - Sorocaba (SP) I. Garcia, Marcos Roberto Vieira. II. Conejo, Simone Peixoto. III. Melo, Teresa Mary Pires de Castro. IV. Rodrigues, Alessandra

CDD - 616.863
- 361.191
- 323.098161

ISBN 978855540221

Índices para Catálogo Sistemático:

1. Drogas - Abuso - Tratamento	616.863
2. Alcoolismo	361.191
3. Direitos humanos - Sorocaba (SP)	323.098161

Sumário

Apresentação - <i>Marcos Roberto Vieira Garcia, Simone Conejo Peixoto e Teresa Mary Pires de Castro Melo</i>	7
Capítulo 1 – Contribuindo para a construção da autonomia com profissionais que atuam com usuários de drogas: uma análise de dois projetos de intervenção no maior polo manicomial do Brasil - <i>Simone Conejo Peixoto, Valéria Cristina Antunes Lisboa, Adriana Rosmaninbo Caldeira de Oliveira e Marcos Roberto Vieira Garcia</i>	17
Capítulo 2 – Redução de danos: interfaces com a Educação Popular e a humanização em saúde - <i>Daniele Cristina Rocha e Silva e Marcos Roberto Vieira Garcia</i>	45
Capítulo 3 – Impacto do uso de metodologias ativas no curso do Centro de Referência em Educação na atenção ao usuário de drogas da Região de Sorocaba (CRR-Sorocaba): relato de experiência - <i>Fátima Ayres de Araújo Scattolin</i>	99
Capítulo 4 – A droga como uma prática sociocultural - <i>Adriana Rosmaninbo Caldeira de Oliveira</i>	117
Capítulo 5 – O conhecimento formal que se aprende nos livros é suficiente para a prática profissional? Reflexões a partir das vivências no CRR-UFSCar-Sorocaba - <i>Valéria Cristina Antunes Lisboa</i>	177

Capítulo 6 – Pensando em redes - <i>Dejanira Luiza Mattos Garcia Gayotto e Ana Carolina Garcoa Gayotto</i>	191
Capítulo 7 – Famílias e cuidados: inquietações sobre cotidiano e políticas públicas permeadas pelo uso nocivo de drogas - <i>Simone Conejo Peixoto</i>	211
Público, privado e secreto - <i>Alessandra Rodrigues</i>	251
Sobre os autores.....	253

Marcos Roberto Vieira Garcia
Simone Peixoto Conejo
Teresa Mary Pires de Castro Melo

Apresentação

O presente livro é fruto de pesquisas e reflexões realizadas pela equipe do Centro Regional de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da Região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba). O CRR-UFSCar-Sorocaba é um dos CRRs brasileiros de formação permanente aprovados pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, lançado pelo Governo Federal no final de 2010. É vinculado ao Departamento de Ciências Humanas e Educação, do Centro de Ciências Humanas e Biológicas, da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Sorocaba, e visa contribuir no aprimoramento técnico dos profissionais das diversas áreas que atuam na atenção aos que fazem o uso prejudicial de drogas.

O CRR-UFSCar-Sorocaba é sediado no Núcleo de Educação, Tecnologia e Cultura (Núcleo ETC) e teve em seu surgimento

um caráter multicêntrico, fruto do trabalho coletivo de professores de diversas instituições de ensino superior de Sorocaba e região, assim como de profissionais que atuam nas redes de atenção voltadas aos usuários de crack e outras drogas. Integraram esse projeto em seu início, além da instituição-sede (UFSCar), o Centro de Ciências Médicas e Biológicas (Sorocaba) da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a Universidade de Sorocaba (UNISO) e as organizações não governamentais Lua Nova e Pode Crer.

Na primeira edição dos cursos oferecidos, em 2012, o CRR-UFSCar-Sorocaba disponibilizou 300 vagas para diversos cursos, com 251 concluintes. Na segunda edição dos cursos, oferecidos em 2014 e 2015, foram disponibilizadas 600 vagas, com 476 concluintes. Na terceira e mais recente edição, foram oferecidas 240 vagas, tendo, ao final, 158 concluintes. Somadas as três edições, trata-se de 855 alunos formados, um contingente bastante significativo para a região. O interesse pelos cursos transcendeu os limites regionais predeterminados, tendo a presença de alunos de 51 municípios¹.

A promoção da intersetorialidade e da articulação da rede local de atenção no campo da atenção aos usuários de drogas e familiares foi realizada também pelo CRR-UFSCar-Sorocaba por meio de outro projeto a ele ligado conveniado com a SENAD, denominado “Fortalecendo nós: aprimorando a rede de aten-

1 Municípios com alunos concluintes: Alambari, Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Araraquara, Boituva, Campina do Monte Alegre, Campinas, Capão Bonito, Capela do Alto, Capivari, Cerquilha, Cesário Lange, Franco da Rocha, Guapiara, Guareí, Ibiúna, Indaiatuba, Iperó, Itaberá, Itaóca, Itapetininga, Itapeva, Itatiba, Itu, Laranjal Paulista, Mairinque, Monte Mor, Nova Campina, Osasco, Piedade, Pilar do Sul, Poços de Caldas, Porto Feliz, Quadra, Rafard, Ribeirão Grande, Salto, Salto de Pirapora, Santana do Parnaíba, São Carlos, São Miguel Arcanjo, São Paulo, São Roque, Sarapuá, Sumaré, Tapiraí, Taquarivaí, Tatuí, Tietê e Votorantim.

ção intersetorial na atenção aos usuários de álcool e outras drogas nas três regionais do município de Sorocaba”. Assim, em consonância com potencialidade do cuidado territorial, a cidade vem se organizando a partir das regiões Leste, Oeste e Norte, e fomentando ações articuladas intra e intersetorialmente

Esse projeto², com início em 2014 e término em 2015, desenvolveu um conjunto de atividades, visando à melhor articulação intersetorial das diferentes políticas públicas no campo do álcool e outras drogas no município, de forma a aprimorar a rede já existente pela incorporação de novos atores e o modelo de atenção territorial em cada região.

O CRR-Sorocaba tem como proposta metodológica a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP), proposta ativa e problematizadora no campo do ensino-aprendizagem. O referencial teórico e a proposta metodológica buscam enfatizar a questão dos direitos humanos dos usuários de drogas no contexto da formação permanente dos profissionais envolvidos em seu atendimento.

O livro que aqui se inicia dá sequência às reflexões desenvolvidas pela mesma equipe³, por meio do livro anterior intitulado “Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento”. Os textos que constam na presente obra são frutos de pesquisas realizadas nos Programas de Pós-Graduação em Educação da UFSCar-Sorocaba e da UNISO, assim como trazem reflexões

2 A experiência desenvolvida durante o projeto foi publicada em: GARCIA, Marcos Roberto Vieira; CONEJO, Simone Peixoto; LISBOA, Valéria Cristina Antunes (Orgs.). **Aprimorando a rede de atenção aos usuários de drogas em um contexto local**. Holambra: Editora Setembro, 2015. 52p.

3 GARCIA, Marcos Roberto; FRANCO, Yoko. (Orgs.). **Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento: experiência de implantação do Centro Regional de Referência na região de Sorocaba**. Sorocaba: EDUNISO, 2013. 320p.

acerca das atividades formativas desenvolvidas durante o desenrolar dos cursos do CRR-UFSCar-Sorocaba, seja por seus tutores e tutoras, seja por participantes dos cursos.

Ao reunir estes textos em um conjunto denominado **Drogas e direitos humanos: caminhos e cuidados**, entendemos que esses “caminhos” e “cuidados” são estreitamente ligados. No entanto organizamos o *corpus* em torno desses temas.

Na seção Caminhos, temos o texto de Simone Conejo, Valéria Lisboa, Adriana Caldeira e Marcos Garcia, “Contribuindo para a construção da autonomia com profissionais que atuam com usuários de drogas: uma análise de dois projetos de intervenção no maior polo manicomial do Brasil”, que, com base nos resultados desses projetos, discute as possibilidades de saúde promocional no campo da saúde mental, entendida como uma forma de resistência aos poderes de regulação das políticas oficiais. Daniele da Rocha e Silva e Marcos Garcia, em “Redução de danos: interfaces com a Educação Popular e a humanização em saúde”, discutem as articulações e os consensos possíveis entre a Educação Popular, a redução de danos e a política de humanização da saúde, tendo como pano de fundo o uso prejudicial de drogas, em especial por parte de pessoas em situação de rua. Em “Impacto do uso de metodologias ativas no curso do Centro de Referência em Educação na atenção ao usuário de drogas da Região de Sorocaba (CRR-Sorocaba): relato de experiência”, Fátima Scattolin e colaboradores, membros de seu grupo de tutoria, relatam suas impressões sobre a experiência do trabalho em campo durante a execução da última edição dos cursos do CRR-UFSCar-Sorocaba, por meio das visitas a locais de atenção e tratamento de usuários. Adriana Caldeira de Oliveira explora as práticas discursivas sobre drogas por

meio das trajetórias e narrativas no/do cotidiano escolar, sob a perspectiva ecologista da clínica psicossocial, em “A droga como uma prática sociocultural”.

Na seção Cuidados, Valéria Lisboa aborda os principais conceitos sobre o conhecimento técnico, considerado formal nas várias disciplinas ou áreas do saber, contrapondo, nesse processo, a importância da educação informal, que inclui o cuidado aos alunos, o resgate de valores, conceitos e culturas da própria história do aluno e as possibilidades de aproximação com o outro, respeitando seus valores, ideias e culturas, em “O conhecimento formal que se aprende nos livros é suficiente para a prática profissional? Reflexões a partir das vivências no CRR-UFSCar-Sorocaba”. Dejanira Gayotto e Ana Carolina Gayotto trazem o relato de experiência “Pensando em redes”, com enfoque nas redes montadas legalmente com ênfase na proposta da matricialidade e do território, e a dificuldade para que elas se estabeleçam na prática. E em “Famílias e cuidados: inquietações sobre cotidiano e políticas públicas permeadas pelo uso nocivo de drogas”, Simone Conejo aborda algumas condições históricas, sociais, cotidianas e profissionais que influenciam a constituição de noção de família, assim como possibilidades e dificuldades relacionadas com os cuidados dedicados às pessoas que fazem uso nocivo de drogas e a seus familiares. A autora delinea alguns meios de cuidados, destacando a importância das políticas públicas nesse cenário.

Esta edição traz também um diálogo entre os textos escritos e as fotos, de autoria de Alessandra Rodrigues, que relata esse processo de curadoria no texto “Público, privado e secreto”.

Boa leitura!

Caminhos



“Eu fiz o nada aparecer”

(Manoel de Barros, Livro sobre Nada, 1996)



Alessandra Rodrigues

Simone Peixoto Conejo
Valéria Cristina Antunes Lisboa
Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira
Marcos Roberto Vieira Garcia

Capítulo 1

Contribuindo para a construção da autonomia com profissionais que atuam com usuários de drogas: uma análise de dois projetos de intervenção no maior polo manicomial do Brasil

Introdução

Uma das atividades centrais de diferentes sociedades é a organização de cuidados. Ela é constituída sob a influência de crenças, valores, interesses e contextos histórico-culturais. Ressaltamos que muitas questões podem ser observadas e pensadas criticamente quando refletimos sobre o cuidado direcionado à saúde coletiva, em especial por meio das políticas públicas de cada sociedade (CONEJO, 2014).

No Brasil, contamos com o Sistema Único de Saúde (SUS), que embasa a assistência à saúde nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, assim como nas diretrizes de regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização, participação dos cidadãos e complementaridade do setor privado (BRASIL, 2000). Tal sistema, contudo, não pode prescindir de considerar a saúde em um conceito ampliado, demandando políticas públicas para promovê-la, por meio da participação social, dialogando com os movimentos de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A saúde promocional tem sido descrita como um modelo de atenção à saúde o qual extrapola a assistência médica, resgatando a concepção de saúde como um produto social (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; SOUZA; GRUNDY, 2004). Se a promoção de saúde pressupõe a prevenção, baseada na concepção de risco ou da probabilidade de se tornar doente, também a transcende na medida em que o foco se desloca da doença para o dos fatores socioculturais que a atravessam. Entre os componentes importantes desse processo estão a disseminação de informações e a educação, de forma a promover a capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, socioeconômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998). Subjacente a essa abordagem, estão as concepções de empoderamento e da busca pela emancipação e autonomia dos grupos sociais, termos que frequentemente se superpõem nas diferentes ciências humanas que abordam as gestões de práticas comunitárias. Para Paiva (1996), que reflete sobre essas concepções no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, é necessária a crítica, no interior delas, tanto às propostas de intervenções universalizantes quanto às noções individualizantes de sujeito

às vezes presentes. Da mesma forma, Spink (2009) mostra os riscos de concepções de promoção de saúde que reproduzem mecanismos de vigilância, visando à restrição dos comportamentos e dos desejos, que podem gerar estilos de vida pautados em ideais como saúde, segurança e longevidade, limitando, porém, as possibilidades da própria vida, ao se atrelar a ela sentimentos negativos, como culpabilização individual e valores morais.

Nesse cenário, as construções sobre a atenção e a saúde promocional na área específica da saúde mental têm se tornado, ao longo dos anos, e principalmente nas últimas décadas, objetos de (des)construção de ideias, concepções e modos de compreender pessoas, práticas, formações, direitos, deveres, saúde e a própria saúde mental. Em outras palavras, sua história – que não será abordada extensamente neste trabalho – reflete uma produção dinâmica, cuja interferência, em cada momento, dá-se de diferentes modos, nos meios em que encontramos para realizar práticas de cuidado.

No Brasil, a Lei nº 10.216/2001, fortemente influenciada pelo árduo processo científico-político-social, iniciado na década de 1950 nos países europeus e no final da década de 1970 em nosso país (AMARANTE, 1995), configurou-se como um marco oficial e significativo no avanço do movimento para a reforma psiquiátrica brasileira. Tal lei fortaleceu a luta pela mudança do modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico no Brasil, por serviços de saúde mental descentralizados, de base comunitária, multiprofissionais e diversificados (ANDREOLI, 2007). Seu conteúdo estabelece tratamentos “mais humanizados”, proteção às pessoas diagnosticadas com transtornos mentais e proíbe a internação em instituições com características asilares (BRASIL, 2001), favorecendo, assim, a

implantação em todo o território nacional de serviços substitutivos e, principalmente, que essa população também receba atenção de acordo com os princípios e diretrizes preconizadas pelo SUS. De modo geral, essa lei redireciona a assistência em saúde mental, procura garantir direitos e impõe um novo impulso ao nosso processo de reforma psiquiátrica, mas não institui mecanismos claros para a progressiva extinção dos hospitais psiquiátricos.

Nas políticas públicas que antecedem e sucedem a promulgação da lei, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) recebem um papel central nas estratégias de tratamentos na área de saúde mental comunitária brasileira, priorizando o atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Para os moradores dos manicômios, foram instituídos os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) – moradias localizadas no espaço urbano para responder às necessidades de habitação dessa população – e o Programa de Volta para Casa (PVC), que procura garantir assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, a pessoas com longo histórico de internação psiquiátrica.

No campo específico das políticas de álcool e drogas, há a ênfase na abertura de leitos de atenção integral em álcool e outras drogas como retaguarda em hospitais gerais – de forma a não reproduzir nesse campo a segregação a que historicamente foram submetidos os considerados “loucos” – e a criação da Escola de Redutores de Danos (ERD), que objetiva a qualificação da rede de serviços por meio da capacitação teórica e prática, promovida pelo SUS, de segmentos profis-

sionais e populacionais da comunidade. Surgida no campo da dependência em relação a substâncias psicoativas, a redução de danos corresponde a:

[...] uma tentativa de minimizar as consequências adversas do consumo de drogas do ponto de vista da saúde e dos seus aspectos sociais e econômicos sem, necessariamente, reduzir seu consumo (WODAK, 1998, p. 55).

Tal proposta foi inicialmente disseminada em práticas como a substituição de heroína por metadona, entre usuários de heroína, e a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis, grupo profundamente atingido pela epidemia da AIDS. Ultrapassando o campo da dependência química, a redução de danos passou a ser defendida como um princípio aplicável a outras modalidades de intervenção em saúde pública.

Uma análise geral da efetividade dessas políticas, contudo, mostra que não ocorreu ainda a concretização plena do processo de reforma psiquiátrica no país. Ainda temos hospitais psiquiátricos e mortes de pacientes em que as circunstâncias de cuidado – ou de falta dele – são, por vezes, questionáveis. A disponibilidade de serviços comunitários e os recursos financeiros investidos nos serviços existentes permanecem insuficientes, faltam profissionais qualificados para o trabalho, não há preparo adequado das famílias e comunidades, ou seja, não houve adaptação dos envolvidos no cuidado e convívio cotidiano (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; GARCIA; CONEJO, 2015).

Quase 15 anos após a publicação da Lei nº 10.216, as metas e as diretrizes para o sucesso do processo de reforma psiquiátrica ainda implicam, notadamente, o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, a qualificação do cuidado e a garantia de acesso aos usuários. Faz-se necessário, assim: cuidar dos aspectos técnicos, éticos e políticos, garantindo direitos já estabelecidos; implantar redes constituídas sistemicamente, com conexões e diálogo com a sociedade; diminuir o autorreferenciamento dos serviços, evitando o isolamento entre serviços ou mesmo apenas na rede de atenção à saúde; usar mais abordagens territoriais; ampliar mais a atenção a crianças e adolescentes; fortalecer a atenção básica; fomentar e ofertar o melhor serviço possível na rede já existente, como CAPS de todas as modalidades, visitas domiciliares, mais serviços de emergências, leitos em hospital geral e acompanhamento no território; implantar serviços de consultórios na rua e casas de acolhimento transitório; desenvolver programas eficazes de trabalho e renda (economia solidária); garantir condições mínimas de moradia (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; GARCIA; CONEJO, 2015).

No campo da atenção específica ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, a bibliografia científica tem indicado problemas não somente de concretização plena das políticas públicas, mas também questionamentos sobre o conflito dessas políticas com aquelas preconizadas para a saúde mental em geral, em especial no que diz respeito à incorporação das comunidades terapêuticas como locais de acolhimento aos usuários, uma vez que estas possibilitariam a institucionalização dos usuários, contrariando os princípios da reforma psiquiátrica antimanicomial.

Além disso, a revisão de diversos estudos feita por Costa et al. (2015) mostra nesse campo: cobertura insuficiente e desintegrada diante da demanda de tratamento; necessidade de se repensar o papel dos CAPS, uma vez que são instituições criadas com foco em outra população; necessidade do Estado em avançar no fortalecimento das ações intersetoriais; articulação do cuidado e no aprimoramento das condições de trabalho, de forma a compensar o atraso histórico de políticas nesse campo, fato que possibilitou, inclusive, a disseminação de entidades de base religiosa na atenção a esses usuários.

A experiência das intervenções aqui descritas tem como cenário a região de Sorocaba (SP), cidade a cerca de 100 km da capital. A cidade se constituiu, por longos anos, como centro de efetivação do modelo de tratamento hospitalocêntrico na saúde mental, movimento perpetuado até mesmo quando, na maior parte do país, já convivíamos com a implementação de novas políticas públicas para essa área. Nesse sentido, os dez hospitais psiquiátricos da região tornaram-se polo de recepção de pessoas vindas de outras instituições de todo o país, o que favoreceu, por um tempo, o interesse econômico de algumas pessoas, mas criou, no entanto, uma dívida histórica social com inúmeras outras.

Denúncias de violação dos direitos humanos nos manicômios da região de Sorocaba aconteceram esporadicamente durante décadas. A partir de 2010, porém, elas ganharam visibilidade quando o Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba mostrou que, no período entre 2006 a 2009, ocorreram 459 mortes, ou seja, que a cada três dias uma pessoa perdeu a vida nos hospitais psiquiátricos da região (FLAMAS, 2011; GARCIA, 2012).

A repercussão dessas denúncias na mídia e reportagens televisivas, que mostraram outras violações *in locu*, fez com que um grupo de especialistas de diferentes instituições – Movimentos Sociais, Secretaria Estadual de Saúde, Defensoria Pública do Estado de São Paulo, Secretaria Nacional de Direitos Humanos e Ministério da Saúde – tomasse para si a responsabilidade de implicar a Prefeitura Municipal de Sorocaba e de outras duas cidades da região, onde existem manicômios, em enfrentar tal situação. Em dezembro de 2012, esse fato culminou na assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) para a reorganização completa da rede psicossocial, no prazo de três anos, prorrogável por mais 12 meses. O texto previa a implantação de serviços de acordo com as portarias do SUS e a substituição dos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de atendimento (OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; GARCIA; CONEJO, 2015).

O processo de desinstitucionalização dos moradores desses manicômios, porém, segue lento. As 22 residências terapêuticas, organizadas até o momento, são insuficientes. Deparamo-nos com uma série de lacunas para efetivação do TAC e com a emergência de outras questões relacionadas ao cuidado na área de saúde mental, como nas situações em que se faz necessário o cuidado voltado ao uso prejudicial de álcool e outras drogas, que também carecem de serviços baseados nos mesmos princípios do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

No campo da atenção ao uso prejudicial de drogas, a cidade reproduz o panorama nacional, com a maior parte das instituições que atendem aos usuários de drogas sendo do terceiro setor, o que mostra a demora do poder público em dar respostas às necessidades dos usuários e seus familiares.

Nesse cenário, o presente capítulo busca discutir as possibilidades de saúde promocional – utilizando uma perspectiva crítica do conceito – no campo da saúde mental, com ênfase na área do uso prejudicial de drogas, a partir dos resultados de dois projetos de intervenção voltados a trabalhadores que atuam nessa área. Tais projetos têm como foco a educação continuada desses trabalhadores – caso do Centro Regional de Referência da Universidade Federal de São Carlos, *campus* Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba) – e a formação e fortalecimento da rede entre eles – caso do projeto “Fortalecendo Nós” –, que serão descritos nas seções subsequentes.

A educação continuada dos trabalhadores que atuam com usuários de drogas: o Centro Regional de Referência da UFSCar-Sorocaba

Com o intuito de fortalecer a integralidade na rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas e a seus familiares, buscamos a educação continuada de profissionais como uma das estratégias para lidar com o cenário regional em que políticas públicas mais progressistas – como aquelas baseadas na redução de danos – coexistem com a presença de políticas mais conservadoras – como aquelas voltadas ao isolamento dos usuários como forma de tratamento.

O projeto do CRR-UFSCar-Sorocaba se iniciou em 2010 com profissionais de diferentes áreas, incluindo Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Medicina e Farmácia. Entre eles, pesquisadores, professores, especialistas e colaboradores da UFSCar, da Universidade de Sorocaba (UNISO), da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia

Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), das ONGs Lua Nova e Pode Crer, além da Prefeitura Municipal de Sorocaba. Foi desenvolvido como um dos 49 CRRs brasileiros de formação permanente, aprovados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), em 2011, para dar suporte às demais ações previstas pelo “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”, lançado pelo Governo Federal. O projeto, desenvolvido no *campus* Sorocaba da UFSCar, visa à formação e aprimoramento técnico de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social a usuários de crack e outras drogas, e a seus familiares, com ênfase em estratégias de prevenção, tratamento e pesquisa.

Os primeiros cursos, gratuitos e com atividades presenciais, foram realizados durante 2012. Constituíram quatro cursos distintos com públicos diferentes, voltados a: médicos atuantes em estratégias da saúde da família, núcleos de assistência à saúde da família e unidades básica de saúde; profissionais de nível superior atuantes nos hospitais gerais e pronto atendimento; agentes comunitários de saúde e redutores de danos, agentes sociais e profissionais que atuam nos consultórios na rua; profissionais das redes SUS e SUAS. Assim, abrangia profissionais com e sem nível universitário. Já os cursos desenvolvidos em 2014 e 2015 se ampliaram e abarcaram, além do público-alvo anterior, também agentes do Sistema Judiciário, da Segurança Pública, do Ministério Público e entidades que atuam no atendimento e apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas, com privação de liberdade. No total, 727 alunos finalizaram os cursos, o que equivale a uma porcentagem de 84% das pessoas matriculadas, resultados considerados muito satisfatórios pela SENAD, que apoia financeiramente o projeto.

Entre os desafios presentes na implantação do projeto, estava a tentativa de organizar um curso que valorizasse experiências anteriores, práticas, teóricas, profissionais e cotidianas. Então o enfoque foi na Andragogia – do grego *andros*, adulto, e *gogos*, educar, compreendida como a arte e ciência de auxiliar o adulto a aprender. No processo, discutiu-se e aprendeu-se com os participantes. De modo geral, os cursos são baseados em metodologias ativas, em especial a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)¹. Cada turma é dividida em pequenos grupos com tutores, o que onera financeiramente o projeto, mas tem se mostrado adequado e ajudado a garantir bons resultados – como discutiremos mais adiante –, permitindo o exercício de uma atividade útil para as práticas cotidianas de todos os envolvidos no processo.

No processo de aprendizagem, as frustrações, as conquistas, as angústias, as pesquisas, as possibilidades e os conhecimentos, cada elemento apresentado recebe espaço e utilidade. As avaliações constantes envolvem participantes, tutores, coordenadores, equipe de apoio, grupos, funcionalidade geral do projeto e metodologia geral e da ABP, permitindo que “todos avaliem todos e tudo”, assim como ajustes durante a trajetória dos cursos e no planejamento de futuras turmas.

1 Na ABP, são organizados pequenos grupos que contam com o apoio de um tutor para estudos e usam-se disparadores problemas previamente elaborados com uma breve descrição de situações que usualmente podem ser observadas na vida real. Eles são usados como ponto de partida do processo de aprendizado, requerem compreensão de termos, funcionalidades e processos subjacentes, e facilitam discussões sobre práticas de cuidados e ações diversas. O problema, o trabalho em grupos tutoriais e o estudo individual são componentes fundamentais da ABP, o que exige envolvimento e uma postura ativa de todos.

O grupo de profissionais envolvidos nas tutorias, nas atividades com toda a turma e na coordenação apresentou boa vinculação e cooperação, um movimento que também ocorreu, inicialmente, nos grupos de aprendizagem e tem se estendido às redes de atendimento e às práticas de cuidado. Desse modo, percebemos que, nesse processo de aprendizagem, independente das ocupações, houve espaço para a crítica, a criatividade e o cuidado.

No campo da formação, observaram-se por parte dos participantes: construção ou fortalecimento de uma visão integral do fenômeno do uso de drogas; aproximação, significação e (re)qualificação de seus conhecimentos prévios e vivências; vinculação permitindo possibilidade de ajuda entre os profissionais, no cotidiano de diferentes serviços; valorização da transversalidade; solicitações para ampliar o acesso à rede de cuidados e por melhores condições de desenvolvimento de suas práticas profissionais; satisfação no encontro com outros profissionais com vivências similares e também diversas; valorização das relações interpessoais, garantindo a expressão e o reconhecimento das dificuldades como um aspecto inerente à atuação e com o sentimento de pertença entre o grupo; articulação do conhecimento formal dos princípios e diretrizes organizativas do SUS e SUAS com as práticas de atenção na rede.

Em relação ao campo da produção do conhecimento, o livro “Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento”, de Garcia e Franco (2013), descreve o processo de constituição do CRR e das ações posteriores, abordando alguns temas, tais como políticas nacionais de saúde, assistência social, álcool, drogas, conceitos, padrões de uso, passando por discussões sobre a rede de apoio, processos de reinserção social, metodologia ABP, seu uso na formação em saúde, o modo como

foi desenvolvida nos cursos e a avaliação de sua utilização. Também são apresentadas pesquisas relacionadas ao tema, realizadas por pesquisadores vinculados ao CRR, o que corrobora a visão de que ensino, pesquisa e extensão universitária são indissociáveis. Além disso, a experiência também permitiu desdobramentos apresentados e discutidos em mesas redondas, congressos e seminários.

No campo dos resultados alcançados, é importante ressaltar a construção de fórum de discussão permanente, surgido como reivindicação dos próprios alunos e apoiado pela equipe que fez parte do projeto. A percepção dos efeitos positivos da troca entre os profissionais, a viabilização do compartilhamento e gerenciamento de casos na rede, o trabalho integral, a qualidade das conversas e a necessidade de um espaço de diálogo confluíram para a construção desse fórum permanente, realizado bimestralmente, para trocas e discussão de temas relevantes para a região, abordando a temática do uso prejudicial de álcool e outras drogas.

O aprimoramento da rede de trabalhadores que atuam com usuários de drogas na cidade de Sorocaba: o projeto “Fortalecendo Nós”

Este projeto teve como objetivo aprimorar a rede sorocabana de atenção aos usuários de álcool e outras drogas e a seus familiares. Foi desenvolvido por meio do Departamento de Ciências Humanas e Educação (DCHE) da UFSCar, a partir de convênio com a SENAD e de parceria com a Prefeitura Municipal de Sorocaba. O projeto possibilitou a exploração

de três vertentes: o mapeamento de instituições e grupos participantes da rede intersetorial de atenção a essa população; a compreensão de perspectivas construídas por diferentes atores dessa rede; a realização de encontros facilitadores do aprimoramento dessa rede por meio do diálogo entre seus atores.

O mapeamento, realizado entre julho de 2014 e maio de 2015, indicou a existência na cidade de 162 grupos e instituições que prestam assistência a usuários de drogas e álcool e a seus familiares. Foram utilizadas como fontes: o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES); o Sistema de Cadastro do SUAS (CadSUAS); uma lista, cedida pela Secretaria de Desenvolvimento Social de Sorocaba, de instituições que compõem a “Rede Entre Nós” (projeto do município também voltado para a temática); um levantamento realizado pelo Ministério Público; mecanismos de busca na Internet por instituições não vinculadas ao SUS ou SUAS (grupos de mútua ajuda, clínicas e comunidades terapêuticas, ONGs, abrigos, casas de passagem, sistema judiciário, conselhos e sistemas de garantia de direitos, projetos, programas e outros); a cadeia de informantes até o ponto de saturação.

Entre agosto e dezembro de 2014, foram feitos contatos telefônicos, presenciais e por e-mails com coordenadores ou responsáveis pelos grupos e instituições mapeados, e foram convidados diferentes representantes a responder um questionário que nos permitiu realizar uma análise quantitativa e qualitativa da rede de atenção dedicados a essa população. Obtiveram-se 80 respostas, uma quantidade que se mostrou representativa diante da dificuldade de acessibilidade e comunicação existente na rede.

Entre os principais resultados obtidos nessa pesquisa, resalta-se: o fato de participantes que trabalhavam em UBS responderem que não atendiam a usuários de drogas e/ou familiares; a referência de 62,5% que disseram não conhecer ou conhecer apenas um ou outros dois grupos e instituições da rede; a alegação de 65% de que não faziam ou recebiam encaminhamentos de outras instituições. Entre as demandas apresentadas, foram apontadas as necessidade de: ampliar/fortalecer a rede (especialmente direcionadas à implantação de mais CAPS Ad III); estruturar/melhorar serviços existentes e ampliá-los nos territórios e com famílias; definir e melhorar o fluxo de serviços, papéis e responsabilidades; conhecer o perfil dos usuários dos serviços; ampliar diálogo, discussões e articulações entre serviços; melhorar o conhecimento da rede; capacitar as equipes; realizar mais reuniões intersetoriais; valorizar o trabalho em rede e favorecer ações coletivas; reconhecer, apoiar e divulgar por parte do poder público; ampliar trabalho preventivo em escolas e comunidades; realizar mais encaminhamentos e aos serviços adequados; ampliar espaços de moradia. Contrariando a lógica da luta antimanicomial, houve pedidos pelo aumento de vagas de internação e maior apoio às comunidades terapêuticas, mas também aspiração por mudanças, sobretudo em extrapolar a “estratégia de prender pessoas”.

A segunda etapa do projeto, de maio a setembro de 2015, foi direcionada – em um ou dois dias de cada mês – ao aperfeiçoamento “Construção da rede de atenção a usuários de drogas e seus familiares”, que atingiu 92 profissionais da cidade de Sorocaba que atuavam com usuários de drogas e/ou familiares. Essa etapa envolveu workshops, oficinas de adensamento conceitual, planejamento de diversas ações grupais, formação de grupos de trabalhos (GT), que deram continui-

dade às atividades, conversas, divulgações e reflexões nos períodos entre os encontros, por meio de visitas institucionais, encontros e uso de redes sociais. A facilitação gráfica, que sintetiza em imagens e pequenas frases os principais pontos abordados durante os encontros, também foi utilizada como recurso para aprimoramento da rede.

Todas as atividades foram planejadas para promover o diálogo entre os participantes. O adensamento conceitual era dividido em três momentos: iniciava-se com a exposição de profissionais convidados – pessoas com atuação em outras regiões do país –, experientes em ações de redes de atenção de saúde e assistência social; em seguida, havia um compartilhamento de impressões e formulação de questões em pequenos grupos. Esse formato possibilitava que os participantes pudessem trocar impressões e qualificar suas questões, traçando relações entre os conteúdos abordados e suas práticas de trabalho; por último, havia um debate coletivo, em que os profissionais convidados retomavam a conversa com todos os participantes, orientando suas novas falas a partir das questões formuladas nos pequenos grupos.

Para a formação dos GTs, as pessoas buscaram temas e interesses em comuns. Os participantes dos grupos se reuniram e desenvolveram atividades ao longo de todos os encontros, e, nos intervalos entre eles, a comunicação continuava, por meio de e-mails e de redes sociais. Os grupos construíram e desenvolveram ações nos seguintes temas: redes, territórios e parcerias, cuidados ao cuidador, reivindicações e ações com usuários e familiares.

Ao final das atividades, foram realizadas avaliações sobre os encontros, após os quais os participantes e os membros das

equipes de coordenação e de organização recebiam um relatório com fotos e imagens da facilitação gráfica detalhando o ocorrido no processo.

Desse modo, utilizamos diferentes recursos – conversação pessoal e virtual, imagens, leituras, trabalhos em grandes e pequenos grupos, visitas institucionais, avaliações, discussões sobre aspectos práticos e teóricos – para facilitar o processo de aprimoramento.

Reflexões entre desafios e possibilidades...

A avaliação dos resultados de ambos os projetos validou a necessidade de se aprimorar a rede já existente, a partir da promoção do diálogo entre integrantes desses grupos e instituições, e da busca pela implantação de alternativas para seu melhor funcionamento, investindo, assim, na formação prática sobre o funcionamento da rede de atenção e contribuindo para o cotidiano de todos.

Os projetos citados proporcionaram também espaços de reflexão sobre as políticas públicas preconizadas, a construção sociocultural da noção de drogas e seus efeitos, as experiências atuais na rede de atenção e a visão sobre as pessoas que receberão cuidados sob um referencial não estigmatizante. Tal referencial ressalta a qualidade das relações que podem ser estabelecidas e os meios que os profissionais encontram para lidar com diferentes contextos, além de considerar que as pessoas estão em processo constante de construção, interação, troca e reconstrução em todos esses aspectos. Assim, é possível ampliar questões que ressaltavam o uso prejudicial de drogas

como uma problemática da pessoa para uma compreensão do tema enquanto fenômeno social. Entende-se que o modo como nos estruturamos socialmente constitui inúmeras possibilidades para que o uso de diferentes substâncias, por diferentes pessoas, nos mais diversos contextos, seja considerado e vivenciado como problemático, ressaltando que o processo de desconstrução de saberes, instituído a longo prazo, não é simples.

Observou-se também o envolvimento de diferentes instâncias sociais em busca da adoção de modelos progressistas de cuidado, permitindo uma reflexão sobre as formas de inclusão, tratamentos comunitários, bases teóricas e práticas de cuidado que transcendem o modelo biomédico e se configuram no campo da intersectorialidade.

O conhecimento de políticas públicas, questões políticas, sociais, econômicas e culturais revelou-se como importante, mas não suficiente, diante dos desafios cotidianos enfrentados, uma vez que recursos que se mostraram de fundamental importância estão entre aqueles construídos a partir do contato, isto é, das relações interpessoais. Desse modo, a construção de espaços de diálogos, de escuta, de construção conjunta de ações se mostra também como uma condição necessária e urgente para o estabelecimento de um cuidado adequado. Observou-se que o cuidado direcionado a essa população facilmente extrapola as práticas de atenção organizadas em torno do SUS e SUAS. Os participantes das atividades, por vezes, usavam a frase “rede é com quem a gente pode contar”, significando que as instituições, os grupos e as pessoas que estão sensibilizadas com a temática do álcool e de outras drogas podem ser um potencial parceiro para garantir práticas de cuidado. Nas discussões, as questões e os conflitos em torno de encaminhamentos de “casos” cederam progressivamente

espaço às possibilidades de compartilhamento de “serviços por pessoas”, pessoas com direitos e desejos, que devem ter respeitadas sua singularidade, história e crenças.

A deficiência de formação específica para o cuidado humanizado direcionado a usuários de drogas foi também bastante enfatizada por participantes dos dois projetos citados. Para além da temática das drogas, muitos profissionais saem de cursos de graduação sem recursos para trabalhar com políticas públicas que incluam comunidades, famílias e coletividades, demandando ênfase nesses temas. No entanto, quando incluímos profissionais com diversos níveis de escolaridade e desempenho de funções diferenciadas, torna-se perceptível a possibilidade de se romper com algumas normativas hegemônicas sobre o saber e as habilidades para desenvolver práticas de cuidado. A relação democrática e horizontal entre os profissionais repercutiu no reconhecimento da importância de todos os atores que trabalham nas instituições, mostrando a maior efetividade dos trabalhos em parceria, reduzindo angústias e favorecendo a sensação “de não se estar mais sozinho” para resolver as dificuldades do cotidiano do trabalho.

Em relação aos desafios, cabe ressaltar também a importância do papel da autonomia universitária diante das gestões públicas no campo das políticas de drogas, nas diferentes esferas – nacional, estadual e municipal. O protagonismo assumido pelos diversos agentes que participaram do projeto apresentou-se como uma decorrência do processo vivido, mas que foi facilitado também pela percepção da autonomia da universidade em relação às gestões, que costumeiramente buscam gerenciar a rede a partir de concepções próprias do que seria seu melhor funcionamento, por vezes entrando em atritos com os agentes que a compõem.

Considerações finais

A reforma psiquiátrica é um passo complexo e fundamental para a melhoria de aspectos técnicos, éticos, políticos e de qualidade de vida e de trabalho, permeado por desafios e que ainda está em desenvolvimento.

Neste capítulo, descrevemos desafios e possibilidades encontrados diante do funcionamento da rede de atenção ao usuário de drogas e a seus familiares na cidade de Sorocaba e região. Assim, delineamos diferentes modos encontrados socialmente para a organização de cuidados dedicados a essa população e a necessidade de olhar criticamente os riscos embutidos na luta pela manutenção ou pela mudança de poder entre os atores sociais vinculados ao tratamento em saúde mental, de modo a possibilitar o equacionamento da dívida histórica que a cidade tem com os direitos humanos dos usuários de serviços de saúde mental.

As intervenções realizadas mostraram-se alternativas promissoras para a educação continuada de profissionais e para o aprimoramento de redes locais de atenção a usuários de drogas e a seus familiares, a partir de sua articulação interna e da disseminação dos princípios do cuidado humanizado em saúde e do respeito aos direitos humanos dos usuários. Os projetos mostraram conexões promissoras também ao trabalhar, simultaneamente, no campo do ensino, pesquisa e extensão, mostrando que tais campos se potencializam mutuamente ao serem trabalhados de forma conjugada.

De modo geral, as estratégias desenvolvidas nos projetos referidos tiveram desdobramentos positivos, tanto no que se refere à ampliação das potencialidades como no fomento de

práticas inovadoras, que também se fortaleceram como possibilidade de resistência frente a movimentos que impossibilitam, ainda hoje, o acesso a práticas de cuidado dignas.

Tais resultados mostraram um compromisso com as concepções de saúde promocional com viés crítico e que fogem do intuito de regulação dos indivíduos e populações por meio da vigilância do Estado. A intensificação da autonomia de pessoas e de grupos gerada pelos projetos, por meio do rompimento com a lógica de centralização ditada pelo poder público nas várias esferas, possibilita a superação de uma lógica normativa imposta não somente sobre os usuários de drogas, mas também sobre os que trabalham com eles, gerando inúmeras possibilidades de resistência.

Agradecimento

Os autores agradecem à Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD), pelo apoio financeiro para a realização dos dois projetos analisados no capítulo.

Referências

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

ANDREOLI, Sergio. Serviços de saúde mental no Brasil: reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In:

MELLO, Marcelo; MELLO, Andrea de Abreu; KOHN, Robert (Orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 85-100.

BEZERRA JR, Benilton. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. **Physis**, v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 10.216, de 10 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**, Brasília, DF, 9 abr. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série B. Textos Básicos da Saúde).

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. SUS. **Conte com a gente**. Mais sobre os serviços disponíveis em Saúde Mental. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/conte-com-a-gente/leia-mais-conte-com-a-agente>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

CONEJO, Simone Peixoto. **Homens não se cuidam. Isso procede?:** práticas discursivas sobre o cuidado com a saúde por homens de três gerações no contexto familiar. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – PUC, São Paulo, 2014.

COSTA, Pedro Henrique Antunes et al. Desatando a trama das redes assistenciais sobre drogas: uma revisão narrativa da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 2, p. 395-406, 2015.

FLAMAS - Fórum da Luta Antimanicomial de Sorocaba. **Levantamento de indicadores sobre os manicômios de Sorocaba e região**. São Paulo: SINPSI, 2011.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira. A mortalidade nos manicômios da região de Sorocaba e a possibilidade da investigação de violações dos direitos humanos no campo da saúde mental por meio do acesso aos bancos de dados públicos. **Revista Psicologia e Política**, v. 12, n. 23, p. 105-120, 2012.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira; FRANCO, Yoko Oshima (Orgs.). **Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento**. Sorocaba: EDUNISO, 2013.

OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de. Após 10 anos a Lei 10.216 chega a Sorocaba: o processo de desinstitucionalização em Sorocaba/SP. In: ENCONTRO NACIONAL DE PSICOLOGIA SOCIAL DA ABRAPSO, 16., 2011, Recife. **Apresentação oral...** Recife: ABRAPSO, 2011. Disponível em: <<http://www>

encontro2011.abrapso.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=7437>. Acesso em: 20 dez. 2016.

OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de; CONEJO, Simone Peixoto. Equipe em perspectiva – educação e outras possibilidades. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 6., 2013, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. p. 493. Disponível em: <http://www.cienciassociaisesaude2013.com.br/anais_cienciasociais2013.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2016.

OLIVEIRA, Adriana Rosmaninho Caldeira de; GARCIA, Marcos Roberto Vieira; CONEJO, Simone Peixoto. Articulações possíveis na atenção em Saúde Mental em um contexto local: desafios para superação da desarticulação das ações e da lógica manicomial. In: ENCONTRO ABRAPSO REGIONAL SÃO PAULO, 12., 2015, Santos. **Mesa redonda...** Santos: ABRAPSO, 2015. Disponível em: <<http://www.encontro2015.sp.abrapso.org.br>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

PAIVA, Vera. Sexualidades adolescentes: escolaridade, gênero e o sujeito sexual. In: PARKER, Richard; BARBOSA, Regina Maria. **Sexualidades brasileiras**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1996. p. 26-52.

SÍCOLI, Juliana Lordello; NASCIMENTO, Paulo Roberto. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1354-1360, 2004.

SPINK, Mary Jane. Estilo de vida saudável e práticas de existência: fronteiras e conflitos. In: Bernardes, Jefferson; Medrado, Benedito (Orgs.). **Psicologia social e políticas de existência: fronteiras e conflitos**. Maceió: ABRAPSO, 2009. p. 15-26.

WHO - World Health Organization. **Health promotion evaluation: recommendations to policymakers**. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1998. (Report of the WHO European Working Group on Health Promotion Evaluation).

WODAK, Alex. Redução de danos e programas de troca de seringas. In: BASTOS, Francisco; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (Orgs.). **Troca de seringas: drogas e AIDS: ciência, debate e saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 50-85.





“O Desabamento de Jeitos Produzem Rachaduras”

(Viviané Mosé, livro O Homem que Sabe)

Capítulo 2

Redução de danos: interfaces com a Educação Popular e a humanização em saúde

Em nossa sociedade, quando falamos em educação, as pessoas logo associam essa palavra às práticas escolares, institucionalizadas, sempre associadas à aquisição de algum tipo específico de conhecimento, que está relacionado aos livros, aos cientistas, à produção acadêmica e aos professores – aspectos presentes em propostas de educação que estão pautados na domesticação dos indivíduos, a favor e como forma de conservação do modelo de sociedade vigente.

Paulo Freire (1987) traz uma possibilidade de pensar a educação sobre outra ótica, assim como outras concepções que surgem para questionar essa perspectiva bancária de educação voltada para a domesticação de pessoas e o não questionamento.

O autor (1987, 1997) escreve sobre a necessidade de uma educação para a humanização do homem, pois a educação bancária o enxerga como “coisa”, o desumaniza e acaba por domesticá-lo. A humanização do homem é negada na injustiça, na opressão, na exploração, na violência destinada a um certo grupo de pessoas.

Desse modo, não existe uma educação que seja neutra; ela sempre será um reflexo da visão de homem intrínseca a essa educação:

Se, para uns, o homem é um ser da adaptação ao mundo (tomando-se o mundo não apenas em sentido natural, mas estrutural, histórico-cultural), sua ação educativa, seus métodos, seus objetivos, adequar-se-ão a essa concepção. Se, para outros, o homem é um ser de transformação do mundo, seu que fazer educativo segue um outro caminho. Se o encaramos como uma ‘coisa’, nossa ação educativa se processa em termos mecanicistas, do que resulta uma cada vez maior domesticação do homem. Se o encaramos como pessoa, nosso que fazer será cada vez mais libertador (FREIRE, 1997, p. 9).

Ainda se faz muito presente esse modelo de “educação bancária”, que faz do processo educativo o ato de depositar conteúdos, no qual o depositante é o educador, e o educando, o depositário: “É um modelo de educação que serve para conservação da contradição educador-educando e domesticação do homem” (FREIRE, 1997, p. 12).

Segundo essa concepção, o educando é como se fosse uma ‘caixa’ na qual o ‘educador’ vai fazendo seus ‘depósitos’. Uma ‘caixa’ que se vai enchendo de ‘conhecimentos’, como se o conhecer fosse o resultado de um ato passivo de receber doações ou imposições de outros (FREIRE, 1997, p. 12).

Uma educação libertadora e humanista é incompatível com esse modelo de “educação bancária” que tem existido como prática de dominação. Ela promove crítica, insere o educando no mundo e reconhece essa desumanização por ser radical e comprometida com a libertação dos homens (FREIRE, 1987).

Ora, uma educação só é verdadeiramente humanista se, ao invés de reforçar os mitos com os quais se pretende manter o homem desumanizado, esforça-se no sentido da desocultação da realidade. Desocultação na qual o homem existencialize sua real vocação: a de transformar a realidade. Se, ao contrário, a educação enfatiza os mitos e desemboca no caminho da adaptação do homem à realidade, não pode esconder seu caráter desumanizador (FREIRE, 1997, p. 13).

Uma educação com os propósitos de libertação e de humanização se faz possível a partir de uma perspectiva de educação que potencie, hoje, as linhas de vida dos educandos.

Freire (1987, p. 17) compara essa libertação a um parto doloroso, do qual o homem que nasce pode superar a contra-

dição opressores-oprimidos e promover a libertação de todos: “A superação da contradição é o parto que traz ao mundo este homem novo não mais opressor; não mais oprimido, mas homem libertando-se”.

A Educação Popular, pensada por Paulo Freire, possui esse movimento de promoção de transformação e libertação do homem. Para pensá-la historicamente, é preciso atentar a dois desafios: um conceitual e o outro político.

Em relação ao conceito, a Educação Popular se constituiu como um termo polissêmico: em certos momentos, foi percebida como direito de todos à escola, ou seja, a luta pela escola pública; em outros momentos, ela foi percebida como práticas educativas voltadas para a emancipação dos sujeitos e transformação da realidade; ainda em outros, já foi atribuída à Educação Popular o sentido de educação para o povo – e não uma educação do povo –, sem nenhum caráter político, voltada para a preparação do povo para servir ao mercado de trabalho ou com os interesses da ditadura militar, a partir de uma educação que se preocupa mais com a transmissão de conteúdos do que com a formação desses educandos (BRASIL, 2014).

A par do reconhecimento de todas estas lutas em defesa da escola pública, esta reconstituição histórica entende que a Educação Popular é mais do que isto. Enquanto proposta de educação emancipatória, não se reduz ao espaço escolar, embora o reconheça como estratégico para concretização de outro projeto de sociedade. Portanto, esta concepção de Educação Popular se consti-

tuiu historicamente na experiência dos movimentos sociais no Brasil, sobretudo no início do século XX, num contexto de lutas de classe e que tinham, dentro do sistema capitalista, a disputa de um projeto alternativo a este sistema (BRASIL, 2014, p. 17).

O desafio político é de reconstituição histórica, pois a maioria dos registros históricos não é reconhecida como registros oficiais e não é interessante para a elite guardar registros de uma luta popular. Desse modo:

[...] a questão política da Educação Popular é a defesa de uma classe social, que se identifica com os mais empobrecidos numa sociedade marcada historicamente pela exclusão social como a brasileira, pautada na construção democrática de um projeto de nação e de mundo, que supere essas desigualdades sociais (BRASIL, 2014, p. 18).

O período entre os anos de 1970 a 1980 foi marcado por movimentos de resistência à ditadura militar e por redemocratização, com o surgimento de um fortalecimento dos movimentos da educação e de Educação Popular, assim como o movimento de perspectiva de educação pública e gratuita via Estado (BRASIL, 2014).

Em 1989, quando Paulo Freire voltou do exílio, foi convidado a assumir a Secretaria de Educação do Estado de São Paulo. Nesse momento, lançou o lema “Política pedagógica: construindo a educação pública, popular e democrática” e propôs pen-

sar a Educação Popular para diversas áreas de atuação, assim como também superou a visão dela restritamente não escolar, afirmando ser possível levá-la para as escolas (BRASIL, 2014).

Na década de 1990, estabeleceu-se uma hegemonia neoliberal, marcada pela fragilidade e pela ruptura de alguns movimentos sociais. Nesse momento, houve a necessidade de se repensar a Educação Popular, inclusive discutiu-se sobre a relação do Estado com a Educação Popular. Em 2000, ocorreu uma mudança no cenário do Brasil, abrindo nossas possibilidades para pensar a Educação Popular, e, ainda hoje, permanece um desafio de reinventá-la a partir das novas mobilizações emergentes.

Contudo, em termos mundiais, a predominância do capital financeiro e da privatização dos direitos foi fortalecida. Perdeu a centralidade o debate em torno da noção de classe social, conflito, ruptura e revolução, sem que as principais questões levantadas por estas categorias fossem aprofundadas. Novas formas de lutas sociais se articularam via Fórum Social Mundial. As possibilidades de articulação e construção de processos educacionais emancipatórios expandiram-se a partir das novas tecnologias da informação e da transformação do conhecimento e da ciência em meio de produção. O ativismo digital, conectado às lutas populares das grandes periferias urbanas, do campo, das mulheres, jovens, negras e negros, populações LGBT's, trabalhadores e trabalhadoras tem gerado novas dinâmicas de organização com enorme potencial de mobilização, como pudemos vi-

venciar nas mobilizações protagonizadas por jovens do mês de junho de 2013 no Brasil, além das que aconteceram no Egito, Espanha, Grécia e em outros países, entre 2011 e 2013 (BRASIL, 2014, p. 20-21).

Não vivemos o mesmo momento histórico que Freire pensou a Educação Popular. Por mais que tenha trazido importantes contribuições, vivemos novas demandas, por isso a educação precisa sempre ser repensada e reinventada nas particularidades do momento.

Pereira (1999) compreende a Educação Popular como uma prática político-pedagógica excluída do sistema educacional do país e como uma prática oposta à exclusão, a partir da luta pela inclusão de seus educandos por meio de um saber que gera a mudança que todos sonhamos.

A Educação Popular pressupõe que os sujeitos sejam considerados como tendo prévios conhecimentos e que sejam estabelecidas aprendizagens significativas a partir das práticas comuns aos sujeitos, sempre com o objetivo de estimular uma postura política e crítica. Consiste em uma educação que possui o objetivo de promover mudanças a partir do questionamento crítico da ordem social vigente (FREIRE; NOGUEIRA, 1999), surgindo como possibilidade para superar a educação promotora de exclusões:

Por entender as classes populares como detentoras de um saber não valorizado e excluídas de um saber historicamente acumulado pela sociedade, mostra-se [...] a relevância

de se construir uma educação a partir do conhecimento do povo e com o povo [...] (MACIEL, 2011, p. 327).

Paulo Freire compreende a Educação Popular como um esforço de mobilização e organização de classes populares. Para isso, é preciso que esse esforço consista em um “poder” para modificar a forma como se institui a organização burguesa e pensar a escola a partir de outros moldes. Assim, a educação precisa existir como uma “prática política” (FREIRE; NOGUEIRA, 1999, p. 19). Nesse processo, o educando aparece como um protagonista, e não somente espectador e acumulador dos saberes, tendo o potencial de transformar a realidade.

A Educação Popular, na ótica de Freire, se faz popular pelo potencial de organização da classe trabalhadora, possui em sua essência a contestação do sistema político e da ordem econômica vigente. Sua teoria é incorporada por grupos de educadores, militantes e trabalhadores dos movimentos populares para embasar suas práticas educativas. Faz-se também transformadora pelo teor político no trabalho educativo (MACIEL, 2011, p. 338).

O conhecimento dominante que se constitui e que é o valorizado ainda hoje faz com que não percebamos a educação agindo em espaços diversos. Os saberes populares, da experiência, da vida, não são reconhecidos, assim como quase nada que não venha da escola ou do meio acadêmico. Esta é uma das importâncias fundamentais da Educação Popular: questio-

nar esse modelo vigente trazendo outra perspectiva de educação, uma “concepção popular emancipadora da educação” (GADOTTI, 2014, p. 24).

Ora, pensar uma educação popular obriga uma revisão do sentido da própria educação [...] a educação popular parece não só existir fora da escola e à margem, portanto de uma ‘educação escolar’, de um ‘sistema da educação’, ou mesmo ‘da educação’, como também parece resistir a tudo isso [...] (BRANDÃO, 2006, p. 2-3).

Freire e Nogueira (1999) consideram que existe uma estreita ligação entre escola e vida política. A Educação Popular pode ter um caráter emancipatório para as pessoas das camadas populares, oprimidas, quando possibilita reconhecimentos, reivindicações e mudanças a partir do questionamento da ordem vigente, a qual determina esse modelo de educação excludente sem espaço para questionamentos e críticas. Estabelece-se, assim, uma educação que gera uma estreita relação entre “saber, conhecer, lutar pela vida” (FREIRE; NOGUEIRA, 1999, p. 10).

A Educação Popular constitui-se e pode existir como potência em busca de transformação social, carregando um caráter intersetorial:

Esta Educação Popular que defende a classe dos empobrecidos, novamente, se fez e faz presente na defesa incondicional da escola pública, mas é também a Educação Popular que defende a saúde pública, a valorização

da diversidade étnico-racial brasileira, a moradia para todas e todos, a reforma agrária, o direito ao trabalho digno, a liberdade de expressão religiosa, o acesso ao transporte público de qualidade, a tributação justa, o direito à participação social e à comunicação, a sustentabilidade ambiental, o respeito à orientação e à diversidade sexual, dentre tantas outras pautas que a caracterizam como intersetorial (BRASIL, 2014, p. 18).

Pereira e Pereira (2010) percebem a Educação Popular com o potencial de reacender a “chama da esperança” na sociedade capitalista em que hoje vivemos – marcada por mecanismos de controle e de poder difíceis de serem identificados por olhos desatentos, por um contexto cheio de armadilhas e pela exclusão de certos grupos de pessoas –, a partir do resgate da participação social das classes populares para a construção de uma sociedade mais justa e mais humana, ou seja, na construção de “um outro mundo possível”.

Falar em Educação popular é falar do conflito que move a ação humana em um campo de disputas de forças de poder. É falar da forma como o capitalismo neoliberal vem atuando de forma perversa, causando dor e sofrimento humanos. É uma possibilidade de retomarmos o debate proposto por Paulo Freire acerca da conscientização, da compreensão da realidade e de nossa ação no mundo. É falar de uma práxis educativa cujo ponto de partida é a realidade social (PEREIRA; PEREIRA, 2010, p. 73).

A Educação Popular é vista como uma proposta que envolve a participação popular e que, a partir da solidariedade, objetiva um projeto político de sociedade mais justa, humana e fraterna. Nessa perspectiva, ela possui grande potencial de reacender a “chama da esperança” em prol da transformação social.

Isso se dá porque a Educação Popular propõe uma relação educativa que vai além do trabalho com conteúdos escolares: ela objetiva a formação do homem-pessoa, em vez do homem-coisa, “do homem como um ser social comprometido com as causas de seu tempo, insatisfeito, curioso, sonhador, esperançoso e fundamentalmente transformador” (PEREIRA; PEREIRA, 2010, p. 74).

A partir da concepção de Educação Popular de Paulo Freire, com seu marcante potencial político, e também dos autores aqui citados, pensamos a Educação Popular neste capítulo como possível promotora da emancipação dos sujeitos para um questionamento do modelo dominante, enfim, uma educação que “estimule nosso corpo vibrátil a sair do coma” (ROLNIK, 2004).

Como anteriormente citado, a “educação bancária” está promovendo um “estado de coma” nas pessoas, que não se inquietam e não questionam a realidade em que vivem; acabam aceitando as coisas que lhes são impostas.

Rolnik (2004) descreve a necessidade de uma nova forma de se relacionar com o mundo para conhecê-lo a partir da relação entre a força de criação e a força de resistência – dois aspectos que dependem da ativação de diferentes potências para conhecer o mundo: a percepção e a sensação:

[...] se a percepção do outro traz sua existência formal à subjetividade, existência que se traduz em representações visuais, auditivas, etc., já a sensação traz para a subjetividade a presença viva do outro, presença passível de expressão, mas não de representação (ROLNIK, 2004, p. 2).

Segundo a autora, existe uma pressão entre essas formas de conhecer o mundo para responder a essa pressão que mobiliza a subjetividade enquanto potência de criação e resistência. Essas potências possibilitam uma nova configuração da existência, nas relações com o mundo e com os outros, mobilizam um processo de individuação que se estabelece no constante devir com o outro, fortalecem ou constroem a processualidade da vida, ou seja, podem estimular a problematização do contexto em que vivemos.

Uma descrição sistematizada dos pressupostos freirianos é feita no Marco de Referência da Educação Popular para Políticas Públicas¹. As bases epistemológicas apresentadas por esse documento são baseadas nos pressupostos de Paulo Freire: a dialogicidade, a amorosidade, a conscientização, a transformação da realidade e do mundo, o partir da realidade concreta, a construção do conhecimento, a pesquisa participante, a sistematização de experiências e do conhecimento (BRASIL, 2014).

A “dialogicidade” serve para a Educação Popular como “um alicerce para uma pedagogia transformadora e liberta-

1 Documento elaborado em 2014 pela Secretaria Nacional de Articulação Social e Departamento de Educação Popular e Mobilização Cidadã, com o objetivo de criar um conjunto de elementos que permitisse a identificação, a reflexão e a orientação de práticas coerentes em Educação Popular

dora” (BRASIL, 2014, p. 22). Ela percebe o diálogo como um elemento central para pensar no mundo, problematizá-lo e transformá-lo, uma vez que:

[...] o diálogo pressupõe o estabelecimento de relações horizontais, em que as práticas sociais e educativas se dão a partir da compreensão de que não há saber maior ou menor, mas saberes diferentes (BRASIL, 2014, p. 23).

A partir da dialogicidade, o trabalho pedagógico poderá ser conflituoso, o que possibilita o desvelamento de interesses e intencionalidades.

O diálogo entre o educador e a educadora popular e as classes populares vai tecendo a teia entre a ação e a reflexão, possibilitando a troca de significados e o aprofundamento na compreensão dos elementos constitutivos da realidade, oportunizando a reconstrução simbólica do real, permitindo a construção de significados comuns, o aprofundamento da solidariedade e a elaboração de alternativas para a superação das compreensões fatalísticas a respeito do que se passa na vida cotidiana (BRASIL, 2014, p. 23).

Quando uma percepção crítica ocorre por meio da dialogicidade, instauram-se possibilidades de rompimento com a situação de opressão. Dessa forma, a prática dialógica é fun-

damental para romper com o silêncio e favorecer a reflexão sobre as contradições – em principal, uma problematização da realidade (BRASIL, 2014).

A “amorosidade” vem como segundo aspecto importante para a Educação Popular, uma vez que o diálogo só se dá se o educador tiver profundo amor ao mundo, aos homens e às mulheres. O documento relata que a amorosidade se apresenta em toda obra de Freire, principalmente na relação homem-mulher-mundo e no diálogo quando acontece de forma horizontal. A amorosidade contribui para o diálogo, assim como com o compromisso pela libertação (BRASIL, 2014 p. 24).

A “conscientização” existe como um processo crítico de tomada de consciência. Para que ela aconteça, é preciso ultrapassar a esfera espontânea de apreensão da realidade e também que o ser humano assuma uma postura epistemológica. Assim, quanto maior o nível de consciência, maior a capacidade de “desvelamento” da realidade (BRASIL, 2014, p. 25).

Para Paulo Freire, esta unidade dialética constitui, de maneira permanente, o modo de ser ou de transformar o mundo que caracteriza homens e mulheres. Por isso mesmo, a conscientização é um compromisso histórico. É também consciência histórica: é inserção crítica na história, implica que os homens e mulheres assumam o papel de sujeitos que fazem e refazem o mundo.

A conscientização é um constante processo de passagem da consciência ingênua – que se apoia em uma visão simplista da realidade, prefere ter suas referências para suas respos-

tas no passado, faz frágil discussão dos seus problemas, com uma realidade estática e imutável – para a consciência crítica – que anseia pela profundidade na análise de situações-limite, reconhece que a mudança é possível, busca uma postura crítica, investigativa e inovadora da realidade, ama o diálogo (BRASIL, 2014).

Ninguém possui o poder de conscientizar ninguém; as pessoas se conscientizam mediatizadas pelo mundo, por meio das práticas e reflexões sobre elas.

[...] Para Paulo Freire, o processo de conscientização só se realiza quando além de tomar consciência da realidade os sujeitos se organizam coletivamente para atuar sobre a realidade para transformá-la (BRASIL, 2014, p. 26).

“A transformação da realidade e do mundo” poderá acontecer por meio de um processo educativo que busca construir novas relações – sejam elas econômicas, culturais, sociais, ambientais ou pessoais – baseadas na igualdade e na justiça:

Um processo educativo apoiado na Educação Popular procurará tornar as pessoas sujeitos de direitos, protagonistas dos seus destinos e contribuintes na transformação (BRASIL, 2014, p. 26).

É “preciso partir da realidade concreta”, ou seja, da realidade que se dá aos professores quando existe a relação dialéti-

ca entre objetividade e subjetividade. O educador precisa considerar a visão de mundo dos seus educandos (BRASIL, 2014).

Partir da realidade concreta supõe levantar tanto a visão de mundo dos educandos quanto os dados objetivos do contexto onde acontecerão as práticas sociais e as experiências educativas. Isto é, a educação popular busca romper com uma perspectiva de educação 'conteudista', sem vínculo e relação com a realidade dos sujeitos envolvidos (BRASIL, 2014, p. 27).

A Educação Popular assume a realidade em sua totalidade concreta e questiona qualquer forma de fragmentação do conhecimento que leva às especializações. Assim, assume que a educação é um processo tanto cultural como uma prática para liberdade, que valoriza a cultura popular como ponto de partida, ou seja, o conhecimento dos educandos (BRASIL, 2014).

A Educação Popular conjuga a pesquisa em educação com os processos de participação popular, integrando, no mesmo processo político-pedagógico, os/as educadores/as e os/as educandos/as (BRASIL, 2014, p. 28).

Sobre “a construção do conhecimento e a pesquisa participante”, o aprender e o construir conhecimento são aspectos centrais do processo educativo, pois, a partir deles, pode-se articular a teoria com a prática, relacionar o conhecimento histórico construído com os saberes dos educandos e educan-

das. Com esse mesmo olhar, a pesquisa, quando mediada pelo diálogo, viabiliza um aprofundamento ao tema estudado e a produção de um novo saber (BRASIL, 2014).

Sem a atividade da pesquisa não existe ensino-aprendizagem nem aprendizagem-ensino; todos estão em contínuo processo de ensinar e aprender, tanto educadores como educandos. Nessa concepção, o conhecimento não é algo que o educador doa ou deposita em seu educando, mas que se constrói e reconstrói permanentemente por meio da pesquisa da realidade e na relação dialógica. Assim como também não se considera um conhecimento mais ou menos importante que outro, o conhecimento do educando tem tanto valor quanto o do professor, ou um conhecimento acadêmico tem o mesmo valor que um conhecimento do povo (BRASIL, 2014).

Sobre a “sistematização de experiência e do conhecimento”, trata-se de uma forma particular de criação participativa de conhecimentos teórico-práticos que está intimamente interligada à ação de transformação. Ela pode ser entendida como a construção da capacidade protagonista do povo (BRASIL, 2014, p. 28).

Segundo Freire (1987), a educação não pode ser uma doação ou imposição de certo conteúdo programático; ela precisa acontecer dialogicamente na relação educador-educando, de forma organizada e sistematizada, ou seja, ela inclui o povo na criação do conhecimento e na elaboração dos conteúdos, o que insere o educando como protagonista. Reconhece que toda ação cultural – que parte do povo – é sempre uma forma sistematizada e deliberada de ação sobre a estrutura social, a qual tem o potencial de transformação dessa realidade ou não (FREIRE, 1987).

A Educação Popular é uma concepção de educação que parte desses pressupostos epistemológicos com um conjunto de valores éticos e coletivos, como a construção de sujeitos populares e a busca por justiça, solidariedade, vivências democráticas, participativas e transparentes. Ela surge das situações-limite, geradoras de violência e da necessidade de superá-las. Assim, essa educação se instaura “como uma ação reflexiva e como prática cultural comprometida com a luta em direção ao ser mais” (BRASIL, 2014, p. 29).

Os elementos citados que constituem os pilares da Educação Popular sem dúvida alguma ultrapassam os limites do campo da Educação propriamente dito, uma vez que dizem respeito ao próprio processo comunicativo que se estabelece com pessoas de camadas populares e/ou em situação de exclusão. No tema em que a presente pesquisa se situa – do uso prejudicial de substâncias psicoativas –, faz-se importante a reflexão sobre as articulações possíveis com o campo da saúde, em especial com as propostas que visam questionar o modelo biomédico que centra o saber na figura do especialista, caso das políticas de humanização da saúde, que desenvolvemos na sequência. Por mais que essa proposta traga muitas potencialidades, precisamos vê-la também em suas limitações.

Paulo Freire e alguns pressupostos da Educação Popular foram descritos aqui como uma possibilidade de pensar propostas educativas, mas não como única forma. Existe a emergência de repensar a Educação Popular tanto em aspectos teóricos como práticos – não podemos utilizá-la como uma receita de bolo.

Uma potencialidade da Educação Popular pode existir na sua articulação com os trabalhos em saúde, como uma possi-

bilidade de potência de vida, quando pode proporcionar um cuidado a partir do diálogo, da amorosidade e também do respeito ao outro.

Política de humanização da saúde

Em 2004, o Ministério da Saúde elaborou uma Política Nacional de Humanização (PNH) à Saúde (BRASIL, 2004), o HumanizaSUS, a fim de tornar a humanização um eixo norteador das práticas de atenção e gestão de todas instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa humanização não pode acontecer no sentido filantrópico da palavra, de “bondade”, pois se perde a noção do direito à saúde.

[...] afirmamos a PNH como aporte e articulação de um conjunto de referenciais e de instrumentos, que tem como finalidade maior estar em meio aos processos de trabalho, no movimento de sua constituição, buscando ajudar a desequilibrar seus arranjos e produzir desvios nas relações instituídas, instigando novas composições, outras possibilidades de ser e trabalhar no âmbito da Saúde. O que importa, nessa direção analítica dos processos de trabalho, inseparável de uma perspectiva de intervenção, é potencializar outros modos de trabalhar que emergem cotidianamente nos serviços, partindo do que ali é experimentado pelo trabalhador (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605).

Essa PNH nasceu como um movimento que propõe mudança nos modelos de atenção e gestão da saúde voltados para a racionalidade biomédica (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009). Essa proposta tem um olhar inovador ao preocupar-se com os pacientes e com os funcionários da saúde:

[...] o ‘alvo’ dessas ações é, grande parte das vezes, o usuário do sistema, que, em razão desse olhar, permanece como um objeto de intervenção do saber do profissional. Raras vezes o trabalhador é incluído e, mesmo quando o é, fica como alguém que ‘também é ser humano’(!) e merece ‘ganhar alguma atenção dos gestores’ (BRASIL, 2004, p. 6).

O documento compreende a humanização como uma forma de ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, incluindo a melhoria dos ambientes de atendimento e as condições de trabalho dos profissionais.

A humanização precisa ser vista como uma das dimensões fundamentais da saúde, como uma política transversal – um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva – que opere todo o SUS, e não apenas como um “programa” – para não correr o risco de surgirem relações verticais e normas de um programa (BRASIL, 2004). E “é no encontro entre estes sujeitos concretos, situados, que a política de humanização se constrói” (SANTOS FILHO; BARROS; GOMES, 2009, p. 605).

A Humanização, como uma política transversal, supõe necessariamente que sejam ultrapassadas as fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde (BRASIL, 2004, p. 7).

Essa política transversal, que propõe a humanização da saúde, percebeu que, para:

[...] aumentar o grau de corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede SUS, na produção da saúde, implica mudança na cultura da atenção dos usuários e da gestão dos processos de trabalho (BRASIL, 2004, p. 7).

Assim, a humanização coloca a saúde como um direito das pessoas e as deixa como corresponsáveis desse processo, acarretando: troca de saberes, inclusive com pacientes e familiares; diálogo entre profissionais; modos de trabalho em equipe baseados nas construções coletivas; percepção das necessidades sociais e interesses de todos os atores envolvidos. Instaurou-se um novo modelo de produção de saúde que investe em um novo tipo de interação entre os sujeitos que promovem saúde e os que se beneficiam (BRASIL, 2004).

Tais ações políticas têm a capacidade de transformar e garantir direitos, constituir novos sentidos, colocando-se, assim, a importância e o desafio de se estar, constan-

temente, construindo e ampliando os espaços da troca, para que possamos caminhar na direção do SUS que queremos (BRASIL, 2004, p. 8).

Outra proposta do documento foi de mapear e dar visibilidade a iniciativas e programas de humanização na rede de atenção SUS, assim como o intercâmbio delas, o que chamaram de Rede de Humanização em Saúde (RHS).

As diretrizes da PNH da saúde são:

Ampliar o diálogo entre os profissionais, entre os profissionais e a população, entre os profissionais e a administração, promovendo a gestão participativa; Implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização com plano de trabalho definido; Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos, eliminando ações intervencionistas desnecessárias; Reforçar o conceito de clínica ampliada: compromisso com o sujeito e seu coletivo, estímulo a diferentes práticas terapêuticas e co-responsabilidade de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; Sensibilizar as equipes de saúde em relação ao problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e quanto à questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos; Adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e

promovendo uma ambiência acolhedora e confortável; Viabilizar a participação dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores; Implementar um sistema de comunicação e de informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde; Promover ações de incentivo e valorização da jornada integral ao SUS, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem a ação e a inserção dos trabalhadores na rede SUS (BRASIL, 2004, p. 8-9).

Santos Filho, Barros e Gomes (2009) percebem que as diretrizes são orientações gerais da PNH, as quais possuem como objetivo principal a inclusão de usuários, trabalhadores e gestores na gestão dos serviços de saúde por meio das práticas citadas, como: a clínica ampliada, a cogestão dos serviços, a valorização do trabalho, o acolhimento, a defesa dos direitos do usuário, entre outras. O documento também estabelece dispositivos para a efetivação dessas metas: acolhimento com classificação de risco, colegiado gestor, visita aberta e direito a acompanhante, equipe transdisciplinar de referência, Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST), projetos cogeados de ambiência, dentre outros.

Ainda, Santos Filho, Barros e Gomes (2009) propõem que é preciso refletir sobre o que tem sido nomeado como princípios e diretrizes dessa política, assim como o que tem sido feito na área da saúde para que ela entre em vigor.

O trabalho de redução de danos pode ser percebido como uma estratégia que respeita os princípios e as diretrizes dessa política nacional e se institui como uma forma de enfrentamento aos modelos de saúde biomédicos de forma vertical. Santos Filho, Barros e Gomes (2009, p. 606) percebem a necessidade de visibilizar essas práticas e novos movimentos:

[...] muitas vezes, esse enfrentamento é invisibilizado ou enfraquecido. Colocar os processos de trabalho em análise, dessa maneira, não se dissocia de uma perspectiva de intervenção, na medida em que fomenta e potencializa movimentos, desvios e rupturas, que sugerem transformar os modos de trabalhar e de ser no trabalho.

Moraes (2008) destaca a importância da mudança nas políticas de atendimento às pessoas usuárias de drogas – um exemplo é o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. A autora percebe o quanto as novas políticas, que defendem a proposta da redução de danos para tratamento de pessoas que usam drogas, seguem os pressupostos da PNH (HumanizaSUS) ao recomendar a ampliação da atenção integral à saúde, promovendo a intersetorialidade. A autora percebe a necessidade de que as ações de tratamento a usuários de drogas vão ao encontro dessas novas políticas públicas:

Em suma, no atual contexto da atenção à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas,

marcado pela psiquiatria clássica e pelas formas alternativas de conceber e intervir nesse campo, os avanços das políticas públicas e a preconização de um modelo de atenção integral à saúde de usuários de drogas precisam ser compreendidos a partir de sua expressão na prática cotidiana das unidades (MORAES, 2008, p. 125).

Ao pensar a redução de danos como uma prática em saúde na qual os profissionais não se baseiam em práticas controladoras advindas do modelo hospitalocêntrico e buscam inserir a pessoa no seu próprio cuidado, podemos entendê-la como uma proposta que respeita os princípios da PNH.

Redução de danos como modelo não repressivo de atenção em saúde

Segundo Fonseca (2005), a redução de danos pode ser compreendida como um conjunto de estratégias de saúde pública com o objetivo de reduzir ou prevenir as consequências negativas associadas ao uso de drogas. Constitui-se em uma abordagem destinada a usuários que não querem ou não conseguem em um determinado momento parar de usar drogas. Ela representa um grande marco da ação em saúde pública, pois se apresenta como uma alternativa a abordagens que possuem como meta exclusiva a abstinência.

A autora descreve como essa proposta percebe o homem e o usuário de drogas de forma diferente das propostas mais repressivas de atenção ao usuário:

A discussão sobre o significado de uma política de drogas voltada para a redução de danos envolve valores sociais e políticos sobre as relações entre indivíduos, sua liberdade individual e o direito de dispor do seu próprio corpo. O usuário de drogas é um ser humano e cidadão, com os mesmos direitos de uma pessoa que não utiliza drogas. Deve, portanto, estar incluído nos programas sociais e de saúde, respeitados seus direitos enquanto cidadão (FONSECA, 2005, p. 15).

A redução de danos, por ser uma proposta de saúde alternativa às estratégias baseadas na abstinência, consequentemente trouxe críticas e questionamentos em relação à sua validade, por vezes sendo vista como uma apologia às drogas. Foi somente em 2006, por meio da Lei nº 11.346, que a redução de danos acabou sendo regulamentada como uma política em saúde pública e amparada legalmente:

A Redução de Danos, atualmente, prevista pela Lei 11.343/2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, é descrita pela Organização Mundial de Saúde como estratégia de saúde que visa prevenir ou reduzir às consequências negativas associadas a certos comportamentos e, ainda, pelo Ministério da Saúde, como ações para a prevenção das consequências danosas à saúde, decorrentes do uso de drogas, sem necessariamente interferir na oferta ou no consumo, sendo que o princípio funda-

mental que a orienta é o respeito à liberdade de escolha, vez que muitos usuários, por vezes, não conseguem ou não querem deixar de usar drogas (MARQUES; MALHEIRO, 2010, p. 50).

Mesmo com o respaldo das legislações e outros documentos oficiais, essa política ainda passa por grandes dificuldades no quesito do financiamento, pois, dependendo de verbas governamentais, ainda acaba por ser muito influenciada pela opinião pública, que, por sua vez, majoritariamente compartilha conceitos típicos da “guerra às drogas”.

Segundo Passos e Souza (2011), críticas e diversas retaliações judiciais que ações de redução de danos vêm sofrendo no Brasil – marcantes ainda hoje – apontam para um embate às limitações impostas pelo Direito Penal, mas também direcionam para a delimitação imposta ao campo da saúde constituída pela psiquiatria e a justiça em torno do “paradigma da abstinência”:

Por paradigma da abstinência entendemos algo diferente da abstinência enquanto uma direção clínica possível e muitas vezes necessária. Por paradigma da abstinência entendemos uma rede de instituições que define uma governabilidade das políticas de drogas e que se exerce de forma coercitiva na medida em que faz da abstinência a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 157).

Lemke e Silva (2013) reconhecem que o paradigma da abstinência assenta em dois modelos morais de entender o uso de substâncias, a partir da criminalidade e da doença psiquiátrica. Assim, o paradigma da abstinência não envolve somente a visão de instituições que definem o tratamento de forma coercitiva, mas também reflete na forma como a sociedade percebe o uso de drogas. Isso influencia a legislação, as propostas de tratamento, as políticas públicas, a forma com que as pessoas percebem aquelas que fazem uso, a “guerra às drogas” etc.

Passos e Souza (2011) percebem que o enfrentamento da redução de danos não é só com o discurso da lei, mas também com as práticas não discursivas das instituições disciplinares: a justiça – prisão; a psiquiatria – manicômio; a moral religiosa – comunidades terapêuticas e fazendas terapêuticas. Configura uma resistência a esses poderes disciplinares, que operam por meio da normalização das condutas “desviantes”, principalmente a partir da abstinência.

A inclusão do indivíduo no seu tratamento, dando-lhe autonomia sobre a própria vida e suas escolhas, própria à racionalidade que atravessa a concepção ampliada de redução de danos, a aproxima das concepções de Educação Popular e da PNH da saúde. Isso ocorre, por exemplo, na busca pela emancipação e implicação das pessoas no processo de intervenção:

A RD [redução de danos] indicou uma forma de governo da multiplicidade, lutando pela manutenção da heterogeneidade que se encontra numa multidão e ao mesmo tempo pela consolidação de um compromisso comum, sem reduzir o usuário de drogas a

formas identitárias como o doente ou criminoso. Através das associações, os usuários de drogas foram incluídos numa gestão comum organizada em rede (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 160).

Passos e Souza (2011, p. 157) observam que a redução de danos traz uma importante contribuição no sentido de repensar a pessoa que faz uso de drogas:

[...] a RD [redução de danos] coloca em questão as relações de força mobilizadas socio-historicamente para a criminalização e a patologização do usuário de drogas, já que coloca em cena uma diversidade de possibilidades de uso de drogas sem que os usuários de drogas sejam identificados aos estereótipos de criminoso e doente: pessoas que usam drogas e não precisam de tratamento, pessoas que não querem parar de usar drogas e não querem ser tratadas, pessoas que querem diminuir o uso sem necessariamente parar de usar drogas.

A redução de danos é aqui pensada, portanto, como uma alternativa que vai contra as propostas repressivas de tratamento às drogas (proibicionista), principalmente no sentido de compreender a pessoa a partir de um modo não estereotipado e incluí-la no seu tratamento, podendo trazer contribuições educativas no âmbito da emancipação e questionamento político. Ela vai além da estratégia de intervenção em si e configura-se como uma política ampla de saúde.

Não podemos esquecer, e certamente isto é o mais essencial, que a RD [redução de danos] é um método construído pelos próprios usuários de drogas e que restitui, na contemporaneidade, um cuidado de si subversivo às regras de conduta coercitivas. Os usuários de drogas são corresponsáveis pela produção de saúde à medida que tomam para si a tarefa de cuidado. Reduzir danos é, portanto, ampliar as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 161).

De acordo com Moraes (2008), a política de redução de danos está baseada em dois pressupostos: (1) na impossibilidade de existir uma sociedade completamente sem drogas e (2) na crença de que a “guerra às drogas” vai contra os princípios éticos e civis das pessoas, por violar seu direito à liberdade de escolhas.

Dessa forma, a abordagem da redução de danos propõe ações com estratégias de autocuidado importantes para diminuição da vulnerabilidade diante da exposição às situações de risco – ela inclui o usuário de drogas no seu próprio cuidado – e passa a ser percebida como forma privilegiada de intervenção em saúde pública.

O uso de drogas, ao contrário do que muitos pensam, não é algo somente das sociedades atuais e nem sempre foram vistas como “problemáticas”. A partir de diversos documentos históricos e escritos, pode-se perceber o uso das drogas em diversas épocas e com as mais diversas finalidades.

O consumo do vinho na Antiguidade Romana acontecia entre adultos. Homens e mulheres bebiam em espaços diferentes, depois das refeições, como forma de tornar as relações mais agradáveis. Esse uso, entretanto, era proibido para as crianças as quais tinham direito a algumas gotinhas de ópio para que dormissem melhor. Séculos mais tarde, na Europa, beber vinho foi aconselhado na prevenção da tuberculose. A folha de coca, no passado e no presente, é mascada pelos povos andinos, tradicionalmente, sendo parte da economia camponesa, ‘lubrificante’ das relações sociais, como planta sagrada presente nas atividades religiosas, com propriedades medicinais, como forma de acompanhamento de situações individuais e coletivas na busca de soluções (cosmovisão). O uso de pílulas de cocaína, nos EUA no século XIX, assegurava curar a dor de dentes das crianças. No início do século passado, a prescrição de heroína era indicada nos casos de problemas respiratórios de adultos e crianças, conforme registro no Dicionário Vidal e Georges de especialidades farmacêuticas, na França, em sua primeira edição em 1914. A maconha, além de dar prazer, também teve e tem função terapêutica (ACSELRAD, 2013, p. 5).

Somente com o tempo, e em alguns períodos históricos específicos, o uso de algumas drogas começou a ser criminalizado. No século XX, seu consumo, produção e comercialização no Ocidente se tornaram ilícitos – geralmente por interesse de detentores do poder e do dinheiro – e estabeleceu-se uma internacional “guerra contra as drogas”:

A América e o Oriente integraram-se assim no mundo moderno fornecendo suas riquezas vegetais e sofrendo a empreitada colonizadora que buscou regulamentar o consumo das plantas. O tabaco, traficado pelos jesuítas, após uma resistência inicial dos protestantes e dos orientais, foi aceito e valorizado, juntando-se ao álcool, ao açúcar, ao café, ao chá e ao chocolate para constituírem o universo das drogas oficiais da vida cotidiana moderna, enquanto outros, como os cactos e cogumelos alucinógenos americanos foram proibidos pela Igreja no período colonial, assim como os derivados do ópio, da coca e da maconha, a partir do século XX, conheceram o estatuto da proscrição, nas diversas formas de proibicionismo (CARNEIRO, 2002, p. 116-117).

A “guerra às drogas”, que surgiu nos Estados Unidos e espalhou-se por vários países, tomou força nos anos de 1970, com Nixon, e atingiu seus extremos nos anos de 1980 e 1990 (CARNEIRO, 2002).

Além disso, influenciou diversos países, inclusive o Brasil, trazendo consigo uma visão conservadora – de controle e proibição – de algumas drogas:

A guerra às drogas se tornou ao mesmo tempo um exercício de controle social e uma estratégia para a ampliação da economia neoliberal a partir do exercício do poder e da violência. A economia neoliberal se fortalece através da intensificação de uma economia

bélica, já que a lógica de guerra às drogas e a lógica de consumo não são lógicas opostas, elas se alimentam e se fortalecem mutuamente (PASSOS; SOUZA, 2011, p 155).

Segundo Carneiro (2002), a “guerra contra as drogas”, intervenção política e militar sob pretexto de controle das drogas, tomou proporções e características de uma guerra neocolonial a partir do Plano Colômbia².

A ‘guerra contra as drogas’, nascida do ventre da Lei Seca, além de servir para o enriquecimento direto das máfias, das polícias e dos bancos, serve para o controle dos cidadãos até mesmo no íntimo de seus corpos vigiados com testes de urina e batidas policiais. O interior do corpo como jurisdição química do Estado, o controle ‘aduaneiro’ pelo Estado das fronteiras da pele, torna-se uma dimensão de intervenção e vigilância extremada sobre as populações (CARNEIRO, 2002, p. 125-126).

Desse modo, percebemos a “guerra contra as drogas” como uma proposta repressiva que acaba por promover uma maior violência e lucros a partir desses produtos “proibidos”.

2 O Plano Colômbia foi a intervenção dos Estados Unidos na Colômbia (anos 2000) com a justificativa de combater o narcotráfico no continente. A primeira intervenção militar aconteceu em Putumayo (sul da Colômbia) com a desculpa de combater o foco da guerrilha causada pelo narcotráfico.

No entanto, movimentos de contestação a essa visão hegemônica foram se desenvolvendo ao longo dos anos, partindo do princípio de que as drogas sempre estarão presentes na sociedade e que “o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana” (NERY FILHO, 2010, p. 16).

Essa proposta percebe a necessidade de adotar uma nova conduta perante o uso de drogas, mais voltada para reduzir os danos causados pelo uso problemático e contrapondo a proposta de abstinência como única opção verdadeira e eficaz.

A primeira proposta de redução de danos, paradigmática no questionamento à visão hegemônica citada, surgiu na década de 1980, quando o Reino Unido e a Holanda reconheceram os riscos potenciais de uma epidemia de HIV entre os usuários de drogas injetáveis. Intervenções foram iniciadas no âmbito da saúde pública a fim de evitar a rápida disseminação do vírus entre essa população, e resultados bem-sucedidos foram obtidos a partir do estabelecimento do programa de trocas de seringas (WODAK, 1998).

No Brasil, o primeiro programa de redução de danos começou em Santos, em 1989, a partir da mesma problemática dos países europeus, decorrente do aumento da contaminação pelo vírus HIV nos usuários de drogas injetáveis. O Programa de Troca de Seringas aconteceu em uma das gestões municipais³ mais promissoras para a implementação do SUS por meio de práticas concretas que animariam o sentido de saúde democrática, porém:

3 Gestão municipal da cidade de Santos em 1989, na qual fazia parte o secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita.

[...] o secretário municipal de saúde, David Capistrano, e o Coordenador do programa de DST/AIDS, Fábio Mesquita, sofrem uma ação judicial por adotarem a estratégia de Redução de Danos, acusados de incentivarem o uso de drogas (MESQUITA, 1991 apud PASSOS; SOUZA, 2011, p. 156).

Com o tempo, a redução de danos foi aumentando as suas ações e passou de ser uma resposta pragmática de controle da epidemia da AIDS aos usuários de drogas injetáveis para a prevenção de outros tipos de administração de drogas – o cenário das drogas foi se modificando –, preocupando-se também com as doenças sexualmente transmissíveis, hepatites virais, tuberculose e com as complicações geradas pelo uso indevido ou problemático das drogas. Desse modo, surgiu a necessidade de se pensar a redução de danos localmente – práticas e estratégias –, até para não cair no discurso de que a redução de danos seria mera distribuição de insumos, o que poderia fazer com que a prática perdesse sua dimensão política de luta pelos direitos humanos e cidadania (RUI, 2012).

[...] os ideais de redução de danos foram deixando de estar restritos às políticas mais pragmáticas de combate a doenças específicas (como o caso da AIDS) e, saindo daí, passaram a ganhar e pleitear no debate público o estatuto e a fala oficial da política sanitária sobre drogas, bem como a compor, inclusive em termos institucionais, um conjunto de ações que, no atual momento, estão a cargo das pastas de saúde mental (RUI, 2012, p. 58).

Os pressupostos que norteavam a proposta da redução de danos passaram também a guiar outras ações no campo do uso de drogas.

Aos poucos, essa proposta começou a ser percebida com objetivos ampliados, não se tratando mais apenas de uma proposta preventiva ou de troca de seringas; ela passou a ser progressivamente articulada com a luta pelos direitos humanos dos usuários de drogas, colocando-se como alternativa às políticas “antidrogas”.

[...] O método da RD [redução de danos] foi, aos poucos, se descolando do foco específico de prevenir, efetivado através do dispositivo de troca de seringas, e assumiu objetivos mais amplos, acionados por novos dispositivos de gestão e atenção (PASSOS; SOUZA, 2011, p. 159).

De acordo com Rui (2012, p. 58):

Numa área de interface entre a saúde pública, a psicologia e as ciências sociais e fruto da luta de muitos ativistas, os seus entusiastas consideram a redução de danos uma das mais progressistas políticas de prevenção ao uso e abuso de drogas, sobretudo porque não exige a brusca interrupção do uso e porque o entende como um direito individual, visando, para tanto, oferecer opções que prezam por usos menos arriscados.

Redução de danos e educação: algumas articulações

Segundo Paes (2006), pensar a relação entre educação e drogas não é algo novo. Podemos considerar, porém, que ainda são poucos os estudos que se referem especificamente à interface entre educação e redução de danos, a maioria deles advinda da área da saúde e poucos se referindo ao aspecto educacional da prática.

No Brasil, fala-se muito de prevenção em drogas, quando, na realidade, o país está precisando mais de uma educação sobre drogas. Para ela, a prevenção tal como é executada está mais no sentido de evitar que o uso da droga aconteça – compactuando com a ideia de abstinência e da internação como ideal de tratamento – do que para uma consciência sobre drogas em si:

Parte-se de um critério de verdade que abre caminho para soluções violentas e imediatistas e que não incluem a construção de um projeto de futuro (ACSELRAD, 2013, p. 1).

Desse modo, Acselrad (2013) defende uma “educação para autonomia” sobre drogas, contrapondo-se à visão hegemônica presente nas intervenções de prevenção ao uso de drogas, que as vê como uma “ilusão perigosa”, em linha com a visão proibicionista. Esse modelo de educação sobre drogas possui a proposta de trazer questionamentos no lugar do discurso proibicionista a fim de “criar condições para que cada sujeito se torne autor na construção e reconstrução do sentido do uso de drogas” (ASCELRAD, 2013, p. 1-2). Esses aspectos cita-

dos pela autora como proposta de uma “educação para autonomia” sobre drogas são algumas das principais contribuições da redução de danos: o questionamento das políticas hegemônicas de controle do uso a partir da ideia de abstinência, propondo uma alternativa a esse modelo para que o sujeito desenvolva autonomia em seu processo de cuidado.

A “educação para autonomia”, de Acselrad (2013), defende como elementos de sua proposta: recuperar a memória de outros usos de drogas historicamente – no passado não tão distante e também no presente –, que davam prazer sem danos, e o modo como foram cercados de controles sociais construídos coletivamente; discutir conceitos, como de dependência e uso problemático; discutir programas (as abordagens de educação em saúde aplicada às drogas: PROERD⁴ ou redução de danos); colocar a legislação proibicionista em questão; recorrer aos estudos sobre usos e costumes relacionados às drogas, o que pode ajudar a esclarecer o contexto de uso; valorizar o pensar a fim de nos livrarmos dos bloqueios que a sociedade nos impõe para podermos agir de forma mais autônoma; redefinir o lugar do educador e do educando, defendendo que o educador supere a função tradicional de vigiar e punir para uma atuação significativa, visando à reflexão e que o educando não seja mero receptor do conhecimento, mas sim alguém capaz de pensar e construir uma fala original; auxiliar na construção de sujeitos capazes de deliberação e de vontade; formular um discurso alternativo ao proibicionismo.

4 O Programa Educacional de Resistência às Drogas (PROERD) consiste em um projeto de inspiração norte-americana, que leva policiais nas escolas brasileiras com discursos proibicionistas e de abstinência, com práticas baseadas no medo e no controle de comportamentos (ACSELRAD, 2013).

A educação para a autonomia propõe conviver com as drogas de forma consciente. Afinal, ‘nossa cultura, como todas as outras, conhece, utiliza e procura drogas. É a educação, a inquietude e o projeto vital de cada indivíduo que pode decidir qual droga usar e como fazê-lo. O papel do Estado não pode ser mais que informar da forma mais completa e razoável possível sobre cada um dos produtos, controlar sua elaboração e sua qualidade e ajudar os que desejam ou se virem prejudicados por esta liberdade social’. Assim, a normalização com controles coletivos da produção, comércio e uso de drogas, associada à luta afirmativa de direitos sem discriminação permitirá o aumento da demanda por orientação e ajuda, sendo capaz de reduzir danos e rompendo o círculo perverso da violência (ACSELRAD, 2011, p. 9).

Paes (2006, p. 124), analisando a proposta da redução de danos e instituições que realizam trabalho a partir dessa proposta, considera que:

Os usuários de drogas e a comunidade como partes de um todo são influenciados pela repercussão de saberes e de valores difundidos por essas instituições. O método adotado para o atendimento aos usuários atua para além dos limites internos da instituição e influencia toda a comunidade com o seu saber e sua prática. Em outras palavras a instituição de atendimento reproduz, in-

tencionalmente ou não, modelos de intervenção que difundem valores na comunidade circundante.

Esse autor observa que os redutores de danos, mobilizados por tal política, realizam sua prática ensinando intencionalmente os usuários, escolhendo conteúdos, desenvolvendo atividades e planejando o trabalho. Assim, percebe as atividades do redutor como intencionais, e os usuários podem ou não reagir espontaneamente a essa ação:

Somente é possível entender como os redutores ensinam, compreendendo, concomitantemente, como os usuários aprendem. A relação de ensino e aprendizagem é um processo objetivo e dirigido de mediação dos redutores junto aos usuários, para que estes se apropriem de aspectos previamente selecionados da cultura histórica (PAES, 2006, p. 246).

Petuco (2010, p. 21) se utiliza da Educação Popular para pensar articulações possíveis entre educação e redução de danos:

Todos/as trabalhadores/as de saúde operam, de algum modo, educação em saúde, sendo que talvez (e apenas talvez) possamos executar os/as profissionais que atendem nas emergências. Guardada esta possível exceção, insiste-se: todo/a trabalhador/a de saúde é também educador/a.

Para esse autor, existem duas vertentes de educação em saúde: uma positivista, presente nos programas de drogas mais repressivos que objetivam um controle e abstinência, a “tradição higienista”; e outra de perspectiva que articula elementos da microssociologia, da fenomenologia, do marxismo e da filosofia da diferença, denominada por ele de “tradição popular” (PETUCO, 2010). A “educação higienista” em saúde concebe a sociedade humana como regulamentada pelas leis naturais. Nela, predomina-se a concepção da neutralidade do educador, que embasa práticas em educação marcadamente conservadoras e moralistas, e que culpabilizam os sujeitos por seus agravos em saúde. Já na Educação Popular em saúde, percebe-se a influência de Paulo Freire, entendendo-se a educação em saúde a partir da práxis pedagógica amparada em uma concepção radicalmente dialógica. Nessa educação, há uma valorização dos saberes desprezados pelo modelo higienista, os quais serão matéria-prima para construção de um projeto de educação em saúde. “Projetos em que o/a educador/a, longe da velha autoridade professoral, é educado no ato de educar” (PETUCO, 2010, p. 24).

Petuco (2011a, p. 16) discute a importância de se começar a pensar uma educação sobre drogas, na redução de danos, a partir do olhar freireano:

O que talvez pareça simples para a Educação Popular, é um grande avanço para pensar o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. As contribuições para pensar múltiplos aspectos da problemática das drogas são imensas. Interessa-me sobremaneira a extensa tradição freireana de respeito à

horizontalidade, à dialogicidade, a potência do processo pedagógico que se esforça para partir da realidade do educando, e não do desejo do educador; interessa-me a complexidade freireana, que poderia nos ajudar em uma compreensão das drogas, para além dos aspectos fármaco-químicos, como fenômeno político e cultural; interessa-me, sobretudo, a imensa fé na ‘vocação ontológica para o ser mais’.

Petuco (2011b) refere-se à “escuta radical” e ao “acolhimento incondicional” como pressupostos da Educação Popular que irão contribuir na reflexão sobre os problemas relacionados ao uso de drogas, nas intervenções em usuários e na elaboração de políticas públicas para as pessoas que fazem um uso problemático.

Para ele (2011b, p. 2), a “escuta radical” do outro é uma:

[...] possibilidade de um acolhimento radical das diferenças, de uma escuta que está para além da normatividade, uma escuta que realmente quer dialogar com a diversidade, e que não apenas diz isto por achar bonito.

O “acolhimento incondicional” – no qual também é realizada a escuta radical – é um espaço para compartilhamento dos discursos “proibidos” aos usuários de drogas. Para o autor, só são permitidos dois tipos de discursos aos usuários de drogas em nossa sociedade:

O chamado de desesperado ou derrotado, das pessoas que não aguentam mais o uso, e heróico ou vitorioso, das pessoas que superaram o uso de drogas, e que se apresentam como heróis (PETUCO, 2011b, p. 3).

Uma das tarefas do educador popular é a criação desse espaço radical de acolhimento, no qual se fazem permitidos os demais discursos interditos pela sociedade.

[...] se nós não fizermos isso, o educando vai nos dizer aquilo que ele acha que queremos ouvir. Por quê? Porque ele quer ser acolhido! E quando ele quer ser acolhido, ele vai nos trazer aquilo que ele acha que queremos ouvir. Ele não vai dizer nada que possa resultar em sua exclusão. E sabem do que mais? Normalmente aquilo que ele acha que nós queremos ouvir é realmente aquilo que nós queremos ouvir. Normalmente ele não está enganado (PETUCO, 2011b, p. 3).

Esses discursos, que são socialmente aceitos, podem interferir de maneira negativa na individualidade das pessoas e nas suas escolhas, uma vez que fazem – conscientemente ou não – com que as pessoas não reflitam sobre sua relação com a droga.

O acolhimento incondicional é um:

[...] acolhimento em oposição à ideia de alta exigência [...].

Acolher diz respeito à nossa capacidade de aceitar as diferentes formas de ser e estar no mundo, à nossa abertura diante da diversidade. Diz respeito à nossa capacidade de abrir os ouvidos para além dos discursos autorizados descritos anteriormente, e também à nossa abertura ao outro, inclusive naquilo que nos mobiliza de modo negativo, que nos incomoda, que nos desestabiliza. E por mais que o óbvio seja por vezes maçante, é preciso que se diga: acolher é muito mais que uma sistematização da recepção no serviço (ainda que isto seja algo de extrema importância); trata-se de uma postura ética diante da vida, do trabalho, do cuidado (PETUCO, 2011b, p. 8).

Segundo Petuco (2011a), outra grande contribuição da Educação Popular para a clínica das pessoas que usam drogas se faz no sentido de valorizar os “saberes negligenciados”, para “tornar as práticas credíveis” (SANTOS, 2006).

Trata-se de toda uma categoria de ensinamentos, presentes não apenas em Paulo Freire, mas também em Boaventura de Sousa Santos, no sentido da ‘valorização dos saberes negligenciados’. Neste sentido, nada mais potente do que a Redução de Danos, que vai lá no lugar (no ‘miolo do bagulho’, como se diz no Rio Grande do Sul), que vai lá dentro dialogar com as pessoas, que vai ouvir as práticas de cuidado que estas próprias pessoas construíram, e que vai ajudar a turbinar essas práticas. Ou seja: não apenas

uma escuta que acolhe o sofrimento (quando isto é fundamental), mas que busca acolher a potência (PETUCO, 2011a, p. 9).

Daí emerge um potencial político não somente acolhedor a partir dessa escuta. Existe, assim, um caráter mobilizador e um protagonismo dos indivíduos de acordo com a possibilidade dessa escuta diferenciada, o que pode levar à coparticipação em sua própria luta, uma “participação política das pessoas que usam drogas” (PETUCO, 2011b, p. 10).

Acselrad (2013) e Petuco (2011b) corroboram a ideia de que é preciso pensar novas palavras, novos conceitos sobre drogas: de que o crack é um problema social, e não uma epidemia; de que o uso de drogas é algo ligado ao sofrimento das pessoas, e não fruto de uma dependência química “biológica”; de que o modelo psicossocial é superior ao voltado à abstinência.

Para Petuco (2011b), toda clínica é política e implica em uma visão de mundo e de homem por trás de sua prática. Isso vale tanto para uma clínica que tem por único objetivo a abstinência, que determina o objetivo final do tratamento antes mesmo de a pessoa entrar pela porta, ou uma clínica que possui uma proposta mais psicossocial de atendimento e compreensão do indivíduo que está em uso problemático de drogas.

Nesse sentido, a clínica tem que oferecer mais que a escuta psicológica tradicional, pois esta, por mais que seja importante, não consegue dar conta de todas as múltiplas dimensões de sofrimento vividas. É preciso contribuir também para a mobilização das pessoas.

A opção por abordagens que investem em autonomia e cuidado é tão política quanto aquelas que investem em disciplinamento e controle, e cada uma das opções tem suas técnicas, suas dinâmicas, seus ‘procedimentos’, levadas a cabo por bons ou maus profissionais (PETUCO, 2011b, p. 7).

A clínica freireana, baseada na Educação Popular, possui uma posição política marcante, em oposição à clínica disciplinar, cujo pensamento determina as pessoas que usam drogas apenas como doentes ou criminosas. Ela utiliza-se de uma escuta (radical) que nos permite perceber as pessoas que usam drogas para além dessas concepções reducionistas.

Trata-se de uma qualificação dos encontros com essas pessoas a partir da humanização do outro em resistência aos processos de desumanização. Dá-se, a partir disso, uma abertura para a experiência do outro, o que permite uma fala para além dos discursos autorizados (PETUCO, 2010).

A educação popular constitui-se em instrumento de defesa da vida e da autonomia. Na emergência dos ‘Novos Movimentos Sociais’, é possível perceber a mesma potência: os/as oprimidos/as não são somente os/as pobres, mas todo e qualquer coletivo humano sob o qual recaem os efeitos do poder (PETUCO, 2010, p. 27).

Petuco (2010, p. 26) reconhece o quanto a redução de danos tem potencial de “clínica freireana”:

A Redução de Danos nasce não apenas abrindo-se para, mas deliberadamente em busca destes discursos. Era justamente porque se entendia que havia algo mais, algo da ordem da multiplicidade, que se pôde investir em algo como a Redução de Danos. No Brasil, a Redução de Danos constituiu enclaves na defesa de outros olhares sobre as drogas e seus usos. O ambiente político-reflexivo do movimento de luta contra a Aids foi um solo fértil para o desenvolvimento da Redução de Danos. Foi no âmbito das políticas de Aids que se radicalizou a ideia de que as políticas de saúde devem respeitar a diversidade, bem como os limites e potencialidades de cada sujeito, levando-se às últimas consequências a noção freireana de que o conhecimento não deve ser depositado, mas construído junto com o educando.

Assim, Petuco (2010) reconhece o quanto os redutores de danos operam como mediadores culturais entre as pessoas que usam drogas e o campo político-reflexivo das drogas. Estabelece-se um grande potencial em não ser uma política pública repressiva e conservadora.

Referências

ACSELRAD, Gilberta. Drogas, a educação para autonomia como garantia de direitos. **Revista da EMERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 63 (Edição Especial), p. 96-104, out./dez. 2013.

BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação popular**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza-SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Articulação Social. Departamento de Articulação Social e Mobilização Cidadã. **Marco de referencia da educação popular para políticas públicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CARNEIRO, Henrique. As necessidades humanas e o proibicionismo das drogas no século XX. **Outubro**, São Paulo, v. 6, p. 115-128, 2002.

FONSECA, Elise Massard da. **Políticas de redução de danos ao uso de drogas: o contexto internacional e uma análise preliminar dos programas brasileiros**. 2005. 290f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Publica Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

_____. Papel da educação na humanização. **Revista da Faculdade de Educação do Estado da Bahia**, Salvador, ano 6, n. 7, p. 9-32, jan./jun. 1997.

FREIRE, Paulo; NOGUEIRA, Adriano. **Que fazer: teoria e prática em educação popular**. Petrópolis: Editora Vozes, 1999.

GADOTTI, Moacir. Paulo Freire e a educação popular. **Proposta**, Rio de Janeiro, n. 113, p. 21- 27, 2014.

LEMKE, Ruben Artur; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Itinerários de construção de uma lógica territorial do cuidado. **Psicologia & Saúde**, Belo Horizonte, v. 25, p. 9-20, 2013.

MACIEL, Karen de Fátima. O pensamento de Paulo Freire na trajetória da educação popular. **Educação em Perspectiva**, Viçosa, v. 2, n. 2, p. 326-344, jul./dez. 2011.

MARQUES, Amanda; MALHEIRO, Luana. Redução de danos: uma estratégia construída para além dos muros institucionais. In: NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro (Orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 49-53.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, fev. 2008.

NERY FILHO, Antonio. Porque os humanos usam drogas? In: NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro (Orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010. p. 11-16.

PAES, Paulo Cesar Duarte. **Ensino e aprendizagem na prática de redução de danos**. 2006. 324f. Tese (Doutorado em Educação) – UFSCar, São Carlos, 2006.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, v. 1, p. 154-162, 2011.

PEREIRA, Dulcinéia de Fátima Ferreira. **Educação popular: uma experiência no cenário dos anos 90**. 1999. 162f. Dissertação (Mestrado em Educação) – UNICAMP, Campinas, 1999.

PEREIRA, Dulcinéia de Fátima Ferreira; PEREIRA, Eduardo Tadeu. Revisitando a história da educação popular no Brasil: em busca de um outro mundo possível. **Revista HISTEDBR Online**, Campinas, n. 40, p. 72-89, dez. 2010.

PETUCO, Dênis Roberto da Silva. Educação popular em saúde e o cuidado de pessoas que usam álcool e outras drogas. In: MORAES, Maristela; CASTRO, Ricardo; PETUCO, Denis Roberto da Silva (Orgs.). **Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde**. Recife: Instituto Papai, 2010. p. 21-27.

_____. **Entre imagens e palavras: o discurso de uma campanha de prevenção ao crack**. 2011. 131f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Ciências Humanas, Letras e Humanidades, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2011a.

_____. O cuidado de pessoas que usam drogas: contribuições de uma Redução de Danos fecundada pela Educação Popular. In: SEMINÁRIO NACIONAL PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: SUBJETIVIDADE, CIDADANIA E POLÍTICAS PÚBLICAS, 5., 2011, Brasília. **Anais...** Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011b. p. 175-186.

ROLNIK, Suely. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. In: FONSECA Tânia Mara Galli; ENGELMAN, Sel-da (Orgs.). **Corpo, arte e clínica**. Porto Alegre: Ed. UFRGS, 2004. p. 33-45.

RUI, Taniele. **Corpos abjetos**: etnografia em cenários de uso e comércio de crack. 2012. 355f. Tese (Doutorado em Antropologia Social) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, UNICAMP, Campinas, 2012.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **A gramática do tempo**. Para uma nova cultura política. Porto: Afrontamento, 2006.

SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GOMES, Rafael da Silveira. A política nacional de humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 603-613, 2009.

WODAK, Alex. Redução de danos e programas de trocas de seringas. In: BASTOS, Francisco; MESQUITA, Fábio; MARQUES, Luiz Fernando (Orgs.). **Trocas de seringas**: drogas e AIDS: ciência, debate e saúde pública. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. p. 55-72.





“Se tem um coração de ferro
bom proveito. O meu fizeram-no
de carne e sangra todo dia”
(José Saramago)

Capítulo 3

Impacto do uso de metodologias ativas no curso do Centro de Referência em Educação na atenção ao usuário de drogas da Região de Sorocaba (CRR-Sorocaba): relato de experiência

Introdução

A implantação dos Centros Regionais de Referência (CRRs) em Educação na atenção ao usuário de drogas é parte integrante do Programa do Governo Federal “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”, que instituiu, posteriormente, o Programa “Crack, é possível vencer”. Os CRRs têm como missão melhorar a qualidade da prevenção e da assistência ao

usuário de drogas e seus familiares por meio da capacitação de recursos humanos, pesquisa e construção de políticas sobre drogas (BRASIL, 2012).

O CRR-UFSCar-Sorocaba é um dos CCRs brasileiros de formação permanente e foi financiado pela Secretaria Nacional de Política sobre Drogas (SENAD) com o propósito de dar suporte às ações previstas pelo Programa “Crack, é possível vencer”. Teve sua primeira edição em 2012 em uma conjunção que envolveu a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), a Universidade de Sorocaba (UNISO), a Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), a organização não governamental (ONG) Pode Crer e a Prefeitura de Sorocaba (OLIVEIRA; GARCIA; MENDONÇA, 2013).

Os cursos apresentaram como diferencial o emprego de metodologias ativas em substituição às tradicionais aulas expositivas, tendo a Aprendizagem Baseada em Problemas (APB) como principal estratégia de ensino-aprendizagem (BERBEL, 2011).

A utilização de metodologias ativas promove a integração teoria/prática/serviço, faz com que os alunos se insiram na teorização e tragam conhecimentos novos, ainda não considerados nas aulas ou na própria perspectiva do orientador/tutor. Nesse contexto, o tutor deve atuar como facilitador ou orientador para que o aluno pesquise, reflita e decida o que fazer para atingir os objetivos de aprendizagem estabelecidos, ou seja:

[...] desenvolver o processo de aprender, utilizando experiências reais ou simuladas, com o objetivo de solucionar, com sucesso,

os desafios advindos das atividades essenciais da prática social, em diferentes contextos (BERBEL, 2011, p. 29).

A APB tem demonstrado muitas vantagens, especialmente na retenção dos conteúdos, no desenvolvimento do pensamento crítico e nas competências para a resolução de problemas.

A aprendizagem se inicia com a necessidade de se resolver um problema apresentando uma situação semelhante ao que poderia ocorrer na realidade. Durante o processo, os alunos acessam os conteúdos pertinentes e desenvolvem habilidades de resolução de problemas, assim como as competências da aprendizagem autodirigida (MOREIRA, 1997).

Os problemas são trabalhados em sessões semanais de tutoria com grupos de até 12 alunos. Os tempos da tutoria são apresentados no Quadro 1.

É importante ressaltar que a escolha dessa metodologia representou um ganho importante, propiciando a troca e a valorização dos conhecimentos prévios dos participantes, envolvendo-os integralmente (ideias, sentimentos, cultura, valores, profissão). Essa aprendizagem significativa permite a contextualização e a busca de soluções para os problemas cada vez mais aceleradas (GUERRA, 2014).

As turmas anteriores do CRR trouxeram alunos de outros municípios da região e disseminaram um novo olhar sobre temas envolvendo o uso e abuso de álcool e outras drogas.

A cada turma que passou pelo curso, novas ideias, novas percepções e novos encaminhamentos foram reforçando os conteúdos e enriquecendo as discussões nos grupos de tutoria.

Considerando a complexidade e as múltiplas faces do tema álcool e drogas, os grupos de tutoria se tornaram um fórum de discussão nos quais os participantes puderam interagir, aprenderam ouvir, considerar pontos de vistas diferentes e buscar alternativas de intervenção. Além disso, a diversidade de atividade profissional e dos locais de trabalho dos integrantes dos grupos proporcionou uma troca de experiências muito rica, fomentando a formação de redes de atenção.

Quadro 1: Os tempos da tutoria.

Fases da tutoria	Eventos da tutoria	Duração em minutos
Abertura do problema	Organização	10
	Leitura do problema	10
	Tempestade de ideias	35
	Levantamento de questões	35
	Hipóteses de explicação	30
	Objetivos de aprendizagem	20
	Plano de ação	10
	Avaliação formativa/oral	30
	Total	180
Fechamento do problema	Reorganização	10
	Rediscussão do problema e elaboração do mapa conceitual	140
	Avaliação formativa (documento)	30
	Total	180
	Total geral	360

Fonte: Polimeno (2004).

Desde as primeiras edições do CRR, o grupo de tutores vem avaliando e aprimorando a construção dos problemas, os conteúdos abordados, as sustentações teóricas, assim como o material didático compartilhado entre tutores e alunos.

Nesta edição – 2016 –, atendendo a uma demanda dos alunos, foi introduzida uma nova estratégia de aprendizagem, conduzindo os alunos aos campos de prática para que, ao vivenciarem o cotidiano de alguns serviços, pudessem problematizar a assistência aos usuários de álcool e outras drogas, tendo como horizonte a transformação da realidade social.

O curso continuou com a mesma carga horária e formato, ou seja, tutorias no período vespertino e sustentação teórica pela manhã, porém com a inclusão de um dia inteiro de prática após uma abertura e fechamento de tutoria (a cada 15 dias).

Diante do exposto, este relato teve como objetivo descrever a experiência vivenciada por um dos grupos de alunos do curso “Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e Outras Drogas”, com foco nas atividades práticas propostas na edição de 2016.

Percurso metodológico

Foram selecionadas instituições da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que atendiam aos objetivos do curso e que se dispuseram a receber os alunos para que estes observassem um dia de atividade e interagissem com os frequentadores e funcionários. Os alunos foram encaminhados para vários locais ligados à saúde ou assistência social.

Nesse grupo, os cenários de prática foram: um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), um CAPS AD III e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (Centro POP).

Foram realizadas três visitas de um dia inteiro em cada local. Ao final de cada atividade, foi solicitado aos alunos um relatório, no qual cada um expressou a sua percepção sobre os serviços – potencialidades e fragilidades –, assim como a avaliação do seu desempenho.

Participaram do grupo¹: uma enfermeira, coordenadora de saúde pública de uma cidade vizinha; uma psicóloga, que trabalha com medidas socioeducativas; uma psicóloga, que trabalha na educação também em uma cidade vizinha a Sorocaba; um agente de segurança e voluntário de um programa para jovens usuários; uma assistente social; uma profissional de educação física, que trabalha como mediadora; uma graduanda do curso de Psicologia e voluntária em uma ONG, que atende a usuários de álcool e outras drogas. No grupo havia integrantes que exerciam suas atividades no município de Sorocaba e região. Durante as visitas, os alunos foram acompanhados pela mesma tutora das sessões de tutoria.

Discussão

É certo que o uso e abuso de álcool e outras drogas exige uma abordagem que envolva prevenção, tratamento, organi-

1 Participaram deste grupo: Ana Cláudia Leite Monéia, Cristina Aurora Guaita, Débora Teles, Hana Laura Lima, José de Jesus Matias dos Santos, Marta Aparecida Mencaccci e Tarcila Barboza Hidalgo Lima.

zação de práticas e serviços assistenciais, e formulação de políticas públicas específicas (BRASIL 2012). E também é preciso reconhecer que a grande preocupação dos profissionais que atuam na área é a falta de capacitação (COSTA et al., 2015).

Com esse grupo, assim como outros anteriores, a situação não foi diferente. Os alunos vieram em busca de conhecimentos, bastante motivados, e encontraram um espaço aberto para expressar suas dificuldades e discutir alternativas de abordagens em relação aos usuários de álcool e outras drogas. Nesse contexto, as visitas aos serviços representaram um contato com situações reais que puderam ser problematizadas, gerando propostas de mudanças.

A partir dos relatórios das visitas e das discussões sobre a avaliação dessas atividades, foi possível destacar os seguintes pontos: como se desenvolveram as atividades observadas nos serviços, os processos de trabalho, as relações interpessoais (profissionais/pacientes/família), a importância da formação de vínculos e das redes de atenção. Em relação aos CAPS, as formas de atendimento ofertadas são semelhantes às apontadas em outros estudos (GRISPUN, 2007; GALVANESE et al., 2016).

Um dispositivo diferencial no funcionamento desse serviço é a ambiência. Na saúde, ambiência compreende o espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar em sintonia com um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana.

Nesses dois serviços visitados, a ambiência é tida também como um dispositivo terapêutico, assim como os grupos e os atendimentos individuais. Para além de uma simples convivência, os próprios profissionais do serviço consideram um espaço com capacidade terapêutica. Daí o destaque para o

acolhimento, realizado por todos os profissionais, com vistas a aumentar o vínculo do paciente com o serviço. Esse foi um ponto amplamente discutido nas tutorias e observado na atividade prática, como destaca esta fala de uma das alunas:

A1: [...] acompanhei o acolhimento realizado por um dos membros da equipe a uma pessoa em situação de rua. O mesmo já era acompanhado no serviço e na ocasião apresentou queixa de dores pelo corpo. Foi atendido e encaminhado para a Unidade de Pronto Atendimento.

Há uma integração entre a equipe multiprofissional, percebi muito mais do que um clima de equipe, um 'gostar do que faz'. A equipe se coloca como parceira, estando junto com o usuário.

As questões de saúde mental dizem respeito às dificuldades de comportamento, mas também às vulnerabilidades sociais e violência, à dependência química, à compulsão, à agressividade, entre outras complexidades (MENEZES, 2014). Portanto, nesses espaços de ambiência, respeitam-se as crenças, os valores, a cultura e as expectativas daqueles que frequentam. Esse aspecto aparece na fala de uma das alunas fazendo referência à humanização do atendimento

A2: Observei uma assistência humanizada, desprovida de preconceito, capaz de reconhecer o ser humano na sua complexidade e respeitando escolhas.

Esse enfoque fez com que os participantes do grupo visualizassem, nessa prática, a importância da intersetorialidade e da participação social, assim como conhecessem os diferentes territórios. Para a implementação efetiva de estratégias de prevenção, deve-se garantir a participação de diferentes grupos sociais na identificação, formulação e implementação das ações.

O papel da educação foi um ponto importante na discussão, entendendo a escola como alvo de prevenção ao uso/abuso de drogas. Nesse aspecto, a contribuição da mediadora foi importante para o grupo. Do mesmo modo, ela pode entrar em contato com outros serviços para ampliar a sua rede de assistência.

A3: Este curso e as visitas me trouxeram uma visão dos diversos setores que podem me auxiliar nos casos que, às vezes, me parecem insolúveis.

Ficou evidente a necessidade do trabalho em rede e do envolvimento de seguimentos da sociedade como forma de inclusão. Da mesma forma, fez com que cada um relacionasse aquela realidade com a sua em seu próprio serviço, mas nem sempre as situações foram positivas.

A4: Percebo que há uma preocupação não só com o tratamento, mas com a reinserção social dessas pessoas. Os profissionais do serviço também têm se articulado com setores da sociedade para colocação dessas pessoas no mercado de trabalho.

[...] Esse é um problema a ser trabalhado; muitas vezes a rede está desarticulada, com dificuldade para suprir a demanda e gera descontinuidade da assistência. Os próprios serviços desconhecem a rede.

É importante comentar que a interação entre profissionais e usuários nesses serviços se mostrou bastante aberta ao diálogo, ampliando as estratégias assistenciais e tornando-as mais efetivas. A partir das visitas, um ponto bastante discutido no grupo foi a escuta qualificada como um instrumento essencial para que o usuário fosse atendido na perspectiva do cuidado integral. É por meio dela que são construídos vínculos e o respeito à singularidade, no encontro entre quem cuida e quem recebe o cuidado (MAYNART et al., 2014).

Os alunos fortaleceram a concepção de pessoa que embasa todo o trabalho do CRR: uma visão biopsicossocial, espiritual e eco, considerando que toda pessoa está em processo constante de construção, interação, troca e reconstrução em todos esses aspectos. Eco é entendido como algo que ocorre nas relações humanas, os meios que as pessoas encontram de estar com outras pessoas, com os diferentes contextos, com o mundo, a qualidade dessas relações e a postura ética (PENNA, 2003).

Nesses serviços visitados, foi possível perceber entre os usuários que o uso abusivo do álcool sempre estava como pano de fundo. Dados da literatura ratificam essa situação e evidenciam que os danos associados ao consumo e ao uso inadequado de álcool constituem um dos principais problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, por ser uma das substâncias psicoativas mais utilizadas (GALDURÓZ; CAETANO, 2004; LARANJEIRA, 2013).

No Centro POP, por meio da roda de conversa, foi possível ter contato com o dia a dia das pessoas em situação de rua, suas histórias, a linguagem e os significados das escolhas ou determinação desse modo de viver.

A5: O Centro POP é um local de muitos conflitos, mas a equipe sabe fazer a mediação, sempre problematizando as situações conflituosas para levar a um amadurecimento do grupo.

Naquele momento, a maioria das pessoas eram homens, como mostram os dados estatísticos da cidade de Sorocaba e São Paulo (SÃO PAULO, 2015; TOMAZELA, 2016). Muitos sentidos e significados foram explorados. Nas falas, a maioria deles possuía história de vínculos com o trabalho, que, por motivos vários, tornaram-se fragilizados, excluindo-os completamente do sistema econômico e até mesmo dos seus direitos.

A6: Cada relato daquelas pessoas trazia marcas do sofrimento, da exclusão, do sentimento de 'ser do mundo e estar sozinho no mundo'.

Estudos sobre populações de rua ainda são poucos, embora esse contingente tenha aumentado, principalmente em época de crises econômicas (HENRIQUE; SANTOS; VIANNA, 2013). O estudo de Matos e Ferreira (2004) teve como objetivo identificar as representações sociais acerca de pessoas em situação de rua e como estas repercutem na construção de suas identidades. Os autores discutem as representações pejorativas que se

materializam nas relações sociais dessas pessoas vistas como vagabundas, sujas, loucas, perigosas e coitadas, e apontam alguns de seus efeitos na constituição de suas identidades pessoais.

Apesar do pouco tempo, foi possível perceber que essas representações sociais podem ser desconstruídas a partir do encontro de pessoas que entendem as necessidades do outro de forma ampliada, e não apenas na aparência física, mas considerando o ser biopsicossocial que habita o humano.

Conclusão

A introdução das visitas foi um ponto muito positivo, a qual, além de auxiliar a discussão dos temas em tutoria, permitiu também maior entrosamento no grupo. Foi especialmente importante para aqueles que desconheciam a articulação das RAPS e os diferentes equipamentos de saúde e assistência social, assim como para aqueles que estavam no cotidiano desses serviços e se sentiram desafiados em fazer a diferença.

Os participantes dos cursos, especialmente desse grupo, reforçaram a importância do cuidado integral, do trabalho em equipe, do envolvimento da comunidade, da reinserção social dos usuários e reconheceram que os problemas existentes e a descontinuidade das ações ainda representam um obstáculo.

Temos ainda um longo caminho a percorrer, cientes de que só a aquisição de conhecimentos não é capaz de transformar a realidade. É necessário desmistificar a visão da sociedade sobre o usuário de álcool e outras drogas, trazendo os profissionais envolvidos para uma reflexão sobre o papel destes no resgate da identidade e da cidadania dessas pessoas.

Referências

BERBEL, Neusi Aparecida. As metodologias ativas e a promoção da autonomia de estudantes. **Semina: Ciências Sociais e Humanas**, Londrina, v. 32, n. 1, p. 25-40, jan./jun. 2011.

BRASIL. Palácio do Planalto. Presidência da República. **Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>>. Acesso em: 25 out. 2016.

COSTA, Pedro Henrique et al. Capacitação em álcool e outras drogas para profissionais da saúde e assistência social. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 395-404, abr./jun. 2015.

GALDURÓZ, José Carlos; CAETANO, Raul. Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 26, supl. I, p. 3-6, 2004.

GALVANESE, Ana Tereza et al. Arte, saúde mental e atenção pública: traços de uma cultura de cuidado na história da cidade de São Paulo. **História, Ciências e Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-452, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702016000200431&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

GRINSPUN, Samuel. **Vivências terapêuticas em oficinas de arteterapia em um CAPS-Adulto (Centro de Atenção Psi-**

cossocial). 2007. Monografia (Especialização em Arteterapia) – Universidade São Marcos, campus Jardins, São Paulo, 2007.

GUERRA, Aida. **Problem based learning and sustainable engineering education: challenges for 21st century**. 2014. Thesis (PhD in Engineering) – Faculty of Engineering and Science, Aalborg Centre for Problem Based Learning in Engineering Science and Sustainability, Department of Development and Planning, Aalborg University, Denmark, 2014.

HENRIQUE, Regis; SANTOS, Clara; VIANNA, João. Sentidos e significados do trabalho entre pessoas em situação de rua. **Psicologia para América Latina**, São Paulo, n. 24, p. 109-120, 2013.

LARANJEIRA, Ronaldo (Dir.). **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: consumo de álcool no Brasil: tendências entre 2006/2012**. São Paulo: INPAD, 2013. Disponível em: <http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/LENAD_ALCOOL_Resultados-Preliminares.pdf>. Acesso em: 15 set. 2013.

MATTOS, Ricardo Mendes; FERREIRA, Ricardo Franklin. Quem vocês pensam que (elas) são? Representações sobre as pessoas em situação de rua. **Psicologia & Sociedade**, v. 16, n. 2, p. 47-58, 2004.

MAYNART, Williams Henrique et al. A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014.

MENEZES, Laura Alves. **Clínica da criatividade: considerações acerca do trabalho em um CAPS infante juvenil**. 2014. Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Saúde Men-

tal em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Saúde Coletiva, UNICAMP, Campinas, 2014.

MOREIRA, Marco Antonio. Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. In: MOREIRA, Marco Antonio; RODRIGUEZ PALMERO, Maria Luz; CABALLERO SAHELICES, Maria Concesa. (Coords.). **Encuentro internacional sobre el aprendizaje significativo**: actas: Burgos, España, 15-19 de septiembre, 1997. Burgos: Universidad de Burgos, 1997. p. 19-44.

OLIVEIRA, Adriana; GARCIA, Marcos Roberto; MENDONÇA, Viviane Melo de. Implantação do CRR-UFSCar Sorocaba. In: GARCIA, Marcos Roberto; FRANCO, Yoko. (Orgs.). **Usuários de drogas**: da invisibilidade ao acolhimento. Sorocaba: EDUNISO, 2013. p. 11-37.

PENNA, Eloisa Damasco. Direito de Resposta - Psicologia Analítica. **Boletim Clínico**, São Paulo, n. 16, out. 2003.

POLIMENO, Newton Carlos. **Capacitação em metodologias ativas**. Curso da Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.

SÃO PAULO. Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas. Assistência e Desenvolvimento Social. **Censo da população em situação de rua da cidade de São Paulo, 2015**: resultados. São Paulo: FIPE, 2015.

TOMAZELA, José Maria. Interior de SP registra aumento no número de moradores de rua. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 29 jun. 2016. Disponível em: <<http://sao-paulo.estadao.com.br/noticias/geral,interior-de-sp-registra-aumento-no-n-de-moradores-de-rua,10000059778>>. Acesso em: 25 out. 2016.



“A nossa língua comum foi construída
por laços antigos, tão antigos que por
vezes lhes perdemos o rasto”

(Mia Couto)



Capítulo 4

A droga como uma prática sociocultural

A oferta de bibliografias sobre a história das drogas vincula a passagem das plantas mágicas para o rol das mercadorias a partir do fomento do mercantilismo e da colonização, recebendo especial ênfase no século XIX, com o desenvolvimento da indústria química e farmacêutica. Portanto trata-se de uma história que acompanhou e foi inserida na fundação do projeto civilizatório moderno, tendo determinações e repercussões não exclusivamente econômicas (LIMA, 2009). Desse modo, a história das drogas também apresenta a multidimensionalidade própria da modernidade, com divisão em três subsistemas: econômico, político e cultural.

Entretanto, sabemos que, no decorrer do tempo, as substâncias psicoativas vêm

satisfazendo necessidades que podem ser físicas, culturais, religiosas, ritualísticas etc., ou seja, essas substâncias acompanham a própria história da humanidade. Nessa perspectiva, Carneiro (2002, p. 116-117) enfatiza que:

A primeira questão a se definir é a de que as drogas são necessidades humanas. Seu uso milenar em quase todas as culturas humanas corresponde a necessidades médicas, religiosas e gregárias. Não apenas o álcool, mas quase todas as drogas são parte indispensável dos ritos de sociabilidade, cura, devoção, consolo e prazer. Por isso, as drogas foram divinizadas em inúmeras sociedades.

Extrapolando épocas e tempos, a droga não cessa de desenvolver um papel social e cultural. O debate sobre formas variadas de consumo de drogas lícitas e ilícitas está marcado pela relação triangular entre o sujeito, a droga e o contexto em que é consumida. De acordo com Olivenstein (1984, p. 85), “a dependência de drogas não deve ser considerada somente como um fenômeno psicoquímico, mas um fenômeno ativo, voluntarista, um modo de existência, uma relação com a vida”.

Segundo Gilberto Velho (1997, p. 9-10):

[...] toda realidade é, sob o ponto de vista sociológico, construída e não naturalmente dada. [...] A relação das sociedades humanas com as drogas expressa simultaneamente uma relação com a natureza e um processo singular de ‘construção social da realidade’.

Com o aprofundamento do conhecimento sobre os efeitos das drogas no organismo e sua ação sobre o comportamento humano, as sociedades passaram a utilizá-las em diferentes contextos e com finalidades variadas: desde o uso em rituais religiosos e mágicos, assim como também para a cura ou paliativos para doenças, até a sua utilização como estratégia de dominação e como fator político de alienação.

Joel Birman (1993, p. 59-60) nos diz que:

[...] desde o século XIX e no século XX, o consumo regular de drogas foi aumentando progressivamente na nossa tradição, mas sem colocar problemas maiores até os anos cinquenta. O início dos anos sessenta indicou uma mudança significativa nos hábitos de consumo de drogas, na medida em que, pelo movimento da contracultura, se constituiu um novo 'ethos', onde as drogas passaram a ocupar uma posição estratégica. As drogas passaram a ser a forma privilegiada de acesso para um outro mundo, revelado na sua tessitura pelas transformações perceptivas provocadas pelas drogas [...]. Entretanto, a 'criminalização' das drogas produziu uma inflexão decisiva neste universo, subvertendo o seu sistema de regras e de valores. A difusão social do seu consumo em escala assustadora foi um efeito direto deste processo de criminalização que teve no narcotráfico o seu agenciador fundamental no espaço social. Da condição inicial de ser um signo emblemático de uma visão de mundo 'underground', as drogas se inscreveram no circuito do co-

mércio e das finanças internacionais. Enfim, as drogas se deslocaram do campo regulado pela ‘economia dos signos’ para o campo da ‘economia política’.

A produção de novos valores, universalizados por meio dos meios de comunicação e associados às experiências históricas e culturais do indivíduo, produz determinadas formas de expressão nos diferentes segmentos da sociedade. O desejo e/ou a necessidade de pertencer a uma ordem sociocultural mais ampla do que aquela permitida pela realidade imediata, isto é, seguir um “modelo” que se tornou referencial para o conjunto da sociedade como “ideal de vida”, podem levar o sujeito a adotar diferentes formas de comportamento em busca da superação das fronteiras de um cotidiano que não lhe satisfaz.

É bastante comum se dizer que uma abordagem exclusivamente farmacológica da questão da droga não é suficiente e que os efeitos individuais, subjetivos e sociais do uso de substâncias psicoativas só podem ser entendidos a partir de uma perspectiva biopsicossocial.

Edward MacRae, em “Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos” (2001), traz grande contribuição ao afirmar que não existe droga antes de qualquer experiência, uma vez que é a atividade simbólica e o conjunto das motivações no usuário que transformam uma substância psicotrópica em droga, levando à sua integração de maneira estável na estrutura motivacional daquele que dela faz uso. A noção do usuário como sujeito ativo, não necessariamente dotado de uma personalidade patogênica, mas alguém que, como todo ser humano, utiliza símbolos para se comunicar consigo mesmo e com seu ambiente, é valorizada em sua abordagem sobre o

tema. Esses elementos simbólicos, ao escaparem a toda determinação estrita, significam que a subjetividade e, portanto, a identidade do indivíduo não são adquiridas em definitivo e são constantemente postas em questão cada vez que ele interage com seu meio. Assim, uma substância química só se torna uma droga provocando dependência dentro de um determinado contexto de relações entre o simbólico e o ambiente. A partir desse ponto de vista, no estudo da evolução do uso abusivo de drogas, seu efeito puramente fisiológico importa pouco, já que se trata de compreender a interpretação que o indivíduo dá de sua experiência, de seu estado e da motivação que o impele a um consumo repetido da droga. Torna-se então importante estudar o que o usuário de substâncias psicoativas considera indispensável à satisfação de suas principais necessidades no plano social, cultural, afetivo e cognitivo.

Olivenstein (1997), por sua vez, diz que as sociedades modernas tentam evitar suas crises por meio da planificação, criando mecanismos reguladores da angústia. Assim, “é necessário inventar outros reguladores da angústia social, daí o desenvolvimento extraordinário da psicoquímica” (OLIVENSTEIN, 1997, p. 22). E ainda se refere ao encontro da angústia individual e da angústia coletiva, que se acentua cada vez mais, tendo em vista que:

[...] diante de dificuldades econômicas e sociais, o grupo encarregado de proteger os cidadãos, o Estado, sacrifica certos grupos sociais. Sabemos, por exemplo, o quanto é traumatizante a negação do direito ao trabalho. Não será, portanto, paradoxal, assistirmos ao desenvolvimento de uma das

últimas tentativas das pessoas encontrarem uma solução individual para a angústia. Esta tentativa, que é a droga, evolui de uma maneira que homologa uma nova ‘lei da selva’, com isto não permitindo à toxicomania tornar-se um encontro igualitário com o nirvana (OLIVENSTEIN, 1997, p. 22).

No entanto, verificamos que, muitas vezes, mesmo aqueles mais privilegiados, que podem beneficiar-se dos recursos – psicanálise, terapias de grupo etc. – para trabalhar a angústia mencionada pelo autor, lançam mão de alternativas na tentativa de encontrar algo que os ajude a suportar aquilo que, para eles, é “insuportável”.

Nesse cenário, a droga – lícita e/ou ilícita – surge então como uma dessas alternativas, cujo impacto estará relacionado ao “lugar” que essa droga vai ocupar na vida do sujeito que a usa. Dessa forma, como a realidade atual nos mostra, o fenômeno do abuso de drogas não é um “privilegio” das classes menos favorecidas.

Ao reduzir a questão do uso abusivo das drogas à sua vertente psicopatológica, perde-se de vista a dimensão existencial do fenômeno, assim como suas raízes antropológicas e sua propagação no mundo moderno devido a mudanças políticas, econômicas e culturais, inclusive sua íntima conexão com os padrões consumistas marcados pelo sistema dominante.

A cultura hegemônica na atualidade é claramente capitalista e exige que o sujeito se submeta ao imperativo do consumo. A globalização do consumo impôs a produção em massa de objetos que são formas de gozo. Daí que se pode inferir que tanto o uso abusivo de drogas quanto a anorexia, a buli-

mia, a dependência ao computador, enfim, todas essas formas seriam expressões atuais do mal-estar na cultura. Desse ponto de vista, somos todos consumidores e também somos todos objetos de consumo.

O fenômeno do abuso de drogas deve, portanto, ser contextualizado e analisado como pertencente a um conjunto no qual pode estar integrado de modos distintos. Não devemos ignorar também que:

[...] o uso de drogas por diferentes grupos só é possível nas nossas circunstâncias socio-históricas, a partir da existência de redes nacionais e internacionais que expressam interesses políticos e econômicos. Assim, o fenômeno cultural apresenta a sua inevitável dimensão de poder (VELHO, 1997, p. 277).

Considerar o complexo contexto sociocultural no qual as questões do uso de drogas estão imersas pode então favorecer um estudo mais rigoroso sobre esse fenômeno. Assim, os problemas que o abuso traz nos conduzem para um cenário social em que seus efeitos poderiam ser reduzidos se fossem tratados sob uma outra ótica.

Portanto, tratar socialmente a questão do uso e do abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas, significa compreender a complexidade das relações sociais estabelecidas nesse contexto, suas representações e significados, levando-se em consideração a história de vida do indivíduo, sua subjetividade, singularidade e visão de mundo. Além disso, deve-se buscar

entender o lugar que a droga ocupa na vida desse indivíduo e na sociedade, e o tipo de relação que ambos estabelecem com determinadas substâncias.

Esses diferentes tipos de relação precisam ser pensados de forma multifacetada, tendo em vista a rede de fatores – sociais, econômicos, políticos, psicológicos, religiosos, históricos – implicados no fenômeno e levando-se em conta a forma como esses fatores atuam na subjetividade e no processo de singularização do indivíduo.

Segundo Guattari e Rolnik (1986, p. 69):

[...] quando vivemos nossa própria existência, nós a vivemos com as palavras de uma língua que pertence a cem milhões de pessoas; nós a vivemos com um sistema de trocas econômicas que pertence a todo um campo social; nós a vivemos com representações de modos de produção totalmente serializados.

No entanto, nós vamos viver e morrer numa relação totalmente singular com esse cruzamento. O que é verdadeiro para qualquer processo de criação é verdadeiro para a vida.

E prosseguem:

[...] o que há é simplesmente uma produção de subjetividade. Não somente uma produção da subjetividade individuada – subjetividade dos indivíduos – mas uma

produção de subjetividade social, uma produção da subjetividade que se pode encontrar em todos os níveis da produção e do consumo. E mais ainda: uma produção da subjetividade inconsciente. A meu ver, essa grande fábrica, essa máquina capitalística produz inclusive aquilo que acontece conosco quando sonhamos, quando devaneamos, quando fantasiamos, quando nos apaixonamos e assim por diante (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 16).

A partir dessa argumentação, os autores propõem a ideia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, a que chamam de processos de singularização:

[...] uma maneira de recusar todos esses modos de codificação pré-estabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos (GUATTARI; ROLNIK, 1986, p. 17).

Assim, pode-se pensar que as diferentes formas de relação sujeito/droga, verificadas no atual cenário social, expressam

singularidades construídas a partir do vivido no cotidiano de cada indivíduo, influenciadas por fatores que funcionam ora como “protetores”, ora como “de risco” para a sua saúde e para a sua vida. A droga no mundo contemporâneo é globalizante. Tanto ela quanto o usuário e os efeitos engendradas pelo consumo extrapolam toda e qualquer individualização, seja de pessoa ou lugar, seja de tempo.

Uma questão cultural e política

A delinquência, ilegalidade dominada, é um agente para a ilegalidade dos grupos dominantes. [...] Os tráfegos de armas, os de álcool nos países de lei seca, ou mais recentemente os de droga mostrariam da mesma maneira esse funcionamento da ‘delinquência útil’, a existência de uma proibição legal cria em torno dela um campo de práticas ilegais, sobre o qual se chega a exercer controle e a tirar um lucro ilícito por meio de elementos ilegais, mas tornados manejáveis por sua organização em delinquência. Esta é um instrumento para gerir e explorar as ilegalidades.
Michel Foucault (1987)

Diversas substâncias psicoativas, conforme MacRae (2007), vêm sendo usadas para um grande leque de finalidades, como do seu emprego lúdico, com fins estritamente prazerosos, até o desencadeamento de estados de êxtase místico/religioso. O uso para os fins curativos também tem imprimido sua importância, seja no interior de práticas religiosas tradicionais, seja no contexto médico-científico da atualidade.

Esses usos foram raramente concebidos como ameaçadores à ordem social constituída, exceto durante o período da caça aos heréticos e às bruxas.

No entanto, em fins do século XIX e início do século XX, a partir da implantação de uma nova ordem médica, entendeu-se que esse comportamento precisava ser monitorado por organizações especialmente criadas para esse fim. O grande problema dessa decisão parece ter sido a perda do significado ancestral dessa prática, em uma decisão de enquadrá-lo em um sistema de proibições e punições, estranho à sua natureza.

Ainda segundo MacRae (2007, p. 1):

De forma análoga ao que havia ocorrido durante a Idade Média, a certas drogas foram atribuídos naturezas intrinsecamente nefastas, mudando-se somente o rótulo, ao invés de serem concebidas como demoníacas passaram a ser vistas como criadoras de dependência. Em ambas as situações observamos um processo de atribuição a essas substâncias de certos poderes de enfeitiçamento quase impossíveis de resistir pelo indivíduo. Isso se acentuou de tal maneira que logo outras variáveis, como as de natureza sociocultural foram obscurecidas e sua importância muitas vezes negada.

Nas décadas de 1960-1970, o consumo de drogas teve, inclusive, uma configuração diferenciada: estava associado a discursos e movimentos de contracultura, incluindo positiva e significativamente o objeto droga.

Esses movimentos de contracultura enfatizavam a liberdade individual associada a questões sociais, propondo modos de vida alternativos e questionando o consumismo, o militarismo, o valor do trabalho e a repressão intrínseca à sociedade moderna (MOURÃO, 2003).

Somente a partir da década de 1980, especialmente depois do advento da epidemia da AIDS e de outras doenças transmissíveis pelo sangue, o enfoque biopsicossocial do uso de drogas começou a receber maior credibilidade, e a influência do contexto sociocultural do uso passou a ser objeto de pesquisas mais amplas (MACRAE, 2007).

O consumo de drogas psicoativas é considerado uma questão de ordem social não somente em função de sua alta frequência, mas, principalmente, em razão dos possíveis efeitos prejudiciais para a saúde dos indivíduos e, conseqüentemente, para a sociedade.

De fato, a classificação que distingue drogas lícitas e ilícitas nos faz esquecer da velha sabedoria grega, para a qual as drogas não eram boas ou más, legais ou ilegais, leves ou pesadas, mas, antes, substâncias cuja ação, como remédio ou como veneno, dependia da dose e da forma do seu uso. Por causa da necessidade de se aprender a conhecer os efeitos diretos e secundários, os seus mecanismos de ação e a forma de uso das drogas, as variáveis como as de natureza sociocultural foram obscurecidas, e sua importância, muitas vezes negada. Por via do conhecimento, haverá possibilidade de melhor gerir o uso de substâncias. De maneira oposta, um estado de ignorância apenas contribuirá para o uso descontrolado e, conseqüentemente, problemático, até porque, de acordo com Escotado (2003), em nenhuma situação a mera proibição constituiu, iso-

ladamente, fator de abandono das substâncias. Agora, o desafio colocado prende-se com um investimento no conhecimento ou, pelo contrário, com uma aposta na ignorância.

É importante que se tenha claro que o pano de fundo está dado pela política proibicionista, atualmente hegemônica em nossa sociedade. As normas internacionais celebradas desde a Convenção Única da Organização das Nações Unidas sobre Drogas, em 1961, consagraram o proibicionismo como a forma de tratar o “tema das drogas psicoativas” no mundo, calcado na postura estadunidense de repressão e fiscalização máximas. Porém alguns questionamentos e colocações se fazem necessários para alinharmos parâmetros e alguns paradigmas sobre o tema.

As drogas e o senso comum

Em um de seus trabalhos, Jodelet (2009) estudou a representação social da doença mental em pequenas vilas francesas, onde os doentes mentais eram hospedados com as famílias locais. Uma das crenças apresentadas pelos indivíduos da comunidade era a de que se deveriam lavar os pertences da pessoa “louca” em separado para evitar a contaminação. Esse pode ser um exemplo claro de imaginário social – imaginário porque se refere a uma representação que não tem respaldo na ciência ou na existência; social porque coletivo – pertencente ou comum a um determinado grupo social –, ou seja, culturalmente inventado.

Tendo como parâmetro a consideração proposta por Jodelet (2009) do que é “culturalmente inventado”, não seria excessivo afirmar que as drogas são vistas por uma grande

parcela da população como um dos flagelos deste e do século passado, cúmplice da AIDS e de toda uma variedade de crimes e delinquências. Ao lado da vulgarização do conhecimento pela mídia e por diversificadas ações, estruturadas ou não, de caráter preventivo, o que o senso comum sabe sobre elas guarda uma enorme distância do que efetivamente são, do mesmo que as formações imaginárias, em relação aos que delas utilizam, terminam por reforçar a tendência ao uso, à marginalização e, sobretudo, à criminalidade.

Estamos assim diante de um paradoxo, pois quanto mais ‘informado’ menos se sabe, e quanto mais se faz ‘prevenção’, mais se produz o efeito contrário do estímulo, sobretudo quando se volta para os adolescentes. Neste contexto, extremamente confuso, está subjacente a situação de quase pânico, de medo permanente que permeia as relações entre pais e filhos, que alimenta uma percepção do mundo social construída no estado de ‘consciência alterada’, psiquicamente estimulada, não por substâncias químicas, mas pela desinformação, pelos preconceitos e estereótipos (ESPINHEIRA, 1995, p. 3-4).

A seguir, discutiremos algumas dessas construções sociais sobre o uso de drogas mais presentes na sociedade brasileira. Talvez a mais comum consista em não se considerar as drogas legais ou lícitas – por exemplo, o álcool, o tabaco e os medicamentos tranquilizantes – como as principais produtoras de situações problemáticas com relação ao uso e abuso dessas substâncias.

Em recente pesquisa publicada na revista *Scientific Reports*, analisou-se a letalidade de sete drogas e concluiu-se que a maconha é a menos perigosa em nível individual – 144 vezes menos mortal que o álcool. Das sete drogas incluídas no estudo, o álcool foi considerado o mais perigoso em nível individual, seguido pela heroína, cocaína, tabaco, ecstasy, metanfetamina e maconha (LACHENMEIER; REHM, 2015).

Segundo Jacobina e Nery Filho (1999), ninguém pensa no álcool ou nos tranquilizantes como “drogas”, mas são as substâncias psicoativas mais consumidas no Brasil e as que mais causam sérios danos.

As indústrias do tabaco e das bebidas alcoólicas, entretanto, geram impostos exorbitantes, e, não só por isso, mas devido à popularidade que tem, o cigarro é o grande exemplo de droga sedutora e extremamente letal, mas paradoxalmente legal, enquanto outras substâncias, muitas vezes pouco ofensivas à saúde, são rigorosamente proibidas ou bem restritas, como os alucinógenos e a maconha o são na maioria dos países do Ocidente e do Oriente. Segundo Boiteux (2006), o estudo da questão da droga como problema sociocultural inclui a avaliação do custo social da proibição a ser medido não só em termos de saúde pública, mas também em termos culturais, econômicos, sociais e jurídicos.

Outra construção social é a de que qualquer uso resultará em dependência. O fato de experimentar não significa, necessariamente, dar o primeiro passo para a dependência. Zinberg (1984) desenvolveu um estudo no qual verificou que há uma larga escala de padrões de uso. Alguns indivíduos podem manter o uso de drogas sob controle, evitando os efeitos destrutivos, o uso excessivo ou o abuso.

Uma terceira construção social concerne à associação existente entre drogas ilícitas, exclusão e marginalidade. Segundo Espinheira (1995), nossa cultura ainda não reconheceu o uso controlado das drogas ilícitas. Todos os usuários são declarados “desviantes” e são uma “ameaça” para a sociedade, ou são “doentes” necessitando de ajuda, ou “criminosos” passíveis de punição.

Para ele, a inter-relação de fatores de personalidade e sociais é que determina a qualidade do uso de drogas. O impacto que o uso de drogas ilícitas causa na família pode provocar reações de rejeição e exclusão do usuário, levando, muitas vezes, ao aumento do consumo. Além disso, o “terror” que habita o imaginário social com relação a essas drogas frequentemente leva à banalização do uso de outras drogas (lícitas), que, se usadas de forma abusiva, podem provocar efeitos tão destrutivos quanto os das primeiras.

Uma quarta associação imaginária é a vinculação reducionista do uso de drogas ilícitas à improdutividade e à violência. E, dentro dessa visão, o consumo de drogas ilícitas pode ser visto como um coadjuvante deflagrador de diversas formas de violência. Contudo vários desses discursos não se apoiam, necessariamente, em fatos presenciados de agressões por usuários. Também são ambíguas as referências que estabelecem nexos entre violência contra terceiros e uso de drogas.

Ao analisar as políticas públicas, é preciso tentar estimar então o custo social da droga, constituído não só pelos sanitários – doenças provocadas pelo consumo –, mas também pelos gastos com prevenção, repressão, acidentes e, sobretudo, o custo da delinquência ligada à droga.

O custo social da droga é calculado através da soma do custo individual (abrange o conjunto das despesas diretamente assumidas pelos consumidores da droga. Em primeiro lugar, encontram-se as somas destinadas à compra da droga, depois, o número de mortes entre os utilizadores e, enfim, as doenças provocadas pelo consumo) com o custo externo (compreende as despesas impostas à sociedade pelos consumidores de drogas). Esta rubrica abrange os gastos gerados pela prevenção e a repressão de drogas ilegais, o custo dos acidentes envolvendo terceiros ou danos à infraestrutura ligados ao abuso de droga e, sobretudo, o custo da delinquência associada à droga (KOPP, 1998, p. 222).

Apesar das dificuldades em estimar custos tão complexos, é necessário fazê-lo na medida em que seu desconhecimento fortalece o próprio modelo proibicionista, que, baseado na premissa da eficácia da proibição, considera que seus benefícios compensam os custos.

O discurso proibicionista vende o assunto “droga” como um tabu. Nele, as substâncias proibidas representam o mal absoluto, a corrupção da juventude e a negação dos valores morais, ignorando completamente outras representações, costumes e culturas. Por ser normalizador, alça algumas drogas, tidas como imorais e perigosas, à categoria de ilícitas. Segundo Boiteux (2006, p. 234):

O discurso considera a droga uma ameaça intolerável e inaceitável à população, a pon-

to de sua proibição constituir um imperativo absoluto, e nesse aspecto se misturam os fundamentos morais com os fundamentos sanitário-sociais.

Se nos detivermos na dimensão moral do discurso proibicionista, perceberemos que não existe o consenso indispensável a toda regra moral na proibição das drogas, razão pela qual o discurso proibicionista substituiu, paulatinamente, o argumento moral por argumentos sanitários e sociais para fundamentar a proibição das drogas, muito embora o moralismo ainda permaneça profundamente impregnado nesse discurso (BOITEUX, 2006, p. 235-236).

O fundamento sanitário e social constituiria, em princípio, a melhor justificativa para a proibição, por se apresentar como o discurso mais bem construído. Em tese, nenhuma pessoa ousaria contestar a legitimidade do Estado em proteger a saúde pública, mas, na verdade, esse discurso é intrinsecamente falso, apesar de formalmente válido, pois preconiza a abstinência ao uso de drogas, problema de saúde pública, mediante a utilização de meios – prisão e interferência do sistema penal – que não têm condições de solucioná-lo.

O discurso proibicionista adota algumas teorias, como a da “epidemia” e da “escalada”, para justificar a proibição e, apesar nunca terem sido comprovadas e já terem sido totalmente desacreditadas em várias pesquisas (ESCOHOTADO, 2008; MACRAE, 2008; BATISTA, 2013; BASTOS; BERTONI, 2014), permanecem no imaginário popular, repetidas como verdades absolutas, e continuam sendo aceitas sem questionamento na elaboração de políticas públicas proibicionistas.

A “teoria da epidemia” considera que o uso de drogas deve ser proibido ao comparar a toxicomania a uma doença contagiosa que se propaga rapidamente. Já a “teoria da escalada” considera a existência de uma hierarquia entre drogas pesadas e drogas leves, e afirma que a razão para estas últimas serem proibidas seria a escalada que, necessariamente, levaria do uso das consideradas leves ao daquelas tidas como pesadas (CABALLERO; BISIYOU, 2000). Como a teoria da epidemia não explica as diferenças entre o uso do álcool e tabaco – drogas lícitas – e o uso de maconha – ilícita –, os proibicionistas se defenderam com base na ideia da escalada, aplicando-se aí a teoria assim conhecida (BOITEUX, 2006, p. 235).

Elaborada nos anos de 1930 nos Estados Unidos, a “teoria da escalada” foi retomada pelos proibicionistas nos anos de 1960 e permanece sustentando, inclusive no Brasil, o discurso proibicionista contra a cannabis, em resposta às pesquisas que afirmam ser esta menos perigosa do que o álcool ou o tabaco no que se refere à dependência e efeito tóxico sobre o organismo. De acordo com Caballero e Bisiou (2000), um boletim elaborado pelo Bureau of Narcotics em 1965 teria reeditado essa teoria em um relatório intitulado “Living death: True about drug addiction”.

Além de nunca ter sido comprovada empiricamente, a “escalada” foi desacreditada pelas estatísticas e pelos antiproibicionistas, que a consideram fantasiosa. Por mais difícil que seja esse tipo de pesquisa comparativa, que visa saber se drogas como a maconha levariam ao consumo de drogas como a heroína, a estimativa citada por Caballero e Bisiou é que o número de usuários de maconha que passaram a usar heroína não superaria 5%, estatística que por si só já desacredita a “escalada” dos outros 95%. Argumentam Caballero e Bisiou (2000, p. 101), com precisão, que:

[...] em todo caso, é impossível se encontrar uma relação de causalidade entre o fato de consumir maconha e o de se picar com heroína. Tampouco existirá senão uma vaga correlação, que se poderia igualmente aplicar ao álcool e ao tabaco [...]. No mais, a teoria da escalada não corresponde a nenhuma lógica farmacêutica tendo em vista que a cannabis (alucinógeno), a cocaína (estimulante) e a heroína (depressivo) não pertencem sequer à mesma família de psicotrópicos.

Assim, o usuário de drogas pesadas pode ter começado a usar drogas leves antes de aprofundar o seu vício, mas isso não significa dizer que todos ou a maioria dos usuários de maconha passem para outros tipos de consumo considerados mais danosos.

O ponto mais importante a ter em vista é a própria lógica proibicionista, a qual cria o mercado ilícito e insere o usuário no circuito clandestino, no qual está disponível tanto a droga mais pesada como a droga leve, lado a lado. De fato, não seria a droga leve que levaria ao uso de outra mais pesada, mas sim a fronteira da ilegalidade, que mistura drogas leves e pesadas, contribuindo para a marginalização do usuário, o que, eventualmente, pode levar à experimentação de outras substâncias.

De todo modo, as drogas proibidas, independentemente de sua potencialidade lesiva, são tratadas pela lei da mesma forma: proibição total. A única escalada que poderia ser verificada, portanto, seria uma “escalada jurídica”, incentivada pela própria norma proibicionista. Drogas que antes eram consumidas com certa liberdade ou restrições frouxas passaram a ser de uso restrito ou totalmente vedado. A consequência

direta não foi a redução ou eliminação dos mercados, mas seu incremento. O proibicionismo estabelece um novo crime e um novo mercado. Como pontua Rodrigues (2008, p. 94), “[...] as normas proibicionistas, antes de banir as drogas visadas, acabam por inventar o narcotráfico”.

De fato, o proibicionismo se mostra uma estratégia plena de potencialidades em termos de controle social e criminalização de parcelas da população que já deveriam ser controladas pelo “bem comum” e em nome “da paz civil”. Esse movimento moralista não se restringia ao ataque às substâncias consideradas problemáticas. Vincularam de forma explícita o uso de “substâncias venenosas” a grupos sociais tidos como “perigosos”, “ameaçadores”, “virulentos” (PASSETTI, 1991; RODRIGUES, 2008). Era recorrente, nas primeiras décadas do século XX, entre grupos proibicionistas, na mídia e nos discursos governamentais nos Estados Unidos, a associação direta de negros à cocaína, hispânicos à maconha, irlandeses ao álcool, chineses ao ópio. Conforme Rodrigues (2008, p. 95), criou-se, assim, um novo tipo de crime e um novo mercado ilícito.

[...] o ‘novo crime’ do tráfico e consumo de drogas foi imediatamente conectado a camadas das crescentes populações urbanas que representavam uma ameaça ao Estado e às classes que o controlavam: perigo de insubmissão, de greve, de higiene, de ataques à pessoa e à propriedade.

O autor ainda afirma que:

As assustadoras hordas de pobres, imigrantes e negros faziam, supostamente, uso imoderado de drogas psicoativas, o que revelava sua degenerescência moral e física, e aumentava o perigo que representavam (RODRIGUES, 2008, p. 95).

Essa ação proibicionista contra psicoativos e a vinculação entre minorias e drogas não foram exclusividade dos estadunidenses, mas também localizável em outros países das Américas e da Europa (ESCOHOTADO, 2008; RODRIGUES, 2008).

Foi no período de 1910 a 1920 que o Estado passou a tratar o uso de drogas psicoativas como uma “epidemia”, e não mais um problema sanitário de menor importância, tendo como desdobramento quase imediato sua transformação em um “caso de polícia”. Esse fato ocorreu quando o hábito de usar drogas não se restringia mais apenas às prostitutas, aos pequenos criminosos, à classe trabalhadora urbana, mas passou a se fazer presente na classe abastada (RODRIGUES, 2008, p. 99). Essa mesma conduta foi sendo atualizada com o passar do tempo, porém a prática de controle se manteve com o mesmo intuito.

Proibicionismo: governando a população

Michel Foucault apontou como o final do século XVIII e o início do século XIX assistiram ao surgimento de um novo “problema”, percebido dessa forma por governos e intelectuais: a população. A industrialização e a modernização, com a concentração de terras no campo, passaram a gerar um êxodo

em direção às cidades fabris europeias, de modo a multiplicar rapidamente o número de habitantes nas novas metrópoles. Governar uma cidade, um Estado, a partir de então, deveria ser a arte de administrar e conter massas humanas aglomeradas em cidades, cujo crescimento se dava com expressiva velocidade (FOUCAULT, 2008).

Como assinala Foucault (2008), a atenção necessária à população leva ao desenvolvimento de saberes conectados – a medicina social, a demografia, a estatística, entre tantas outras –, que, em conjunto, auxiliam a configuração de um contemporâneo poder de polícia, o que significa não apenas perseguir criminosos, mas gerenciar minúcias da vida individual e coletiva, uma “arte racional de governar” (FOUCAULT, 1997, p. 85). Dessa forma, torna-se necessária a constituição de saberes que forjem corpos saudáveis para o trabalho e mansos para o trato. A passagem do século XVIII para o XIX cristalizou o que Foucault chamou de “momento histórico das disciplinas”, quando:

[...] nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco a aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente (FOUCAULT, 1987, p. 127).

Urgia, portanto, desenvolver meios de governar que tornassem os indivíduos úteis, dóceis, produtivos e sãos. A essa forma de exercício do poder Foucault chamou de biopoder.

Nessa perspectiva, a biopolítica é uma tecnologia que inaugura novos mecanismos de intervenção do poder e extração de saber, com a intenção de governar a população e os fenômenos produzidos pela vida em coletividade. Esses mecanismos vão tratar, sobretudo:

[...] de previsões, de estatísticas, de medições globais; [...] de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global (FOUCAULT, 1999, p. 293).

Utilizando como estratégia ações disciplinares de cunho coercitivo, como a prisão e a ação das “forças da lei”, a biopolítica operou incrementos nas condições de vida dessas mesmas populações vigiadas, o que originou investimentos em saúde pública – campanhas de vacinação, reformas urbanas, saneamento público, regulamentação das profissões médicas etc. –, os quais significavam, a um só tempo, a melhoria de vida e o fortalecimento para o trabalho.

Assim, Foucault (1999) identifica positivities no exercício do poder, ou, em outras palavras, que governar não se restringia a coagir – no sentido de provocar morte –, mas também em “causar vida”.

A conjunção entre coerção e assistência, a confluência entre reprimir e oferecer, é uma das formas pelas quais se pode entender o surgimento de uma política como a proibicionista. O controle e a regulamentação do uso de drogas foram parte fundamental da consolidação da autoridade médica no século XIX e princípio do XX, legitimando os usos das substâncias

psicoativas com base na ciência médica ocidental e caracterizando como ilegítimas práticas tradicionais ou que escapassem de algum modo aos cânones médicos.

Desse modo, seguindo o referencial teórico desenvolvido por Foucault, dizer que esse tipo de política proibicionista tem, por si só, uma existência coercitiva ou repressiva é empobrecer a rede de relações que permeia a história do uso de substâncias psicoativas.

Seria muita ingenuidade acreditar que o conjunto de postulados que compõe esses projetos seja neutro, pois se observa que a questão dita “repressiva” envolvida no uso de substâncias psicoativas não pertence a um conjunto de regras de direito pura e simplesmente, mas a um conjunto de técnicas disciplinares e de controle cujas relações de poder e saber estão diretamente implicadas com a norma e, conseqüentemente, com a produção de verdade.

A partir de um determinado momento de sua obra, Foucault percorre os mecanismos de poder por meio de dois pontos de referência: por um lado, as regras de direito que incidem formalmente no poder e, por outro, os efeitos de verdade produzidos pelo poder. Esses dois limites conduzem ao que ele chama de triângulo entre poder, direito e verdade (FOUCAULT, 1999).

A interrogação básica a que esse tipo de pesquisa conduz seria a seguinte, nas palavras de Foucault (1999, p. 28):

Quais são as regras de direito de que lançam mão as relações de poder para produzir discursos de verdade? Ou ainda: qual é esse

tipo de poder capaz de produzir discursos de verdade que são, numa sociedade como a nossa, dotados de efeitos tão potentes?

Com isso, se múltiplas relações de poder atravessam o corpo social, elas não podem se legitimar sem a produção de um discurso verdadeiro que vai além das regras de direito, pois, afinal de contas, escreve Foucault (1999, p. 29):

[...] somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer em função de discursos verdadeiros, que trazem consigo efeitos específicos de poder.

Afirmamos anteriormente que a proibição de algumas drogas não garante a diminuição ou o fim do uso; ao contrário, a proibição torna o negócio mais lucrativo, e, acrescentamos, a verdade da proibição investe o mercado, pois ela circula tal qual qualquer outra mercadoria.

Como aponta Rodrigues (2003, p. 12):

[...] os produtos comercializados [...] são substâncias amplamente desejadas e que são hoje ilegais. Tal ilegalidade significa que o circuito de produção e venda de inúmeros compostos químicos é proibido de existir segundo leis específicas [...] essas leis, no entanto, não bastam para erradicar

a procura por tais substâncias, fato que impulsiona um rentável negócio clandestino que se dedica a fazer chegar ao consumidor sua droga preferida.

Mercados de drogas são muito rentáveis, e a margem de lucro no comércio ilegal é ainda maior que no legal. Não importa se as drogas são proibidas ou permitidas por lei: sempre existe alguém querendo comprá-las e alguém querendo vendê-las. O comércio acontece e movimenta centenas de bilhões de dólares por ano.

Fernandez (1997) aponta que o proibicionismo cria novas questões associadas ao uso de substâncias psicoativas e, especialmente, agrega valor à mercadoria.

[...] as drogas são mercadorias, cuja proibição vem possibilitando lucros extraordinários e consolidando uma poderosa economia ilegal [...]. O proibicionismo e a política de guerra se mostraram um fracasso como política de controle de drogas (FERNANDEZ, 1997, p. 120).

Carneiro (2002), ao abordar a dimensão do lucro, traz o debate para a questão do “controle estatal”, pois:

A noção de um Estado investido do poder de polícia mental e comportamental, que legisla sobre os meios botânicos e químicos de que os cidadãos se utilizam para interfe-

rir em seus estados de humor e de consciência e que pune os que desobedecem é um pressuposto necessário para a hipertrofia do lucro obtido no tráfico. Em outras palavras, a proibição gera o superlucro. Por essas razões, a reivindicação da discriminação das drogas choca-se tanto com os interesses dos grandes traficantes assim como com os do Estado policial (CARNEIRO, 2002, p. 127).

A questão da ilegalidade do uso de algumas substâncias psicoativas decorre de normativas determinadas por diversos elementos, os quais, dependendo da conjuntura econômica, social e histórica, pendem para o “lado” da proibição ou da permissão.

Como destaca Passetti (1991, p. 37):

A legalidade/ilegalidade das drogas é uma resultante histórica do Estado moderno: conjunto de verdades sustentando o poder calcado em relações econômicas e políticas.

Em síntese, a determinação do que pode ou não ser “livre” é conjuntural e sofre múltiplas determinações. Segundo Rodrigues (2003), muitos se surpreendem ao saber que no século XIX era possível a compra de cocaína, heroína e seus derivados em farmácias, até mesmo nos Estados Unidos, país que no século XX assumiu a vanguarda da cruzada antidrogas. O autor explica que as ações severas por parte do governo, para conter a produção, venda e consumo de substâncias psicoativas, respondem às exigências feitas, após a Guerra Civil norte-

-americana (1861-65), por alguns grupos envolvidos com igrejas e instituições protestantes. Nesse contexto, constroem-se movimentos proibicionistas pautados na tradição puritana do protestantismo calvinista, eminentemente marcado pela busca racional de ganho econômico a partir da vida disciplinada e do apego ao trabalho. Tais movimentos conquistaram espaços e garantiram legislações naquele país e, paulatinamente, foram impondo o proibicionismo para o restante do mundo.

Desde seu princípio, a estratégia de modelo penal no trato de substâncias psicoativas teve como alvo setores da população que o Estado desejava controlar. Vemos o quanto a “guerra às drogas” é utilizada como instrumento legitimador para a perseguição aos pobres. Trata-se de uma guerra contra segmentos da população, exacerbando a violência do poder punitivo.

Como explica Karam (2012), o paradigma da “guerra” é utilizado para construir o “inimigo” que deve ser eliminado:

A ‘guerra às drogas’, como quaisquer outras guerras, é nociva, insana e sanguinária. A ‘guerra às drogas’ não se dirige propriamente contra as drogas. Dirige-se, sim, como quaisquer outras guerras, contra pessoas – os produtores, comerciantes e consumidores das substâncias proibidas, especialmente os mais vulneráveis dentre eles, os mais pobres, marginalizados, desprovidos de poder, que são as maiores vítimas da violência causada pela irracional insistência na proibição das selecionadas substâncias psicoativas tornadas ilícitas (KARAM, 2012, [s.p.]).

Nesse sentido, é essencial observarmos o quanto o discurso proibicionista conforma o entendimento que se tem a respeito das “drogas ilícitas” e da política para combatê-las. Isso faz com que coloquemos a questão das “drogas” no âmbito da segurança pública, impedindo que a pensemos a partir do âmbito da liberdade, afastando-nos da percepção de que o controle social está sempre presente, pois, na maioria das vezes, quando se trata de ações voltadas a jovens e adolescentes envolvidos direta ou indiretamente com drogas, aos jovens pobres é atribuído o *status* de traficantes perigosos que devem ser detidos, e aos de classe média e alta, o *status* de usuários que devem ser protegidos.

O mercado da droga

A condição de uma droga perante a lei influencia o impacto que seu comércio tem sobre a economia. O de drogas lícitas impulsiona os mercados de comunicações, embalagens, transportes, dentre outros. Já o conjunto de interesses por trás do narconegócio é impressionante: indústria bélica, exploração camponesa, mercado financeiro, indústria farmacêutica, indústria de bebidas alcoólicas, indústria de fumo, apenas para citar alguns.

O Estado enseja um jogo entre o legal e o ilegal, no qual se destacam três etapas: produção, distribuição-consumo e lavagem de dinheiro¹ (IULIANELLI, 2000).

¹ Esse termo se caracteriza por um conjunto de operações comerciais ou financeiras que buscam a incorporação na economia de cada país, de modo transitório ou permanente, de recursos, bens e valores de origem ilícita (BRASIL, 1998).

Também existem semelhanças na forma de ação do mercado no que diz respeito às drogas lícitas e ilícitas sobre a economia. Os produtos lícitos e ilícitos causam mortes e doenças, pondo em jogo a perda de produtividade e os gastos com saúde pública, especialmente quando falamos de álcool e tabaco, drogas consumidas por um número bastante significativo da população mundial.

Comuns na sociedade contemporânea, o álcool, o tabaco e a cafeína raramente são nomeados pelo pejorativo nome de droga. Não que seus efeitos psicoativos sejam ignorados, mas sua onipresença permite que as pessoas os tratem com certa intimidade. Segundo o Relatório Global sobre Álcool e Saúde, divulgado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2014, o álcool é consumido praticamente em todo o mundo. Globalmente, estima-se que indivíduos com idade de 15 anos ou mais consumiram em torno de 6,2 litros de álcool puro em 2010 (equivalente a de 13,5 gramas por dia). No Brasil, o consumo total estimado é equivalente a 8,7 litros por pessoa, quantidade superior à média mundial. Estima-se que homens consumam 13,6 litros por ano, e as mulheres, 4,2. Quando são considerados apenas os indivíduos que consomem álcool, essa média sobe para 15,1 litros de álcool puro por pessoa (mulheres: 8,9 litros; homens: 19,6 litros) (WHO, 2014).

Apesar de o álcool e o tabaco sofrerem restrições de propaganda, de venda e de consumo em locais públicos, ambos são produtos aceitos pela cultura e pela lei da maioria dos países. Sua produção e comércio são organizados por indústrias globais que operam nas bolsas de valores e trabalham segundo princípios modernos de administração e, principalmente, de marketing.

Os pesquisadores Zhang e Monteiro (2013), da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao realizarem pesquisa sobre álcool e saúde, constataram que a globalização e a consolidação da indústria, o patrocínio de pesquisas, o marketing, bem como as iniciativas de responsabilidade corporativa, são as principais atividades dessas empresas que podem influenciar o estabelecimento de políticas do álcool na América Latina.

[...] As cervejarias globais, por exemplo, controlam a maior parte do mercado em 12 países da América Latina, representando mais de 90% das vendas de cerveja em oito desses países. Essas empresas entraram nos mercados da América Latina comprando novas fábricas, operando como parceiros na distribuição, criando joint ventures, comprando ações em empresas existentes, e adquirindo e comercializando produtos locais baratos e bem-sucedidos juntamente com marcas internacionais mais caras. Uma tática mais agressiva é simplesmente comprar a concorrente local. [...] essas empresas são as principais anunciantes promovendo as marcas de bebidas alcoólicas por meio de publicidade, patrocínio e marketing direto. [...] o patrocínio de eventos esportivos, musicais e culturais é outra estratégia comum [...] as empresas de bebidas alcoólicas investem milhões de dólares para patrocinar grandes eventos esportivos internacionais, como a Copa do Mundo de Futebol (ZHANG; MONTEIRO, 2013, p. 77).

Ainda segundo a mesma pesquisa, o uso nocivo do álcool é um dos fatores de risco de maior impacto para a morbidade,

mortalidade e incapacidade em todo o mundo, e parece estar relacionado a 3,3 milhões de mortes a cada ano. Dessa forma, quase 6% de todas as mortes em todo o mundo são atribuídas total ou parcialmente ao álcool.

Algumas características e tendências das indústrias do café, do cigarro e da cerveja são comuns entre si. As empresas que lideram os três mercados são poucas e grandes, e, com o passar do tempo, têm se tornado cada vez menos numerosas e mais poderosas. Nas últimas décadas, ocorreram algumas fusões entre as maiores do ramo, repetindo a tendência verificada em outros mercados. Atualmente, duas empresas controlam mais de 40% do mercado global de cervejas e 80% do mercado norte-americano de álcool, o maior do mundo. No caso do cigarro, quatro multinacionais controlam 84,2% do mercado mundial². No mercado do café, acabamos de presenciar a fusão entre multinacionais para enfrentar a hegemonia de uma única empresa que domina aproximadamente 23% do mercado mundial (ARAÚJO, 2012).

As empresas se fundem para sobreviver ao mercado altamente competitivo e vão usando estratégias de lobby como ingrediente indispensável no mercado de drogas legais para lidar com as ameaças de governos de aumentar as taxas e restringir o consumo abusivo e as propagandas. Enfim, as maiores preocupações da economia das drogas lícitas estão baseadas na diminuição de demanda, em cortar custos, fazer lobby contra a tributação de seus insumos.

2 As cinco empresas que dominam o mercado do tabaco são China National Tobacco Corporation (32% do mercado), Philip Morris International (18,7%), British Tobacco (17,1%), Japan Tobacco International (10,8%) e Imperial Tobacco/Altadis (5,6%) (SHAFÉY et al., 2009, p. 50).

Existem poderosas indústrias – legais e ilegais – que produzem, publicizam e circulam substâncias psicoativas. O narcotráfico tornou-se o carro-chefe de uma nova economia do ilícito que habita as cidades mundiais e faz parte da sustentação do sistema econômico vigente. O expansivo mercado representado pelo tráfico de drogas e pelas redes do crime organizado, globalizados e conectados aos circuitos desterritorializados do capital financeiro, faz propagar ofertas de substâncias.

Nesse sentido, poderíamos pensar em uma “pendência química”, uma disputa de mercado em que a conquista de consumidores de estados alterados de consciência tornou-se uma estratégia de corporações – legais – e do crime-negócio – ilegal.

Na análise do comportamento dos usuários de drogas, Kopp (1998, p. 128) afirma que estes:

[...] não são insensíveis aos sinais do mercado [...] e reagem às mudanças nos preços das drogas, substituindo um produto por outro e, em certos casos, refreando o consumo”.

Contudo, o autor rejeita a tese da irracionalidade do consumo de drogas, pois entende que:

[...] mesmo tendo se tornado um consumidor regular, o indivíduo conserva um resíduo de capacidade de escolha que ele utiliza

para tentar otimizar seu consumo de droga num ambiente estimulante em que as variáveis são a renda, o preço, a dependência e o prazer proporcionado pela droga (KOPP, 1998, p. 56-57).

A participação no comércio de drogas se configura em uma possibilidade concreta de trabalho e de geração de renda para muitos jovens, de todas as classes. O tráfico de drogas faz parte da economia global e, como aponta Vera Telles (2006, p. 174), opera:

[...] como outros tantos circuitos por onde a riqueza social globalizada circula e produz valor, tornando indiscerníveis as diferenças entre emprego e desemprego, entre trabalho e não-trabalho.

O tráfico é uma atividade que compõe tendências atuais de consumo, estilo de vida e valores recorrentes entre jovens de todo o mundo.

Em “Nascimento da biopolítica” (2008), Foucault afirma que a política de combate ao tráfico de drogas, a partir dos anos de 1960, passou a se orientar pela caracterização do tráfico como um fenômeno de mercado; uma política de guerra às drogas enquadrada em uma governamentalidade neoliberal³.

3 No conjunto de aulas proferidas em 1979 no College de France, publicadas sob o título “Nascimento da biopolítica” (2008), Foucault discute destacadamente o que chamou de governamentalidade neoliberal. A noção de governamentalidade é um veículo usado por Foucault para tratar da conexão entre prática de governo e regime de verdade. A governamentalidade neoliberal se caracteriza pela eleição do

Isso implica um cálculo que considera o tráfico de drogas como um gerador de externalidades negativas no âmbito da coletividade, embora possibilite ao indivíduo maximizar sua utilidade própria. Isso significa que o tráfico gera prejuízos para “terceiros”, custos monetários ou não monetários resultantes da interdependência social entre diferentes sujeitos – consumidores, familiares, vizinhanças, comerciantes – que, de alguma forma, sofrem o impacto de suas ações. Tal impacto deve ser calculado e, a partir de uma racionalidade de mercado, o cálculo deve orientar as políticas.

Assim sintetiza Foucault (2008, p. 349-350) a política penal em uma governamentalidade neoliberal:

[...] a política penal deve renunciar absolutamente, a título de objetivo, a supressão, a essa anulação exaustiva do crime. A política penal tem por sentido regulador uma simples intervenção no mercado do crime em relação à oferta do crime. É uma ação que limitará a oferta do crime, e a limitará tão somente por uma demanda negativa cujo custo, evidentemente, não deverá superar nunca o custo dessa criminalidade cuja oferta se quer limitar.

Nessa política, não se deve extinguir o tráfico, mas a punição deve antes buscar um equilíbrio entre a oferta do crime e sua demanda negativa, seu impacto em termos de custos para

mercado como regime de verdade: o mercado passa a ser o lugar de verificação das práticas de governo – da análise das políticas estatais até a análise da racionalidade interna dos comportamentos humanos.

a coletividade. Foucault demonstra que, a partir da década de 1970 – momento de grande ampliação do consumo e da circulação de drogas pelo mundo –, a repressão voltou-se para os “pequenos traficantes da esquina”, e não para o refino e distribuição, por uma questão de cálculo econômico.

Foucault argumenta que a política de desmantelamento das redes de refino e de distribuição, realizada até os anos de 1960, levou a um aumento do preço unitário da droga, fortaleceu o oligopólio de grandes traficantes e aumentou a criminalidade, pois o adicto paga o preço que for necessário – a demanda, nesse caso, é inelástica (FOUCAULT, 2008, p. 351). Tal situação aumentou os custos da criminalidade e uma reação da política antidrogas, voltada para o seguinte cálculo: aumentar o custo para os novos consumidores, cujo consumo é elástico – não estão dispostos a pagar qualquer preço –, e baixar o custo para o adicto.

E a partir daí toda uma política de esforço da lei voltada para os novos consumidores, para os consumidores potenciais, para os pequenos traficantes, para esse pequeno comércio que se faz nas esquinas; política de esforço da lei que obedecesse a uma racionalidade econômica que era a racionalidade de um mercado (FOUCAULT, 2008, p. 353).

Essa política estatal coexiste com uma complexa rede entrelaçada de práticas e significados em torno das “drogas ilícitas” e delinea um cenário de crescente conflito da polícia com pequenos traficantes varejistas, engendrando situações dramáticas de violência.

Droga e violência

Somente uma razão entorpecida pode conciliar com uma expansão do poder de punir, que, utilizando até mesmo a repressão militarizada, crescentemente desrespeita clássicos princípios garantidores, assim ameaçando os próprios fundamentos do Estado Democrático de Direito.

Maria Lúcia Karam(2003)⁴

O proibicionismo, além de não ter resolvido o problema que se propôs resolver – que era erradicar as drogas ilegais –, criou outros tantos que são ainda mais lesivos do que o abuso de drogas. São eles, dentre muitos outros, o incremento da violência, o encarceramento em massa e a corrupção de agentes estatais.

A violência é própria do modelo bélico. O homem convive com as drogas há milênios e essa relação nunca foi violenta. O que introduziu o elemento violência nessa relação foi justamente a opção pelo modelo bélico.

A produção e o comércio de drogas ilícitas são, junto com o tráfico de armas, o maior mercado criminoso do mundo. Funcionando sem nenhum tipo de regulação, o comércio dessas drogas envolve, na maior parte das vezes, exploração de trabalho, inclusive infantil, contaminação ecológica, corrupção de agentes públicos e, o que é mais grave,

⁴ Trecho extraído de pronunciamento da jurista no Fórum Democracia, Direitos Humanos, Guerra e Narcotráfico, realizado em 2003 no Rio de Janeiro.

utilização de violência armada para demarcação de interesses e outros conflitos (FIORE, 2012, p. 14).

Desde a primeira metade da década de 1990, a relação entre tráfico de drogas e conflitos esteve vinculada à construção do narcotráfico como um negócio transterritorial e se destacava como um conjunto muito fluído e difícil de caracterizar, relacionado ao tráfico internacional de drogas ilícitas.

O processo histórico pelo qual um conjunto de drogas psicoativas passou a ser controlado e, posteriormente, proibido trouxe consigo não a realização da utopia proibicionista – o banimento completo de algumas drogas e dos hábitos associados a elas –, mas a produção de um grande mercado ilegal, que, ao longo do século XX, cresceu em potência e violência (BOITEUX, 2006).

Praticamente a maior parte dos países do mundo, ao longo do século XX, efetivou políticas repressivas ao uso de certas drogas (VARGAS, 2008, p. 54). No Brasil, qualquer relação é criminalizada por:

[...] quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar [...] (BRASIL, 2006).

As penas são cada vez mais endurecidas para a produção e comercialização; o tráfico de drogas tornou-se crime inafiançável, em que o acusado não pode responder ao processo em

liberdade. Há com isso um aumento e uma ampliação do encarceramento, visto que a tendência da lei é enquadrar toda e qualquer conduta como tráfico de drogas. E o fato de a lei tratar o tráfico de uma forma muito dura gera essas consequências.

No Brasil, temos hoje quase 500 mil pessoas nas prisões, sendo que o nosso sistema prisional tem capacidade para aproximadamente 250 mil pessoas. Isso significa que há um déficit de aproximadamente 50%, quer dizer, as prisões no Brasil são verdadeiras sucursais do inferno e grande parte das pessoas presas no Brasil está processada ou condenada por tráfico de drogas (MARONNA, 2011, p. 56).

Como foi visto, em termos de práticas discursivas o traficante torna-se um dos maiores inimigos públicos e é identificado como um vilão destruidor de lares, agente malicioso aliciador de jovens, carrasco que indica o caminho da perdição para inocentes filhos de famílias dignas – assim como o usuário adquire *status* de corresponsável pelo tráfico.

É recorrente a caracterização do traficante de drogas como um criminoso contumaz, integrante de organização criminosa complexa e rigidamente hierarquizada, voltada para a sua atividade-fim específica, qual seja, o próprio tráfico de drogas ilícitas. O estereótipo também inclui, como característica básica, o comportamento violento do agente e a prática frequente de outros delitos (BOITEUX et al., 2009a, p. 94).

A luta contra o crime, consorciado com o comércio de drogas, exige recursos crescentes, muitas vezes em detrimento do investimento em saúde pública e, inicialmente, era a razão de ser da política proibicionista. Todavia a repressão à produção em um local levou a que esta fosse transferida para outras regiões, mantendo a oferta global estável.

Mas a violência não provém apenas dos enfrentamentos com as forças policiais, da impossibilidade de resolução legal dos conflitos ou do claro estímulo ao mercado das armas. A diferenciação, o estigma, a demonização, a hostilidade, a exclusão, derivados da própria ideia de crime, sempre geram violência, seja da parte de agentes policiais, seja da parte daqueles a quem é atribuído o papel do ‘criminoso’ (KARAM, 2012, p. 4).

No Brasil, segundo o “Mapa da violência 2014”, de Waiselfisz, a guerra às drogas mata muito mais que as drogas em si. São aproximadamente 49 mil mortes anuais por violência/homicídio, contra uma média de aproximadamente 8.138 mortes anuais decorrente do uso de drogas no Brasil, conforme relatório da Confederação Nacional dos Municípios (2014), 95% das quais causadas por substâncias lícitas (82% álcool e 13% fumo).

Segundo o Relatório de 2013 da Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes (JIFE), as zonas de narcotráfico intenso costumam apresentar elevados índices de violência e de corrupção. O estudo aponta ainda que as organizações criminosas que conseguem construir um império do narcotráfico tornam-se forças políticas, com o poder e a autoridade.

de de instituições legítimas. Nesse caso, as próprias autoridades estabelecidas para controlar e reprimir o narcotráfico acabam comprometidas por causa da corrupção. “Os países em desenvolvimento e países emergentes de conflitos são especialmente vulneráveis à corrupção relacionada com a droga” (JIFE, 2014, p. 88).

Além disso, os lucros gerados pelos mercados de drogas ilícitas ultrapassam frequentemente os recursos financeiros de instituições públicas. “Um fato que não pode ser esquecido é que a intimidação e a corrupção de agentes públicos facilitam a exploração desses mercados ilegais por organizações criminosas”, afirma o estudo (JIFE, 2014, p. 88).

De acordo com a JIFE (2014), não é fácil medir o alcance real da corrupção. Os dados oficiais dos países sobre o tema costumam ser extraídos das estatísticas nacionais relativas à delinquência e indicam, com mais ênfase, o êxito das iniciativas de luta contra a corrupção do que a prevalência das ações ilícitas.

O relatório aponta ainda que a corrupção deteriora a credibilidade e a eficiência do sistema de justiça criminal e debilita o Estado de Direito. Os países onde o narcotráfico existe são especialmente vulneráveis.

[...] o uso de violência e intimidação sistemática, a corrupção e a extorsão de funcionários públicos, os grupos criminosos ricos e poderosos têm sido capazes de enfraquecer os sistemas policiais e judiciais (JIFE, 2014, p. 102).

Dentro desse discurso proibicionista, é construído um estereótipo do mundo das drogas em que a violência é aceita, e, ainda, os sujeitos diretamente envolvidos com a problemática das drogas são responsáveis por:

[...] um forte esquema de ‘naturalização’ e aceitação social da violência que opera em vários níveis e mediante diversos mecanismos, mas fundamentalmente pela visão que uma determinada dose de violência, que varia de acordo com a época, o grupo social e o local, deve ser aceita e torna-se até necessária, inclusive por aquelas pessoas e instituições que teriam a obrigação e responsabilidade de proteger a sociedade da violência (WAISELFISZ, 2014, p. 185).

A droga da vez

A principal característica do debate sobre a questão drogas, hoje, no Brasil, é que esse problema ficou totalmente centrado no crack, visto que este atinge uma população em extrema vulnerabilidade social, conferindo a essa droga o caráter de uma questão emergente – embora do ponto de vista da saúde pública se tenha conhecimento que o maior problema das substâncias psicoativas diz respeito ao álcool (ACSELRAD, 2005).

Esse fenômeno do uso do crack no Brasil trouxe desafios para o poder público e dispositivos voltados para a questão das drogas, especialmente os serviços de saúde, segurança pública e assistência social. Essa situação se evidencia a partir da

suposta epidemia do crack, tornada objeto da agenda pública do Executivo Federal a partir de 2009 (LIMA; TAVARES, 2012).

Nesse cenário, como parte de uma estratégia nacional, foi executado pelo Governo Federal o “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas”⁵, que instituiu o Programa “Crack, é possível vencer”, apoiado em três eixos estruturantes: cuidado, autoridade e prevenção.

O crack é um derivado da pasta base da coca, estabilizada com a adição de uma substância alcalina (base), como o bicarbonato de sódio, e é primariamente consumido como uma pedra fumada. O crack foi inicialmente identificado nas ruas dos Estados Unidos na década de 1980, com forte concentração em comunidades em situação de vulnerabilidade social. Nesse período inicial, os locais de maior concentração de tráfico e consumo se sobrepunham de forma marcante com minorias étnicas e linguísticas, afetando de forma desproporcional as comunidades negra e hispânica.

No Brasil, a circulação do crack não tem registro preciso, ou seja, não se sabe quando passou a haver oferta do produto nos pontos de venda e a demanda por parte dos consumidores com relação a essa nova apresentação da cocaína. Os primeiros artigos sobre o consumo do crack no Brasil, publicados em 1996, referem-se a usuários da cidade de São Paulo (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996) e relatam que a droga estaria disponível no estado já a partir de 1991. Ainda ressaltaram ser o crack uma droga especialmente associada a danos para os seus usuários, aí incluído o quadro de dependência que poderia se instalar em um curto período de tempo.

5 Por meio do Decreto Lei nº 7.179, de 20 de maio de 2010, alterado pelo Decreto Lei nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011.

Os autores documentaram a inserção dos usuários de crack em contextos e situações de “marginalidade” devido ao isolamento social, negligência quanto aos cuidados corporais e rompimento de vínculos familiares e afetivos (NAPPO; GALDURÓZ; NOTO, 1996).

Os usuários de crack, apesar de essa droga ser um derivado da pasta base e ter propriedades químicas em comum com outras apresentações da cocaína, constituem um grupo distinguível e delimitável dos demais usuários dessa substância, como verificado em estudo realizado com 699 usuários de cocaína atendidos em sete serviços de saúde na cidade de São Paulo, publicado por Guindaliniet et al., em 2006.

Essas particularidades, assim como os danos ampliados associados a essa modalidade de consumo em relação a consumidores de outras drogas, fazem com que essa população deva ser objeto de estudos específicos, analisados com o necessário detalhe quanto a seus comportamentos, danos e riscos associados ao uso, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos indivíduos que fazem uso abusivo/dependente do crack e estabelecer vínculos dessa população com os serviços de saúde e assistência social.

Além do crack, outras drogas psicoativas derivadas da pasta da cocaína vêm sendo utilizadas em nosso país, a saber: pasta base, merla e “oxi” – ainda que até o momento não se tenha uma definição clara sobre a existência ou não do “oxi” enquanto produto específico (BASTOS et al., 2011; SILVA JUNIOR et al., 2012).

Essas diferentes drogas, apesar de terem a mesma composição básica, variam com relação aos diversos produtos químicos utilizados na sua preparação, conservando, porém, um as-

pecto físico similar – todas elas são habitualmente conhecidas como “pedras”. A forma do consumo dessas drogas também é semelhante, podendo ser fumadas em cachimbos, latas, copos ou outros apetrechos, ou, ainda, misturadas a outras drogas e fumadas em cigarros de tabaco ou maconha.

Segundo o estudo realizado por Bastos e Bertoni (2014, p. 151), a população que faz uso regularmente de crack apresenta duas características que consistem, historicamente na sociedade brasileira, em marcadores de uma desvantagem social determinada já no nascimento ou, em grande medida, nos anos que precedem ao abuso de drogas: o fato de serem não brancos (80% dos entrevistados) e a baixa escolaridade.

Recentes investigações sociológicas têm demonstrado como a oportunidade do acesso universal ao ensino ainda é insuficiente para reverter a desvantagem do conjunto dos filhos das famílias mais fragilizadas socialmente, ao mesmo tempo que a saída precoce da escola de tantos que nunca, de fato, estiveram em igualdade de condições para aproveitar seu efeito emancipador conduz – em regra – para o caminho da precariedade e do risco constante de marginalização (SOUZA, 2009).

A pesquisa ainda apontou que, em certos contextos sociais, o envolvimento com o crack pode tornar-se um dos elementos desse percurso de exclusão. No entanto, a intensidade e a extensão do consumo – são, em média, 14 pedras por dia e 8 anos de uso intenso – parecem contribuir ainda mais para agravar a exclusão social de quem já nasceu em um contexto de desigualdades.

Esses jovens com baixa escolaridade, muitos deles com precário suporte familiar, entram na vida adulta em franca

desvantagem na disputa por trabalho, renda e um lugar social, levando-os a situações de conflito com a lei, que podem:

[...] se iniciar por ocasião do consumo de uma droga ilegal, por vezes, se aprofunda com a entrada no micro varejo do tráfico ou mesmo na prostituição, principalmente para as mulheres. Isso expõe esses jovens às violências e violações de direitos que caracterizam uma vida marginal (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 151).

É importante ressaltar ainda:

[...] a constatação de que 44,5% das mulheres que fazem uso regular de crack revelaram já ter sofrido violência sexual. São as excluídas dos excluídos, aquelas sob vulnerabilidade social ainda maior (BASTOS; BERTONI, 2014, p. 151).

Conforme os dados apresentados pela pesquisa realizada pela Fiocruz (BASTOS; BERTONI, 2014), pode-se concluir que o uso prejudicial do crack no Brasil é hoje, principalmente, um problema social. Isso não significa minimizar ou secundarizar a importância das ações de saúde pública, até porque muitas delas têm forte cunho social, na medida em que podem contribuir para reduzir as desigualdades e oferecer ou resgatar a qualidade de vida das pessoas.

Considerações finais

Apoiada na ideia de que o contexto é condição de produção de sentido e de que a relação dos discursos com a situação em que se dão produz efeitos de sentido, gostaria de ressaltar que a intenção foi não apenas elaborar uma crítica contundente e reflexiva ao proibicionismo e ao que é produzido por essa prática na vida das pessoas, mas, sobretudo, fazê-lo a partir do modo complexo por meio do qual o cotidiano tem tomado para si essa discussão.

Entende-se que é na dimensão do cotidiano vivido e praticado que se tornam perceptíveis as pequenas brechas a serem investidas e os grandes enrijecimentos a serem desfeitos na relação com o tema das drogas, e que perfazem a urgência dessa questão no contemporâneo. Fechar os olhos para isso e para os desafios postos pode significar ignorar uma dimensão fundamental da existência dos sujeitos no mundo, especialmente daqueles mais vulnerabilizados.

A convivência com as drogas em nosso cotidiano parece ser algo que não há como negar ou tentar ignorar por meio de políticas utópicas de erradicação. Faz-se necessário um convívio com elas da melhor maneira possível. Não significa uma renúncia a qualquer medida de controle. O que devemos levar em conta são os controles já existentes e seus campos de aplicação, assim como outros recursos, de vários tipos, que poderiam ser mobilizados para seu aperfeiçoamento.

As políticas de redução de danos relacionados ao uso de drogas são uma estratégia bastante eficaz quando se busca tentar limitar os efeitos indesejáveis por meio de uma múltipla abordagem, reservando um papel importante para a mobi-

lização das suas próprias redes de sociabilidade, tal como em vários países vem sendo feito em relação a drogas lícitas como o álcool e o tabaco.

Assim, outra observação que também merece destaque é o fato de uma mesma questão requerer um olhar multifacetado, observando aspectos tanto de natureza política quanto sociocultural, econômica e educacional. Existem desafios na prevenção do uso de drogas que implicam o envolvimento de vários setores e atores sociais dos campos da saúde, da educação e da justiça.

Integra esse esforço o desenvolvimento de práticas educativas capazes de contemplar aspectos caros da interação, como o contexto sociocultural e econômico, além da dimensão simbólica das populações que são alvo dessas ações.

Referências

ACSELRAD, Gilberta. A educação para a autonomia: construindo um discurso democrático sobre as drogas. In: _____. (Org.). **Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 183-211.

ARAUJO, Tarso. **Almanaque das drogas**. São Paulo: Leya, 2012.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane (Orgs.). **Pesquisa nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <<https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/>

files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>. Acesso em: 17 out. 2016.

BASTOS, Francisco Inácio et al. Smoked crack cocaine in contemporary Brazil the emergence and spread of “oxi”. **Addiction**, v. 106, n. 6, p. 1191-1192, 2011.

BATISTA, Vera Malaguti. O mito da droga. **Ensaios Jurídicos**, 25 jun. 2013. Disponível em: <<http://ensaiosjuridicos.wordpress.com/2013/06/25/o-mito-da-droga-vera-malaguti-batista/>>. Acesso em: 17 out. 2016.

BIRMAN, Joel. Dionísios desencantados. In: INEM, Clara Lucia; ACSELRAD, Gilberta (Orgs.). **Drogas: uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, 1993. p. 57-67.

BOITEUX, Luciana. **Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade**. 2006. 273f. Tese (Doutorado em Direito Penal) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Faculdade de Direito da USP, São Paulo, 2006. Disponível em: <<http://www.comunidadesegura.org.br/files/controlenalsobredrogasilicitas.pdf>>. Acesso em: 17 out. 2016.

BOITEUX, Luciana et al. (Orgs.). **Tráfico de drogas e constituição**. Brasília, DF: Ministério da Justiça, 2009. (Série Pensando o Direito, 1).

BRASIL. Senado Federal. 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. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 24 ago. 2006.

_____. Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, cria o seu comitê gestor, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 21 maio. 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>. Acesso em: 15 out. 2016.

CABALLERO, Francis; BISIOU, Yann. **Droit de la drogue**. 2. ed. Paris: Dalloz, 2000.

CARNEIRO, Henrique. **Amores e sonhos da flora: afrodisíacos e alucinógenos na botânica e na farmácia**. São Paulo: Xamã, 2002.

CNM - Confederação Nacional de Municípios. **Relatório anual**. Porto Alegre: CNM; 2014. Disponível em: <[http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/Resultados_2014%20\(2015\).pdf](http://www.cnm.org.br/portal/dmdocuments/Resultados_2014%20(2015).pdf)>. Acesso em: 17 out. 2016.

ESCOHOTADO, Antonio. **História general de las drogas**. Madri: Alianza, 2008.

ESPINHEIRA, Gey. A complexidade do homem: liberdade e dependência. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Drogas, AIDS e sociedade**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995. p. 9-24.

FERNANDEZ, Osvaldo. Drogas e (des)controle social. In: PASSETTI, Edson; SILVA, Roberto B. Dias (Orgs.). **Conversações abolicionistas: uma crítica do sistema penal e da sociedade punitiva**. São Paulo: IBCCrim, 1997. p. 117-127.

FIGLIORE, Maurício. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002>. Acesso em: 22 dez. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1971)**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber**. 13. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999. vol. I.

_____. **Nascimento da biopolítica**. Tradução de Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008. (Curso dado no Collège de France, 1978-1979).

GUATTARI, Félix; RONLINK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUINDALINI, Camila et al. Concurrent crack and powder cocaine users from Sao Paulo: do they represent a different group? **BMC Public Health**, n. 6, p. 10, 2006.

IULIANELLI, Jorge Atílio Silva. O gosto bom do bode: juventude, sindicalismo, reassentamento e narcotráfico no submédio. In: RIBEIRO, Ana Maria Maria; IULIANELLI, Jorge Atílio Silva (Orgs.). **Narcotráfico e violência no campo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p. 192-227.

JACOBINA, Ronaldo Ribeiro; NERY FILHO, Antonio. **Conversando sobre drogas**. Salvador: EdUFBA, 1999.

JIFE - Junta Internacional de Fiscalização de Entorpecentes. **Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013**. Nova Iorque: Nações Unidas, 2014. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil//Topics_drugs/INCB/2014/AR_2013_S.pdf> Acesso em: 22 dez. 2016.

JODELET, Denise. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Soc. Estado.**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922009000300004> Acesso em 09 out. 2016.

KARAM, Maria Lucia. A política proibicionista e a ampliação do poder do estado de punir. **The Narco News Bulletin**, Rio de Janeiro, 18 mai. 2003. Disponível em: <<http://narconews.com/Issue30/artigo785.html>>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. **Entrevista concedida ao Fórum da Liberdade**. Rio Grande do Sul, 7 fev. 2012. Disponível em: <<http://forumdaliberdade.com.br/fl25/blog/2012/nao-sao-as-drogas-que-causam-violencia-e-criminalidade-afirma-maria-lucia-karam/>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

KOPP, Pierre. **A economia da droga**. Bauru: EdUsc, 1998.

LACHENMEIER, Dirk; REHM, Jürgen. Comparative risk assessment of alcohol, tobacco, cannabis and other illicit drugs using the margin of exposure approach. **Scientific Reports**, v. 5, n. 8126, p. 1-7, jan. 2015. Disponível em: <<http://www.nature.com/srep/2015/150130/srep08126/pdf/srep08126.pdf>>. Acesso em: 20 out.2016.

LIMA, Rita de Cássia. **Uma história das drogas e do seu proibicionismo transnacional**: relações Brasil-Estados Unidos e os organismos internacionais. 2009. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Serviço Social, URRJ, Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Rita de Cassia; TAVARES, Priscilla. Desafios recentes às políticas sociais brasileiras sobre as drogas. **Argumentum**, Vitória, v. 4, n. 2, p. 6-23, jul./dez. 2012.

MACRAE, Edward. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualístico. In: SEIBEL, Sergio Dario; TOSCANO JR., Alfredo. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34

_____. Aspectos socioculturais do uso de drogas e políticas de redução de danos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSICOLOGIA SOCIAL, XIV, 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ABRAPSO, 2007. Disponível em: <<http://www.neip.info/downloads/edward2.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. A elaboração das políticas públicas brasileiras em relação ao uso religioso da ayahuasca. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 289-314.

MARONNA, Cristiano Ávila. Drogas: aspectos jurídicos e criminológicos. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DA 6ª REGIÃO (Org.). **Álcool e outras drogas**. São Paulo: CRPSP, 2011. p. 51-59.

MOURÃO, Carla. A função do objeto droga na ideologia da contracultura e da cultura contemporânea. In: BAPTISTA,

Marcos; CRUZ, Marcelo Santos; MATIAS, Regina (Orgs.). **Drogas e pós-modernidade**: faces de um tema proscrito. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2003. v. 2. p. 109-118.

NAPPO, Solange A.; GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; NOTO, Ana Regina. Crack use in São Paulo. **Substance Use & Misuse**, v. 31, n. 5, p. 565-579, 1996.

OLIVENSTEIN, Claude. Toxicomania: exclusão e marginalidade. In: INEM, Clara; BAPTISTA, Marcos (Orgs.). **Toxicomanias**: abordagem clínica. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ/Sette Letras, 1997. p 17-24.

PASSETTI, Edson. **Das “fumeries” ao narcotráfico**. São Paulo: Educ, 1991.

RODRIGUES, Thiago. **Narcotráfico**: uma guerra na guerra. São Paulo: Desatino, 2003.

_____. Tráfico, guerra, proibição. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Orgs.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 91-104.

SHAFEY, Omar et al. **The tobacco atlas**. Atlanta: American Cancer Society, 2009.

SILVA JR., Ronaldo da et al. Demystifying “oxi” cocaine: chemical profiling analysis of a “new Brazilian drug” from Acre State. **Forensic Science International**, v. 221, n. 1-3, p. 113-119, 2012.

SOUZA, Jessé. **A ralé brasileira**: quem é e como vive. Belo Horizonte: EdUFMG, 2009.

TELLES, Vera da Silva. Mutações do trabalho e experiência urbana. **Tempo Social**, São Paulo, v. 1, n. 18, p. 173-195, 2006.

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz Caiuby et al. (Orgs.). **Drogas e cultura: novas perspectivas**. Salvador: EdUFBA, 2008. p. 41-63.

VELHO, Gilberto. Drogas, níveis de realidade e diversidade. In: RIBEIRO, Maurides de Melo; SIEBEL, Sérgio Dario (Orgs.). **Drogas: hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997. p. 61-69.

WASELFSZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2014**. Os jovens do Brasil. Rio de Janeiro: FLACSO, 2014.

WHO - World Health Organization. **Global status report on alcohol and health**. Switzerland: WHO 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 6 out. 2016.

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

ZHANG, Ce; MONTEIRO, Maristela. Tactics and practices of the alcohol industry in Latin America: What can policy makers do? **The International Journal of Alcohol and Drug Research**, v. 2, n. 2, p. 75-81, 2013.

Cuidados





Alessandra Rodrigues

“E os camburão o que são? Negreiros a retraficar.
Favela ainda é senzala jão.
Bomba relógio prestes a estourar”
(Emicida, Boa Esperança)

Capítulo 5

O conhecimento formal que se aprende nos livros é suficiente para a prática profissional? Reflexões a partir das vivências no CRR-UFSCar-Sorocaba

A formação profissional para quem atua na rede de cuidados a pessoas em situação de uso nocivo de álcool e outras drogas, no Brasil, tem sido alvo de considerável investimento financeiro e científico devido à sua complexidade por compreender fatores de risco, padrões de consumo, consequências do uso abusivo no indivíduo e na sociedade, estratégias de manejo dos casos – tratamento – e certa dificuldade em reverter os indicadores de uso nocivo em determinados grupos da sociedade em geral, assim como estratégias de combate ao narcotráfico.

Para termos uma ideia do investimento por parte do Governo Federal em políticas públicas sobre drogas – que inclui drogas lícitas e ilícitas –, entre os anos de 2011 a 2014, foram direcionados em torno de R\$ 4 bilhões para o Programa “Crack, é possível vencer”. Esse valor, de acordo com a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), foi destinado a ações de prevenção, atendimento aos usuários e combate às drogas, com 80% do valor total para a prevenção e ofertas de serviços para tratamento dessas pessoas. Nesse mesmo orçamento, foram destinados aproximadamente R\$ 42,2 milhões em pesquisas para ampliar o conhecimento sobre a temática, assim como para aprimorar estratégias de cuidados para a abordagem com os usuários de álcool e outras drogas nesse mesmo período (BRASIL, 2012).

Com essas prerrogativas para o enfrentamento às drogas, nesse mesmo período, a SENAD investiu nos Centros Regionais de Referência (CRRs) para álcool e outras drogas em todo o país, em parceria com universidades públicas, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre o uso das drogas em todo o território nacional, ampliar a efetivação das políticas públicas preconizadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em parceria com outros serviços, ampliar o conceito de cuidado em rede, propor formações continuadas e favorecer novas pesquisas e articulações com os serviços já existentes, entre outros aspectos – atualmente, 47 CRRs são encontrados em todo o Brasil, com maior prevalência na região Sudeste. Os CRRs, passaram a exercer, assim, um papel fundamental na efetivação de uma política pública mais abrangente em todo o território, por meio das parcerias entre esses equipamentos, a SENAD e os demais equipamentos que trabalham com a questão do uso

de álcool e outras drogas, tais como universidades, serviços de assistência em saúde e assistência psicossocial, assim como programas de inserção social para pessoas em situação de vulnerabilidade, serviços pertencentes ao sistema judiciário, educacional, defensoria pública, entre outros equipamentos, por intermédio da universalização do conhecimento e também na oferta das formações continuadas constantes em todas as regiões do país (BRASIL, 2016).

Com relação às capacitações realizadas no CRR-UFSCar-Sorocaba, de 2013 a 2016, elas permitiram, de certa maneira, a inclusão de todos os serviços que realizavam, de forma direta ou indireta, algum tipo de assistência ou cuidado a pessoas que se encontram em situação de uso nocivo de drogas, a partir da aproximação dos profissionais que atuam nessas instituições. Com essa proximidade, carregada de conhecimento prévio, vivência e busca por mais conhecimentos, foi possível pensar em quais aspectos, além do conhecimento técnico (conhecimento formal), são necessários para atuar na atenção a essa população. No decorrer e na observação dos cursos oferecidos, pôde ser observado que as expectativas das pessoas que buscavam tais capacitações passavam pelo campo do conhecimento formal (educação formal) e caminhavam para além dele, ou seja, a complexidade do tema faz com que se despertem sentimentos e questionamentos que extrapolam os modelos, teorias e protocolos de assistência apreendido na formação técnica e exigem outras habilidades que não estas, que também podem ser reconhecidas na educação informal (conhecimento informal).

O conhecimento formal, definido como aquele que se aprende nos livros e nos centros educacionais, e que se encontram instituídos e formalizados nas matrizes curriculares

como conteúdo formal a ser compreendido para uma prática profissional, com diversas disciplinas, baseadas em conhecimentos científicos diversos, como uma linha a ser seguida, nem sempre é ferramenta que potencializa de fato as intervenções na prática profissional cotidiana (BRUNER, 1984). Embora as diversas áreas do saber, proveniente das ciências biológicas, sociais, humanas e entre outras, tenham seu peso considerável na formação profissional, na prática é muito comum esses conhecimentos serem percebidos como frágeis e insuficientes quando os profissionais entram “em campo” para atuar, gerando, assim, certa insegurança, sofrimento e dificuldade de intervir de forma satisfatória.

Em outras palavras, é preciso reconhecer que as formações educacionais, principalmente as voltadas ao campo da saúde, em sua maioria: 1) geram conhecimento técnico e científico fundamental para a compreensão de fenômenos e respectivas formas de abordagem; 2) fortalecem, com certa frequência, uma concepção de cuidado como sinônimo de cura, baseada ainda no modelo normal *versus* patológico, ou sadio *versus* doente *versus* tratamento, e assim por diante, favorecendo uma ideia de cura dos sintomas ou doença, a qual é objeto de intervenção, negando a pessoa em sua pluralidade; 3) costumam não investir na valorização do conhecimento prévio e de aspectos do próprio aluno, como história de vida, cultura e subjetividade, negando a influência destes na atuação profissional; 4) geralmente desconhecem a importância das relações humanas nas práticas de cuidado, colocando a técnica como possibilidade única de alcançar o outro, o qual é passível de intervenção (paciente). Vale salientar que a educação formal também se transforma a partir das vivências, necessidades e aspectos subjetivos e culturais de cada um.

Nas atividades realizadas no CRR-UFSCar-Sorocaba, observou-se, nas discussões em grupos com os alunos, a presença de sentimentos como: impotência, insegurança, resistência, dificuldade de colocar em prática o aprendizado formal, o como estar com o outro, os preconceitos e julgamentos pessoais sobre algumas situações apresentadas pelos usuários dos serviços (pacientes), o medo, a desesperança e insatisfação com a escolha profissional e com a área de atuação escolhida, o discurso dos usuários de drogas, sinalizando a percepção da falência frequente das estratégias de cuidado e a necessidade de investimento no conhecimento informal que permeiam as relações humanas, como possibilidade de melhor atuação profissional.

Nesse sentido, entra em cena o conhecimento informal, definido como todo o processo de construção humana que se dá desde o nascimento, na relação com o outro e que produz alguns saberes que instrumentalizam as pessoas, ou seja, no processo de educação informal, aprendemos a ver, pensar, resolver questões cotidianas, aprender comportamentos, relacionar-se com as pessoas, alimentar-se e criar formas ou rotinas cotidianas para operacionalizar a vida (BRUNER, 1984). O conhecimento informal, embora não se aprenda nas escolas e nos livros, é talvez uma grande chave ou a base para a efetivação da prática profissional no dia a dia.

Um primeiro aspecto relevante sobre o conhecimento informal é a compreensão de que este é a primeira possibilidade de leitura do mundo. É nesse processo que as pessoas conhecem a realidade externa, por meio da transmissão de conhecimento de um para o outro, de geração para geração, construindo sua subjetividade e a cultura de uma sociedade, de forma mais ampla. A criança aprende a andar, falar, sen-

tir e ter valores a partir da relação com os seus cuidadores, ou seja, dos adultos que cuidam. Um dos aspectos relevantes no conhecimento informal é justamente essa transmissão de valores e conceitos que podemos chamar de cultura e que, geralmente, consideram o conhecimento baseado em sua maioria, o senso comum (não científico). No entanto podem estar arraigados de preconceitos e prejulgamentos que inviabilizam possibilidades de ampliação do conhecimento formal e de possibilidades de trocas e cuidados a pessoas que se encontram em situação de uso nocivo de álcool e outras drogas.

De fato, tem-se observado na prática que um dos problemas para a efetivação das políticas públicas na assistência a pessoas que se encontram em situação de uso nocivo de álcool e outras drogas no Brasil passa pela ótica do medo, do preconceito e pela cristalização do conhecimento informal transmitido de geração em geração, nas relações humanas e, portanto, na educação informal. Em outras palavras, a cultura baseada na ideia de que as pessoas que usam drogas possam ser perigosas e nocivas favorece o fortalecimento de estratégias que compreendem a segregação e a marginalização dessas pessoas em ambientes asilares como a única forma de cuidado. Esse modelo prevaleceu e ainda tende a prevalecer com outras roupagens por muitas décadas em nossa sociedade.

Nesse sentido, as capacitações para profissionais que queiram atuar em casos de uso nocivo de drogas, mais do que a transmissão de conceitos e técnicas formalizadas, devem preconizar os aspectos culturais pertinentes à subjetividade, às características emocionais das pessoas envolvidas e ao impacto desses aspectos na prática profissional, assim como na compreensão do fenômeno drogas, favorecendo a problematização do tema, buscando estratégias para mudanças cultu-

rais que viabilizem ações de cuidados de fato mais humanas e humanizantes. Com base em Sá (1994), é fundamental pensar sobre as questões culturais que envolvem o uso de drogas e como uma sociedade considera e direciona o olhar para esses indivíduos, pois eles são percebidos, com frequência, como pessoas fracassadas, incompetentes, que estão em disfunção com os demais membros da sociedade, patologizadas – considerados doentes – e alvo de intervenções, principalmente medicamentosas. Esses aspectos estão presentes, com muita frequência, nos discursos de todos os envolvidos, ou seja, a família, o usuário, os profissionais e a sociedade em geral (GARCIA; CONEJO; LISBOA, 2015).

Também podemos considerar que a cultura favorece a (des)construção constante e dialética por meio dos processos, da objetivação e subjetivação de alguns conceitos sobre formas de cuidar, passando por ideias religiosas, políticas, biológicas, sociais, entre outras. O cuidar pode ser percebido como uma atribuição somente dos familiares, ou da figura materna, por exemplo; em alguns momentos, como obrigação do estado. Circula ainda pela ideia de cuidado baseado nos modelos de institucionalização em hospitais psiquiátricos, com ênfase nas intervenções biomédicas, e assim por diante, como também podem ser influenciadas por outras concepções mais progressistas, como o cuidado integral e intersetorial. Esses aspectos precisam ser trabalhados e problematizados, levando-se em conta as questões biológicas, psicológicas e ecológicas que envolvem a temática drogas e seus desdobramentos (MINAYO, 1998).

Quando as pessoas resolvem trabalhar em saúde mental ou qualquer outro serviço que faça parte da rede de atenção de cuidados, é preciso reconhecer, no mínimo, que aquele

profissional tem suas crenças e concepções sobre drogas e sobre quem as usa, o que se pode traduzir em não adesão à tarefa por medo e sofrimento de ter que estar e se relacionar com esse outro já bem definido e que geralmente recebe uma série de atributos deplorativos e ameaçador. Um exemplo dessa construção internalizada dentro de nós se dá quando estamos em uma rua deserta e um rapaz jovem, com vestes sujas, aproxima-se, e geralmente ficamos tensos e com certo medo de sermos agredido. São esses aspectos culturais cristalizados que também distanciam a sociedade como um todo, impedindo uma mudança cultural mais significativa para a compreensão sobre o uso nocivo de drogas, naturalizando, assim, algumas ações iatrogênicas, como a exclusão social e a privação dos direitos básicos previstos na Constituição.

Dessa forma, as capacitações do CRR-UFSCar-Sorocaba tiveram momentos em que se articularam conceitos teóricos, estratégias de cuidados, influência cultural, aspectos dos indivíduos envolvidos e seus sentimentos – tanto do profissional quanto do usuário – e saúde mental de quem cuida, “provocando” conversas sobre os sentimentos e conceitos que emergem ao cuidar de pessoas que se encontram em situação de uso nocivo de álcool e outras drogas, e o impacto de nossa educação informal (cultura) em nossas ações na prática profissional e em nossa saúde como um todo.

Dentre as discussões, foram observados que o conhecimento e a sensibilização para com o tema “uso nocivo de drogas”, resgatando as histórias pessoais e as fragilidades de quem cuida, possibilitam a emergência de um vínculo empático que aproxima e permite o cuidado entre profissional e usuário, ajudando (o usuário) a fazer suas escolhas e repensar suas estratégias de enfrentamento nas relações cotidianas. Portan-

to esse vínculo é percebido como ferramenta necessária para o empoderamento das pessoas em situação de uso nocivo de drogas em geral e possíveis mudanças mais significativas no que se refere à saúde integral dessa população.

A possibilidade desse olhar compreende também a necessidade de sensibilizar o ambiente em que o usuário vivencia, na tentativa de incluir a comunidade de forma a não estigmatizar nem excluir tais pessoas – tarefa esta muito difícil, pois inclui não só concepções culturais, mas também os desdobramentos que se traduzem em movimentos que tendem a favorecer a exclusão e até mesmo o extermínio por alguns grupos ou por ideologias baseadas em medidas higienistas. Com base em Moraes (2008), pode-se dizer que somente a mudança desses conceitos culturais pode favorecer alguma possibilidade de cuidado para essa população.

Outra referência que evidencia a necessidade de reformulação dos aspectos culturais foi observada no projeto “Fortalecendo Nós”, realizado também no CRR-UFSCar-Sorocaba, no ano de 2015, como um dos desdobramentos possíveis para fortalecimento da rede de cuidados na cidade de Sorocaba, onde ainda há uma forte influência do modelo hospitalocêntrico como forma de cuidado. A partir do mapeamento da rede de cuidados existentes no município, observou-se a dificuldade de atuação de forma intersetorial e articulada, tendo ações de cuidado isoladas e sem efeitos mais significativos, causando certo prejuízo aos usuários e um desgaste emocional e físico considerável aos profissionais que atuavam nesses equipamentos pertencentes à rede. Com o decorrer dos encontros, nos quais ocorreram validações teóricas e momentos de trocas entre esses profissionais de serviços diferentes e de equipamentos diferentes, puderam-se desmistificar alguns

conceitos e prejulgamentos sobre as ações exercidas, sobre esses profissionais, principalmente de alguns serviços que atuavam de forma mais progressista, como as abordagens de rua, por exemplo, permitindo, assim, certo anseio por trabalhar de forma mais humanizada, intersetorial e na observância das reais demandas da população atendida – um olhar considerado mais progressista, que foge dos modelos simplistas de medicalização e internação.

Esses profissionais, em sua maioria, a partir das mudanças de suas concepções sobre cuidado e sobre o usuário de drogas, passaram a ser agentes multiplicadores desses modelos de cuidado e de (res)significação das pessoas em situação de uso nocivo de álcool e outras drogas para os demais colegas de trabalho ou de outros serviços, fortalecendo a rede de cuidados a partir das pessoas que compõem esses equipamentos (GARCIA; CONEJO; LISBOA, 2015).

Portanto, as vivências nesses momentos de formação continuada, que se intercalam com a prática – observação de campo e de serviços de cuidados –, com o conhecimento teórico e com a reflexão em grupo sobre a realidade vivenciada, permitem a integração desses aspectos teóricos, culturais e pessoais – incluindo a subjetividade – a fim de proporcionar uma melhor articulação entre os serviços e os usuários, assim como a possibilidade de mudança de valores e conceitos (cultura), tanto dos profissionais como também dos usuários dos serviços e seus familiares.

A ideia de trabalhar as relações interpessoais e as discussões de temas no coletivo como parte da formação profissional, incluindo os saberes e a subjetividade dessas pessoas, tem se mostrado uma boa ferramenta, pois possibilita

uma melhor adesão dos profissionais aos modelos atuais de cuidado, o que se traduz, na prática, na (re)organização das ações cristalizadas nos serviços da rede de cuidados, favorecendo um olhar para a população de usuários de drogas como pessoas em situação de vulnerabilidade, que são frutos de movimentos sociais desiguais e excludentes em muitos casos, que precisam ser potencializadas e empoderadas no ambiente onde vivem, com a coparticipação responsável de toda a sociedade.

Referências

BRASIL. Palácio do Planalto. Presidência da República. **Plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas**. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://www2.planalto.gov.br/acompanhe-o-planalto/caderno-destaques/marco-2012/plano-integrado-de-enfrentamento-ao-crack-e-outras-drogas>>. Acesso em: 25 out. 2016.

_____. Observatório Crack, é possível vencer. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24 horas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BRUNER, Jerome. Vygotsky's zone of proximal development: the hidden agenda. **New Directions to Child Development**, v. 1984, n. 23, p. 93-97, mar. 1984.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira; CONEJO, Simone Peixoto; LISBOA, Valéria Cristina Antunes (Orgs.). **Aprimorando a**

rede de atenção aos usuários de drogas em um contexto local. Holambra: Editora Setembro, 2015.

GUTIERREZ, Denise Machado Duran; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1497-1508, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700062&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 out. 2016.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 363-381, dez. 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1988000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2017.

MORAES, Maristela. O modelo de atenção integral a saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 121-133, 2008.

SÁ, Domingos. Projeto para uma nova política de drogas no País. In: ZALUAR, Alba (Org.). **Drogas e cidadania**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1994. p. 147-171.

“Tudo que é Imaginário Tem, Existe, É”

(Marcos Prado, documentário ESTAMIRA)



Alessandra Rodrigues

Capítulo 6

Pensando em redes

Introdução

Certa vez um pescador, em uma paradisíaca e calma praia, ao lado do seu barco, tecia uma rede de trama bem pequena. Ao lado, ele tinha redes com tramas de outras dimensões.

Perguntado se as tramas diferentes eram para pegar peixes de tamanhos diferentes, ele respondeu: “Uma boa pescaria tem peixes de todos tipos!”.

Fiquei por horas observando o trabalho de entrelaçar o fio de náilon, os nós precisos, e saí a pensar nas várias discussões sobre redes das quais eu já havia participado e nas inúmeras tentativas frustradas de organizá-las.

Meus devaneios me levaram também a pensar nas redes que dão certo, como as redes de solidariedade que funcionam no atendimento a uma tragédia, ou as redes que se formam para a realização de um evento, ou ainda as redes de oração que trazem conforto e a sensação de cuidado. Redes que permeiam nossas relações sociais.

Meus pensamentos foram também para as redes sociais que funcionam de forma planetária, conectando pessoas, informando, prevenindo.

O que essas redes que funcionam têm em comum?

- ✓ Diversificam para comprometerem peixes diversos;
- ✓ Atraem as pessoas e as unem pelo interesse comum nos mais diversos assuntos, por aquilo que cada uma delas traz e desperta, pela curiosidade que geram, pelas conexões que elas formam;
- ✓ Possibilitam expressar-se e ser visto e ouvido/lido por outras pessoas. Há reciprocidade, há curtidas, há seguidores. Suas ideias podem ser compartilhadas;
- ✓ Criam vínculo com imagens ou com assuntos e, aos poucos, também, com as pessoas que estão por trás das postagens; quando menos se espera, já estamos em busca da próxima notícia, do próximo fato, da próxima imagem, do próximo texto;
- ✓ Permitem estar em contato e ser parte desse processo com quem se escolhe, partilha.

Abre-se a rede e permite-se a escolha do peixe certo para cada propósito!

E aí entra o poder da escolha: porque eu quero e com quem eu quero! É a identidade com o outro! Redes têm identificação entre seus membros, embora diversos como os peixes, unidos na mesma pescaria.

Segundo Fleury (2013, p. 3):

Para entender o fenômeno das redes propõe-se a abordagem do construtivismo social baseado no método fenomenológico. É através da interação dos participantes na rede de políticas que as impressões e experiências ganham significado, para além dos interesses egoístas individuais. Neste caso, a ênfase deixa de ser na perseguição dos objetivos comuns para focar o processo comunicacional, por meio do qual os membros da rede compartilham um conjunto de valores, conhecimentos e percepções dos problemas.

Abordaremos rede na sociedade civil e nas políticas públicas.

Redes da sociedade civil

Incorporada pelas ciências sociais a partir de 1940, a interpretação e a utilização de redes têm sido polissêmica, isto é, com muitos significados.

Scherer-Warren recorre ao uso das redes para retratar a sociedade civil a partir de

uma integração de diversidades. Para ela, a sociedade civil é a representação de vários níveis de como os interesses e os valores da cidadania se organizam em cada sociedade, para encaminhamento de suas ações em prol de políticas sociais e públicas, protestos sociais, manifestações simbólicas e pressões políticas (SILVA et al., 2012).

Baseado na posição de Scherer-Warrem, os níveis a que refere são:

- ✓ 1º nível: identifica-se o associativismo local, representado pelas associações civis, comunitárias e sujeitos locais envolvidos em ações sociais/comunitárias. São redes locais, mas que também vêm buscando sua inserção em redes nacionais e transnacionais ou articulação com organizações internacionais;
- ✓ 2º nível: encontram-se as organizações interorganizacionais. As características desse nível incluem os fóruns da sociedade civil, organizações de nível nacional, associação nacional de ONGs, redes de redes. O associativismo local se articula entre si fazendo uso da internet e visando empoderar a sociedade civil;
- ✓ 3º nível: estão as marchas e as mobilizações que ocupam o espaço público, resultado das articulações dos níveis 1º e 2º, porém buscam transcendê-las, atingindo a esfera pública, angariando simpatizantes, produzindo visibilidade por meio das mídias.

Assim, para Scherer-Warren (2006 apud SILVA et al., 2012):

A ideia de rede pressupõe a identificação de sujeitos coletivos em torno de valores, objetivos ou projetos em comum, os quais definem os atores ou situações sistêmicas antagônicas que devem ser combatidas e transformadas. [...] transcendendo as experiências empíricas, concretas, datadas, localizadas dos sujeitos/atores coletivos.

Dessa forma, as redes com conceito propositivo partem das conexões existentes no cotidiano, mas ampliam suas ações para outros conjuntos de relacionamentos sociais organizados. São as bordas das redes se conectando com outras bordas para que a oferta de serviços se diversifique, complemente-se e leve a propostas mais amplas e abrangentes... a uma boa pescaria. Para Scherer-Warren (1999 apud SILVA et al., 2012): “as redes sociais estão relacionadas ao tecido social, seja caracterizando o sistema social, seja como decorrente de relações preexistentes”.

Assim as redes sociais são formadas desde redes de vizinhança, compadrio, movimento comunitário, passando pelas organizações sociais nacionais e transnacionais e indo até a formação de rede de redes.

A formação de redes inicia-se com a defesa do espaço já conquistado. Nesse momento, o que é contraditório fica mais em evidência. Essa é uma das dificuldades encontradas para formação de redes! Para superar as diversidades, é necessário buscar esclarecer o que une e o que separa os movimentos, as práticas e o que determina as possibilidades e os limites da articulação ou agregação entre eles (SILVA et al., 2012).

Transcender o diferente e encontrar o ponto de coalisção depende de projetos mais amplos, de flexibilidade política e

dos atores, do posicionamento dos participantes e dos movimentos e associações a que pertencem. Pesa também nesse processo o ganho nos impactos positivos atingidos, na exposição nas mídias, no financiamento, quer público, quer privado.

Redes nas políticas públicas

Por que as políticas públicas falam em rede?¹ Segundo Fleury, as políticas públicas vinculam um número grande de atores nos seus processos de atenção e lidam com uma realidade em constante mudança que desafia o poder público e as instituições – mudanças que não podem ser controladas. Lidam ainda com problemas complexos que possuem vários vieses e com recursos parcos, muitas vezes com fins determinados.

Paralelamente a esses pontos, as políticas públicas trazem na sua constituição a pressão por participação, transparência e possibilidades de intervenção pública e atuação simultânea de agentes com objetivos comuns: atendimento ao usuário, embora com procedimentos e caminhos diferenciados.

A solução para esses impasses é a busca de uma relação estável, independente, que vincule e complemente serviços públicos e privados, pessoas e, principalmente, atendimento eficiente, efetivo e eficaz².

1 Conforme afirma Börzel (1997, [s.p.]) “[...] como un conjunto de relaciones relativamente estables, de naturaleza no jerárquica e independiente, que vinculan a una variedad de actores que comparten intereses comunes en referencia a una política, y que intercambian recursos para perseguir esos intereses compartidos, admitiendo que la cooperación es la mejor manera de alcanzar las metas comunes”.

2 **Efetividade:** atingir os objetivos previstos atendendo a demandas sociais; mudanças significativas e duradoras; promover resultados pretendidos; desenvolver

É formar nós que segurem as diferentes demandas dos usuários, os diferentes tamanhos de peixes. Atuar em rede é compartilhar crenças e valores, levar à flexibilidade no funcionamento de cada serviço, podendo criar diversas formas de atuação e desenvolver formas variadas de organização.

A rede é um sistema aberto que não responde a um poder central, a uma autoridade. Todos os membros podem e devem exercer a liderança, permitindo que a pessoa envolvida atue além da sua área de expertise, ocupando outras áreas, o que fortalece a rede e possibilita ampliar as possibilidades de respostas.

Em uma rede, novos papéis são ocupados e desenvolvidos, criados pelas habilidades individuais dos participantes e pela necessidade dos usuários, pela emergência em dar respostas, desencadeando a criatividade e a proatividade dos seus membros.

Essa multiplicidade de atores influenciando o funcionamento de uma rede, seja na decisão, na execução ou no controle das ações, leva ao florescimento de uma sociedade policêntrica (Fleury 2013), com vários núcleos articuladores e ações descentralizadas, nas quais o poder local assume o protagonismo das ações, da articulação entre sociedade civil, empresários e governo, ampliando a atuação da rede pública e incluindo novos atores políticos.

atos úteis; produzir diferença positiva em um dado contexto, de forma permanente. **Eficiência:** otimização da relação custo-benefício; processo; produzir resultados com dispêndio mínimo; atos *versus* custos; utilizar os insumos adequadamente, de forma racional e econômica. **Eficácia:** resultado da soma da efetividade e da eficiência; alcance dos objetivos e metas; resultado final; condições controladas; resultados desejados de experimentos; atos úteis *versus* custo; capacidade de produzir uma diferença positiva em um dado contexto, de forma permanente.

Nesse aspecto, a formação das estruturas policêntricas³, que configuram uma nova esfera pública plural, advém tanto de um deslocamento desde o nível central de governo para o local quanto da esfera do estado para a sociedade (FLEURY, 2013, p. 4).

A rede de políticas públicas possui uma centralidade cuja localização deve estar no usuário. Ele é quem sinaliza as necessidades e as demandas dos serviços. Portanto a concretização de rede depende: da horizontalização das relações, do aumento da comunicação, do diálogo na formação de consensos que permitam ações cooperativas, de valores compartilhados, de uma lógica de solidariedade com o atendido e da predisposição dos envolvidos em formar nós que produzam “[...] cuidado organizado na garantia da universalidade do acesso frente à complexidade das demandas apresentadas” (GARCIA; CONEJO; LISBOA, 2015, p. 8). Esse processo fica facilitado pela:

[...] revolução tecnológica informacional, estabelecendo um novo sistema de comunicação de alcance universal promovendo o compartilhamento de palavras, imagens e sons, ao passo que reforça as identidades individuais e coletivas (CASTELLS apud FLEURY, 2013, p. 4).

3 Policêntricos: que tem vários centros de direção, de decisão. Nas políticas públicas, o termo policêntrico se refere aos poderes locais, descentralizados nos territórios e aos poderes da sociedade civil, disseminados nas associações e movimentos sociais. Os poderes policêntricos fortalecem-se na formação de redes, principalmente no 3º nível. Poderes locais estão mais próximos das demandas e, consequentemente, tendem a ser mais eficientes e eficazes.

Fica facilitado ainda pelas gestões policêntricas que permitem o atendimento mais eficiente das demandas.

Tratando de rede nas políticas públicas

Dividiremos a abordagem em três aspectos: o legal, o estrutural e o humano, indicando que esses três aspectos se complementam; melhor, imbricam-se de tal forma que, às vezes, fica difícil ou impossível ver onde mudar... e é aí que o peixe escapa!

Legalidade das redes

As políticas públicas estão propostas em forma de rede. Como exemplo e por estarem mais próximas, citamos:

1. Sistema Único de Assistência Social (SUAS): tem como porta de entrada os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) nos territórios, como retaguarda os serviços prestados pelas organizações não governamentais, a família e a comunidade;
2. Educação: rede formada por ensino infantil, fundamental I e fundamental II, ensino médio, universidade, cursos de especialização, pós-graduação *lato* e *strictu sensu*, pós-doutorado;
3. Sistema Único de Saúde (SUS): tem como porta de entrada no território as Unidades Básicas de Saúde, como retaguarda as unidades pré-hospitalares para atendimentos que não precisam de internação, mas exigem cuidados especiais,

os centros de especialidades para diagnósticos mais complexos, exames clínicos e de imagem, atendimento a doenças específicas como tuberculose, HIV e outras, e finalmente os hospitais para atendimentos complexos e cirurgias;

4. Rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas: compõe a rede SUS e está formatada à rede básica de saúde com equipamentos de recepção dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS I, II e III) e leito hospitalar de retaguarda.

Todas essas políticas têm em comum: a ação no território onde está o usuário, a equidade nas ações, a corresponsabilidades das famílias, o suporte da sociedade e a responsabilidade do Estado.

Por essas formatações, a necessidade de investir na integralidade, nas parcerias, na efetividade e no bom funcionamento das redes de atendimentos torna-se cada vez mais premente.

Legalmente elas estão postas!

Infraestrutura

A estrutura operacional das redes é formada pelos seus nós. Segundo Ronzani et al. (2015, p. 18):

A estrutura operacional é caracterizada pelos nós das redes (serviços, profissionais, sistema de apoio etc.) e pelas ligações formais e informais que comunicam esses diferentes nós.

As leis de criação das políticas públicas definem a estrutura para seu funcionamento e o corpo técnico necessário para que a estrutura funcione.

Mas nem sempre as redes são montadas com a infraestrutura material e humana necessária.

A estrutura humana envolvida também não é preparada para um trabalho dialogado, para uma comunicação horizontal, para a formação de consensos, para a busca pelo estabelecimento de valores comuns, para serem flexíveis.

Fica a questão: Como teço a minha rede? Faço nós mais próximos e estreitos ou mais largos e distantes?

Na verdade, o que manda nos nós das redes é a infraestrutura que existe e o preparo do profissional para operar em rede.

Quantas unidades propostas por lei o município conseguiu estabelecer e com que número de profissionais?

Se a infraestrutura está formada, equipada, tem pessoal para atuar, ainda há o desafio de integrar as diversas políticas públicas:

Um modelo que abarque a intersetorialidade para a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes, considere as vulnerabilidades e necessidades das populações (RONZANI et al., 2015, p. 48).

O desafio maior, no entanto, é como montar redes de atendimento com os equipamentos que temos, com o pessoal que temos e com a rede de suporte que temos.

Pessoal: atores essenciais das redes

O nosso pescador tecia rede na beira do mar utilizando fios de náilon e formando nós. Isso nos leva a considerar: Que fio de náilon temos para tecer a rede?

Nosso fio é formado por pessoas que:

- ✓ Têm uma missão interna com a qual estão envolvidas, muitas vezes externando-a em projetos solidários;
- ✓ Têm ideias preconcebidas;
- ✓ Têm ações definidas nesses projetos pelas quais serão cobradas;
- ✓ Estão em uma zona de conforto, a qual conhecem e com a qual sabem lidar;
- ✓ Têm uma rotina nas suas ações, as quais conhecem e estão ajustadas ao resto da sua rotina diária;
- ✓ Estão felizes em realizar a sua rotina no projeto, não se inquietam com a ação não completada;
- ✓ Não estão envolvidas com as ações finais e pelas quais não se responsabilizam, embora executem perfeitamente a missão que lhes foi delegada;
- ✓ São voluntárias ou recebem pouco;
- ✓ São lideradas, muitas vezes, por quem não conhece o problema e suas opiniões não são consideradas;
- ✓ Quando líderes não delegam, têm seus próprios valores e ideais que querem atingir ou impor;

- ✓ Na formação dos nós vai quem não tem poder decisório na maioria das vezes.

Como é possível constatar, não são poucas as dificuldades. Por isso é premente a necessidade de se discutir a importância da formação de redes com essas pessoas e capacitá-las para tal.

Governança de redes

Embora o objetivo deste capítulo não seja discutir a questão de governança de redes, apontamos que esse é um ponto crucial e que redes são feitas de pessoas e trabalho, e precisam de liderança aglutinadora, missão, objetivos claros e envolvimento com a ação a ser executada.

Pensando na metáfora da rede e nos seus nós, uma certeza que se tem é que são múltiplos os atores que encontramos nela. Suas formações são diferenciadas, seus objetivos pessoais são diferentes e eles já se uniram, em determinado momento, em torno de um objetivo comum que com a rede será ampliado, o que vai requerer flexibilidade. Redes são feitas de fios de náilon maleáveis, e não de arames.

Redes foram feitas para pegar mais volume de peixes, inclusive cardumes inteiros, e, como disse nosso pescador, transformar em uma grande pescaria. Uma grande pescaria “acolhe” vários tipos de peixes.

Fleury (2013, p. 4) cita que:

Lechner identifica dois paradigmas tradicionais de coordenação: por um lado, a coordenação política exercida pelo estado de forma centralizada, hierárquica pública e deliberada. Por outro lado, o paradigma de coordenação via mercado, implica em ações descentralizadas, privadas, horizontais e não deliberadas (equilíbrio espontâneo dos interesses).

Quando a ênfase é em gestões descentralizadas, policêntricas, democráticas, deve haver um:

[...] deslocamento [...] da agenda pública [...] para passar a ver a execução das políticas em rede como o lugar central de construção de consensos e superação de conflitos e interesses particularistas. A emergência de redes de políticas representaria a tentativa de criação de novas formas de coordenação capaz de responder às necessidades e características do contexto atual, onde o poder apresenta-se como plural e diversificado (FLEURY, 2013, p. 6).

Conclusão

Redes não têm começo nem fim, mas bordas, fios e nós!

Concluindo, jogamos a questão imprescindível para ser respondida por cada política pública, por cada entidade social, por cada indivíduo envolvido: O que me move a fazer rede?

Antes de pensar em uma resposta a essa pergunta essencial, por ser ela a mola propulsora da busca por unir-se, considere os pontos que seguem e estruture-se para compor essa nova forma de fazer política:

1. Pense em você como um nó e que fios se conectam a você formando a teia de sustentação da sua vida;
2. Pense em você como um fio que se conecta como suporte para a sustentação de outras vidas;
3. Pense no usuário ao qual você atende e nos nós que estão conectados a eles;
4. Pense em que outros nós você pode conectar a ele e fortalecer a teia que o envolve;
5. Pense no que você pode flexibilizar;
6. Pense também no que você não pode flexibilizar;
7. Pense nos fios comuns que tem com outros;
8. Pense em que nós/ações comuns esses fios comuns podem realizar juntos;
9. E, por fim, pense no que você pode contribuir para a missão do outro.

A palavra rede, pela sua multiplicidade de entendimento e utilização – que a torna polissêmica –, leva-nos a uma proposta de tipificação. Segundo Börzel (1997 apud FLEURY, 2002, p. 2):

As diferentes tipologias de redes propõem a descrição da rede de acordo com certos

atributos, como o nível de institucionalização (estável/instável), o número de participantes (restrita/aberta). A configuração das políticas (setorial/transetorial) ou ainda o tipo de atores sociais envolvidos e a função principal da rede (por exemplo: redes de problemas, rede de profissionais, redes intergovernamentais, redes de produtores) e o equilíbrio de poder (redes heterogêneas e redes homogêneas).

Pense em que tipologia você se enquadra ou, até mesmo, em que tipologias. Nesse momento é importante apontar o que não se constitui rede:

1. Relação centrada em uma única instituição;
2. Baixo grau de colaboração e corresponsabilidade: modo de relação vertical em que uma instituição não se vê parte da superação do desafio. Antes a determinação: vocês têm que fazer isso, deste jeito e neste prazo!;
3. Relação baseada na ação isolada de cada instituição;
4. Grau de confiança e de corresponsabilidade baixo: cada um no seu quadrado. Se eu fizer bem a minha parte, está ótimo! O foco de cada instituição é próprio e só interessa o que o outro pode colaborar no meu objetivo.

A formação de redes é um processo em que o nível de colaboração e de confiança entre as pessoas segue graus de envolvimento:

1. Coexistência: fica na sua que eu fico na minha;

2. Cooperação: eu te ajudo assim que terminar o que estou fazendo;
3. Coordenação: precisamos ajustar o que fazer para evitar sobreposição e confusão;
4. Colaboração: vamos trabalhar nisso juntos;
5. Copropriedade: sentimo-nos totalmente responsáveis.

O pescador terminou de tecer sua rede e passou a fazer a sua borda: cortiças para flutuar, cabos para puxar...

Redes não têm começo nem fim; redes têm fios, nós e bordas.

Vamos trabalhar nossos fios, nós e bordas para flutuarmos juntos em uma grande pescaria?

Referência

BONZANI, Telmo Mota et al. (Orgs.). **Rede de atenção aos usuários de drogas**: políticas e práticas. São Paulo: Cortez Editora, 2015.

BÖRZEL, Tanja. ¿Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea. **Redes**, 1997. Disponível em <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

CASTELLS, Manuel. Hacia el estado red? Globalización e instituciones políticas en la nueva época de la información. In: SEMINARIO INTERNACIONAL SOCIEDADE E A REFORMA DO ESTADO, 1., 1998, São Paulo. **Ponencia...** São Paulo, 1998.

_____. **A sociedade em rede.** São Paulo: Paz e Terra, 1999. v. I.

FLEURY, Sonia. Gestão das redes políticas. In: ENCONTRO DA ANPAD, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2002. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/admin/pdf/enanpad2002-gpg-1174.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

_____. As redes e a difusão de inovações. In: SEMINÁRIO CO-NHECIMENTO, INOVAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE, 1., 2013, Salvador. **Conferência...** Salvador: IFBA, 2013. Disponível em: <https://ebape.fgv.br/sites/ebape.fgv.br/files/artigo_sonia_fleury_as_redes_e_a_difusao_de_inovacoes.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2016.

GARCIA, Marcos Roberto Vieira; CONEJO, Simone Peixoto; LISBOA, Valéria Cristina Antunes (Orgs.). **Aprimorando a rede de atenção aos usuários de drogas em um contexto local.** Holambra: Editora Setembro, 2015.

SILVA, Maria Lúcia Carvalho da et al. Movimentos sociais e redes: reflexões a partir do pensamento de Ilse Scherer-Warren. **Serviço Social & Sociedade**, n. 109, p. 112-125, jan./mar. 2012.

“Porque quem constrói o sistema, ainda
tem os materiais.
Justiça é cega!?”
Demoro, vamo aprender a falar em sinais”
(Mc Marechal. Fotografia)



Alessandra Rodrigues

Capítulo 7

Famílias e cuidados: inquietações sobre cotidiano e políticas públicas permeadas pelo uso nocivo de drogas¹

Temáticas que envolvem famílias, cuidados e políticas públicas são complexas e exigem, cada vez mais, saídas construtivas para suas demandas. Pessoas, grupos específicos, instituições e gestores públicos frequentemente se deparam com desafios e também com diferentes possibilidades.

¹ Como pessoa e também psicóloga, eu acredito na potencialidade das palavras, principalmente quando usadas em conversas. Então tomo a liberdade de convidá-lo a continuar passando seus olhos pelas letras, permitindo que conversas possam surgir em sua mente, que você possa trazer suas experiências pessoais, seus questionamentos, que possa construir reflexões e colocar em movimento seus conhecimentos prévios; afinal, todos nós acabamos tendo muitas informações sobre o que podemos discutir a partir das temáticas deste capítulo.

Mas para que refletir sobre tais temáticas no cotidiano? Destacamos que, em nosso cotidiano, muitas escolhas de cuidado acontecem ou deixam de acontecer. É no espaço cotidiano das relações familiares que se definem muitas práticas de cuidado e também aquilo que as pessoas escutam e entendem sobre o que deve ou não ser feito, sobre o que faz sentido para elas. Ao mesmo tempo, o que construímos nesse espaço também influencia a construção de políticas públicas.

Se iremos caminhar pelo contexto familiar, que tal antes alinharmos nossos pensamentos sobre a noção de famílias? Usar o termo no plural geralmente não causa muito estranhamento, pois facilmente as pessoas reconhecem a multiplicidade de possibilidades de constituição das famílias reais com as quais nos deparamos. No entanto, mesmo conscientes dessa multiplicidade, muitas pessoas ainda podem se perceber impregnadas por uma visão idealizada de família. Mesmo nos dias de hoje, em diferentes cenários, ao pedir que as pessoas fechem os olhos e pensem em uma família, o que a maioria delas relata é a formação de um grupo com “mamãe, papai, filho, filha ou filhos”. Para aqueles que podem estar pensando “mas agora já não é mais assim!”, proponho uma experiência: usar um meio de pesquisa virtual e buscar por imagens utilizando a palavra família... Logo teremos inúmeras figuras humanas ou não, mas contendo a mesma ideia: uma mulher e um homem adultos, e uma ou duas crianças; talvez poucas imagens até retratem uma família mais extensa, com vovós e vovôs. Cabe ressaltar que a ideia que associamos à noção de família foi tecida na história humana por muito, mas muito tempo mesmo, e seus fios estão entrelaçados em diferentes contextos históricos e culturais.

Afinal, como formamos essa ideia sobre famílias? Temos algumas diferentes versões. Gosto daquelas que começam nos lembrando de que, desde nossos primeiros passos conhecidos, procuramos viver em grupos e que os meios encontrados para nos organizarmos mudam. Inicialmente, fomos descritos como nômades, “caminhantes” em busca de suprir nossas necessidades, o que dava muito trabalho. Então buscamos mais estabilidade. Sendo observadores e astutos, fomos trocando a aventura e as intempéries da caça pela manutenção de animais em cativeiros e desenvolvemos o sentimento de posse sobre eles, sobre terras, sobre o planeta...

Em alguns momentos e em diferentes espaços, já nos organizamos em sistemas geracionais. Neles, as organizações por faixa etária podiam até ser mais importante do que as ligações consanguíneas. As crianças, por exemplo, poderiam ser cuidadas por todos os membros de uma aldeia... Em alguns povos, os arranjos eram pelo predomínio dos homens; em outros, pelo das mulheres... Lutamos guerras de dominação, criamos a escravidão... Povos organizados pelo sexo masculino dominaram povos organizados pelo sexo feminino... Inventamos a subjugação de mulheres e crianças... E depois de um grande tempo histórico, cunhamos o patriarcado e o capitalismo².

Como nossas construções sociais influenciam profundamente os modos que encontramos para entender as coisas do mundo, vamos nos deter mais um pouco na nossa história para ressaltar dois marcos que contribuíram para mudanças profundas nos arranjos cotidianos de nossas vidas. Na moder-

² Uma narrativa interessante sobre nossa história e a trajetória da constituição familiar pode ser encontrada no livro de Jacques Dupuis, “Em nome do pai: uma história da paternidade” (1989).

nidade, a industrialização e a urbanização contribuíram para transformações na organização social, política e econômica, nos processos de produção e, em especial, no âmbito familiar. Muitas pessoas migraram dos campos para as cidades e o convívio com as famílias extensas foi reduzido significativamente. Constituímos espaços de moradia menores e com novas regras. Assim, as famílias foram ganhando característica nuclear e se configurando como um reduto para a vida privada, o que, como ocorre geralmente com momentos de mudanças, trouxe aspectos bons e ruins. Antes disso, jargões como “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” dificilmente seriam concebidos ou ganhariam popularidade. Mas, depois de séculos, ainda trabalhamos muito tentando melhorar relações entre muitos homens, mulheres e crianças, e difundir coletivamente ideias contra práticas violentas que ocorrem entre “paredes domésticas”.

De modo geral, a concepção mais idealizada de família foi sendo delineada como pequena, organizada, solidária, um refúgio da esfera pública e, especialmente, com capacidade de consumo (SCOTT, 2011) – afinal, um de nossos maiores ícones sobre a família desejada ficou marcado pelo estereótipo de um comercial de margarina em que se mostra uma “família feliz”, ou seja, com pai, mãe, uns dois filhos (no máximo), sem conflitos, com “tudo arrumadinho” e sem dificuldades financeiras. Uma família que contribui para o consumismo da tal margarina, de outros alimentos, de roupas, de belas casas...

Não é interessante como construímos sentidos para os papéis familiares e os conteúdos que envolvem o que acreditamos? Ainda nesse sentido, algumas circunstâncias podem facilmente vir às nossas mentes. Por exemplo, as crianças fo-

ram consideradas “miniadultos”, suas vozes foram desqualificadas e muitos anos depois buscamos meios para respeitá-las sem jogar em seus ombros o peso de nossa “visão adulta da vida”. Em muitos momentos, a mulher foi subjugada, mas conseguimos conquistas, novas regras e muitas mulheres sobrecarregadas e cansadas. Muitos homens foram exaltados tanto na vida privada como na social, enquanto como pais sua presença ficava enfraquecida. Durante um longo período, os homens foram considerados o pilar de uma família; hoje um grande número de famílias não conta com homens adultos em sua organização ou eles não ficam presentes no convívio cotidiano por períodos longos ou estáveis. No entanto, assim como há aqueles que se alienam do espaço familiar, ao mesmo tempo há homens que participam ativamente do cotidiano da família, do desenvolvimento e do cuidado com a saúde de filhas e filhos.

Um segundo marco que destacamos na composição das mudanças que interferiram no papel familiar é o movimento higienista do século XIX. Nesse período, a família começou a perder o domínio sobre o cuidado com a saúde e a educação de seus membros. Nessa perspectiva, uma mudança bem importante foi que profissionais e especialistas foram ganhando espaço. Também houve um deslocamento significativo do poder, como pondera Philippe Ariés (1973). Antes o mandatório era que as famílias determinavam vários aspectos sobre a vida de seus filhos e filhas; hoje, por vezes, elas são bombardeadas por infinitas informações de especialistas sobre os “melhores” modos de realizar práticas cotidianas de cuidado. Em outras palavras, no primeiro momento, por exemplo, facilmente um pai³ chegaria a

3 Restrito aqui ao sentido do homem. Naquele momento, a mulher raramente ocuparia essa posição.

uma escola e ditaria como seria a educação de seus filhos, mas, atualmente, cuidadores e responsáveis seriam convocados a vir à escola para serem orientados sobre a educação da criança.

Nesse novo enquadre, a instituição familiar ficou repleta de obrigações: ela “deve” preparar e proteger seus membros das mazelas da vida; “deve” cuidar das novas gerações, dos que estão/são incapazes de cuidar de si próprios, por incapacidades físicas ou mentais ou por não terem tempo para isso, em razão de suas ocupações profissionais, acadêmicas e/ou sociais. Assim, as famílias podem ser definidas como lócus de proteção social e, do ponto de vista das atuais políticas públicas, também de promoção de saúde (IZQUIERDO, 2003a; CERVENY; BERTHOUD, 2009; GUANAES; MATTOS, 2011). E, ainda que as pessoas reais não cumpram literalmente essas prescrições sociais, a transgressão em relação a alguma dessas expectativas pode fomentar o surgimento de diferentes sentimentos, como culpa, medo, ansiedade e sensação de não pertencimento a um grupo querido ou almejado socialmente.

Então, no panorama atual, de certo modo, a família pode ser compreendida como um sistema de saúde para seus membros, visto que conta com um conjunto de valores, conhecimentos, práticas e crenças que pode orientar suas ações nessa perspectiva, incluindo ações de prevenção e tratamento de doenças, o que pode ser exemplificado até mesmo por meio de questões simples que nos auxiliam a pensar sobre vários aspectos. Vejamos... Como resolver com quem e onde uma criança com conjuntivite ficará no período em que se esperava que ela estivesse na “escolinha”? O que os responsáveis acreditam que seja o melhor para a criança? O que eles entendem que seja possível diante dos recursos com que podem contar? O que sabem sobre os cuidados necessários para essa criança e para a prote-

ção contra o contágio de outras pessoas? Hoje, a expectativa é que esse problema seja solucionado pelos membros da família e, por vezes, com a exigência de que esses “probleminhas” do cotidiano não afetem a produtividade nem causem transtornos para empregadores, escolas, outras famílias...

De modo geral, as habilidades e as competências do grupo familiar possibilitam escolhas, opções e reorganização do ambiente, que nem sempre são fáceis. Por vezes, pode ser difícil receber a solidariedade social, ou seja, poder contar com outras pessoas, grupos e instituições diante de situações simples ou complexas. Desse modo, os membros da família podem ficar muito sozinhos na busca por soluções de problemas. Diante de suas escolhas, as pessoas podem ser criticadas, principalmente sem que sejam consideradas as possibilidades encontradas pelas famílias, associadas às suas relações sociais e aos suportes institucionais disponíveis e acessíveis na realidade em que essas pessoas estão inseridas – especialmente nos aspectos inerentes à saúde (MIOTO, 1997; ALTHOFF, 2001).

Nesse sistema de cuidado, as pessoas atribuem significados aos eventos de saúde que vivenciam. As famílias tomam iniciativas, supervisionam, avaliam e buscam ajuda (ELSEN, 1984, 2002), mas também sofrem, cansam, abandonam, brigam, desistem e tentam novamente. De fato, as práticas de cuidado podem estimular a vivência de sentimentos ambíguos em quem cuida e em quem recebe cuidados.

As relações de cuidado danosas podem ser motivadas por rancor e ressentimento, conter intensa carga de conflitos, ódios, violências, competições, instigar a sensação de vulnerabilidade ou invulnerabilidade e de poder sobre o outro. De modo geral, o contexto de cuidados pode provocar sobrecar-

ga e desgaste físico, emocional e mental, o que, por sua vez, também pode gerar um impacto negativo sobre os cuidados prestados. Além disso, as emoções podem estar associadas à possibilidade de o cuidador vivenciar exclusão do mercado de trabalho, insegurança econômica, perda de relações sociais e oportunidades de desenvolvimento pessoal. Lembramos que rotinas familiares, por vezes, levam as pessoas a colocar as próprias necessidades em segundo plano, o que também pode ser disparador de sentimentos conflitivos (SORJ, 1992; IZQUIERDO, 2003a).

Uma mudança importante nesse sentido é que as situações de maus-tratos, que por vezes eram vividas na esfera da intimidade familiar e entre paredes institucionais, agora podem ficar expostas na mídia e em redes sociais. Assim, a relação doméstica, íntima e particular ganha o espaço público, podendo promover algumas medidas protetivas (IZQUIERDO, 2003a; MONTENEGRO, 2003). E, ao mesmo tempo, ainda pode atuar como disparadora para refletirmos sobre o que fazer diante de práticas de cuidado que envolvem maus-tratos. No entanto é interessante que pontos de tensão e discórdia também podem extrapolar a esfera dos conflitos e promover soluções criativas, já que um sistema familiar tende a buscar respostas contextuais para suas demandas, compondo constantemente novos padrões de interação diante de situações simples e complexas.

Atualmente, as famílias vivenciam diferentes mudanças que interferem em aspectos do cuidado com a saúde, dos quais destacamos: o entendimento de seus membros de que a formação familiar não deve ser impeditiva para as aspirações pessoais; entre os casais, cada vez mais, valoriza-se a participação mais equilibrada das práticas de cuidado e do sustento

familiar; filhas e filhos ocupam espaços importantes, mas há a noção de que não devem ser o único objeto de preocupação, nem de mulheres nem de homens; a união pelo casamento não implica compromisso e responsabilidade por toda a vida, no entanto a união estável implica as mesmas responsabilidades de cuidado existentes na formal; jovens adultos vivem por mais tempo com seus pais; a saída de casa não precisa ser motivada pela formação de uma família própria. Nesse cenário, é possível observar que cada mudança no ambiente familiar é acompanhada de consequências no que tange às possibilidades de cuidado. Ao enfocarmos relações entre pais, filhas e filhos, por exemplo, podemos notar que alguns adultos sentem-se no dever de retribuir o que receberam de seus pais por meio de cuidados com a saúde deles, enquanto outros se sentem despreparados para serem cuidadores ou não querem essa responsabilidade.

De modo geral, vários fenômenos influenciam a ampliação da demanda por cuidados no ambiente familiar, como o envelhecimento da população e as novas necessidades que o acompanham, além do aumento de novas situações de dependência, motivadas, sobretudo, pelo crescimento no número de portadores de doenças crônicas e da morbidade que pode afetar sobreviventes de acidentes. No entanto, conforme ressaltam Izquierdo (2003a) e Brullet (2010), algumas soluções contemporâneas, que diluíam a carga sobre quem acompanha esses cuidados para muitas famílias, deixaram de ser viáveis em função de novas situações, como: a maior dispersão geográfica de seus membros, o que dificulta as condições de solidariedade familiar; a ocupação laboral de todos os adultos da família por longos períodos; a busca constante pelo aperfeiçoamento pessoal; a maior presença das mulheres no mercado de trabalho.

Outro elemento interessante é o declínio da taxa de natalidade. Os cuidados, que antes eram diluídos entre os muitos filhos que os casais brasileiros tinham até essa queda, passaram a ser concentrados em um número reduzido de cuidadores. Ao mesmo tempo, as práticas de cuidados familiares, que antes eram divididas entre as muitas pessoas participantes desse contexto, também ficaram concentradas nos membros da família nuclear. Hoje, geralmente, esse novo arranjo implica a sobrecarrega de seus membros adultos.

No nosso contexto atual, existe um processo de responsabilização individual do cuidado com a saúde. Assim, as pessoas são levadas a crer que se trata de um desafio e de uma obrigação pessoal conciliar expectativas e demandas familiares, pessoais e de trabalho, quando, na verdade, trata-se de um problema amplo de organização social.

Um exemplo é constatado quando comparamos o quanto recebemos de informações sobre estilos de vidas saudáveis e a dificuldade em conciliá-las com nossas práticas cotidianas, seja por falta de tempo, dinheiro, disposição, por trabalhar, estudar, cuidar etc. E o pior é que por vezes essas pessoas convivem com a reprodução e contradição de repertórios sobre esse tema: “Beltrana cuidava de todos, mas não cuidava dela. Olha no que deu!”; “Fulano trabalha, estuda, mas não se cuida. Qualquer dia cai duro!”; “Tem uma carreira brilhante, mas não tem vida pessoal!”; “Não devia ter largado tudo pra cuidar dos filhos!”.

Uma sociedade que exige que seus membros sigam o que é entendido como “as boas escolhas” também deveria fazer com que essas tais escolhas fossem as mais fáceis. No entanto romper com o modelo hegemônico, com regras que estão postas

socialmente, que por vezes não são explícitas, mas são cobradas, é um processo complexo. Tal modelo tem práticas baseadas na produção e em regras de controle, em visões consumistas, biomédicas, patológicas e de cuidado individualizado.

Fica posta a necessidade de constituirmos e implantarmos ações para intervir nas contradições e hiatos sociais. Precisamos construir conhecimentos e metodologias que respeitem e qualifiquem pessoas, grupos familiares e profissionais, em especial, para atuarem em parceria em busca de objetivos possíveis e que realmente contribuam para uma qualidade de vida melhor.

Em nosso país, carecemos de propostas de trabalho que modifiquem o lugar que as famílias ocupam para um espaço que gere mais solidariedade e seja facilitador de formas de enfrentamento de dificuldades. Exemplificando, temos a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias por colocar para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) a necessidade de ultrapassar os limites definidos para a atenção básica. O desafio envolve a capacidade da própria equipe de se articular internamente, bem como com diferentes núcleos e campos de competência e, ao mesmo tempo, estabelecer conexões com a comunidade e proporcionar ações intersetoriais e integrais, sob o amparo social (BRASIL, 2012; GUANANES; MATTOS, 2011).

Brullet (2010) sintetiza as fontes para os cuidados com a saúde: 1) o Estado, principalmente por meio das políticas e dos serviços públicos de atenção à saúde; 2) o mercado, pela compra de serviços privados; 3) o terceiro setor/o voluntariado, com serviços de entidades sem fins lucrativos; 4) o cuidado não remunerado que as pessoas oferecem, sobre-

tudo as mulheres, no contexto das famílias. Mesmo sendo de fontes diferentes, na prática, por vezes, nossa estrutura social se mostra organizada, de modo que seja necessário o apoio familiar.

Presentes em um espaço micro e o macrosocial, as famílias têm sido a ênfase de diferentes políticas públicas e são, assim, objeto de atenção de instituições governamentais, em especial por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), que, buscando o reordenamento do modelo de atenção à saúde, preconiza que as famílias devem receber atenção em seu contexto social e comunitário. Em consonância com os princípios do SUS, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define que, para sua operacionalização, a estratégia prioritária é a saúde da família (BRASIL, 2007). A ESF propõe dinamizar, ao menos em parte, algumas ações promovidas pelo SUS. Nas políticas públicas, a ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial (BRASIL, 1994, 1997).

Uma das questões fundamentais desse processo fica no questionamento sobre a graduação em diversas especialidades nas quais os profissionais devem atender a demandas e práticas envolvidas em políticas públicas direcionadas para as famílias, mas que não aborda essa temática ou a aborda com pouca profundidade em suas ações, nos papéis de cada participante do sistema de atenção e cuidados de diferentes populações e, por vezes, utilizando noções baseadas na visão idealizada de família ou em outras visões incompatíveis com o que é preconizado em tais políticas.

Além das dificuldades encontradas pelas equipes de ESF, essa situação é contraditória até mesmo quando direcionamos nosso olhar para nossa constituição atual, conhecida

como Constituição Cidadã, na qual está preconizado o foco de atuação na família, em seu território. Nesse panorama, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990) e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) são marcos legais, regulatórios de direitos humanos de crianças, adolescentes e idosos, constituído por meio de lutas de diversos movimentos sociais, que dispõem sobre papéis e estabelecem que a família, a comunidade, o Estado e a sociedade são responsáveis pela proteção e manutenção do direito dessas pessoas à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito, à convivência familiar e comunitária, e ao bem-estar, psicológico, moral e social. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (2008) são representativas da história de ações direcionadas à atenção para pessoas adultas. Elas deveriam promover a melhoria das condições de saúde, de modo efetivo, reduzindo a morbidade e mortalidade, por meio do enfrentamento de fatores de risco e da facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde. Também deveriam promover o fortalecimento e a qualificação da atenção primária voltada à prevenção de agravos evitáveis (BRASIL, 2004, 2008), embora, em ambas, ainda se destaque um viés da saúde sexual em detrimento da perspectiva da integralidade⁴. Cada um desses documentos poderia ser disparador de importantes reflexões, associando aspectos do cotidiano das famílias com expectativas, possibilidades re-

4 Políticas que visam à atenção a grupos específicos da sociedade e são constituídas em diferentes contextos. Em geral, contam com a contribuição de diferentes atores sociais, seja para a defesa de direitos humanos ou de interesses implícitos de poucos “privilegiados”. Uma discussão sobre essa temática, direcionada a saúde do homem adulto, é abordada em Conejo (2014).

ais e organização social. Mas, pensando sobre isso, quem não ficaria indignado por nossos profissionais não serem preparados para o trabalho coletivo, com famílias, nos diferentes territórios, conectados com nossa realidade? Uma das consequências desse cenário é que possuímos dispositivos legais muitos bons e práticas cotidianas de cuidados empobrecidas.

Entre outras dificuldades vivenciadas por cuidadores – familiares ou profissionais – estão: a falta de serviços de apoio e/ou seus custos elevados; a falta de disponibilidade de vagas; a inflexibilidade de horários, períodos e dias de funcionamento. Um exemplo simples seria o que fazer com o vovô que tem Alzheimer e precisa de cuidados frequentes, quando os outros membros da família precisam trabalhar, estudar ou simplesmente sair? Diante das dificuldades impostas por situações dessa natureza, os familiares acabam tendo de lidar, de maneira isolada, com situações cotidianas que se tornam difíceis, como a polarização entre ser um “mal cuidador” e sentir que poderia produzir e viver mais e/ou melhor.

Muitas famílias, isoladamente, têm encontrado estratégias para lidar com as demandas que entendem ser de sua responsabilidade. Tais situações nos colocam diante da necessidade de analisar com os membros das famílias, da comunidade e do Estado a (re)distribuição do cuidado, refletindo sobre as condições que envolvem esse trabalho – remunerado ou não –, seus custos, tempo, vínculos afetivos e suas responsabilidades (CARRASCO, 1999; LEWIS, 2001; GARRIDO, 2003; IZQUIERDO, 2003a, 2003b). A perspectiva atual nos coloca diante da necessidade de novas estruturas nos processos de cuidado com a saúde envolvendo o sistema familiar e, sobretudo, a gestão pública (CONEJO, 2014).

Famílias, drogas e cuidados

No que diz respeito aos usuários de drogas, vemos que a legislação brasileira evoluiu de uma política proibicionista para uma política menos repressora que aborda a atenção aos usuários, sua reabilitação social e uma tendência de inclusão das ações e de princípios da redução de danos (RD) e da reforma psiquiátrica na formulação dessas políticas nacionais. Um marco desse processo é a publicação “Legislação e Políticas Públicas sobre Drogas no Brasil”, da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) (BRASIL, 2011), do Ministério da Justiça, que inclui tanto as orientações políticas como os mecanismos legais vigentes no país sobre o tema das drogas.

Nesse sentido, o realinhamento da política busca: fortalecer a responsabilidade compartilhada, ou seja, procura estabelecer como estratégia a cooperação mútua e a articulação de esforços entre governo, iniciativa privada, terceiro setor e cidadãos; ampliar a consciência para a importância da intersetorialidade e descentralização das ações sobre drogas no país; valorizar que a família também receba cuidados. Isso significa que, com dificuldades e por meio de conquistas, estamos buscando espaços que se configuram pela distância da tortura e da segregação social por meio da exigência ética de direitos humanos, da defesa da vida e da cidadania.

Cada cultura e cada família têm formas distintas de regulação em relação ao uso de diferentes drogas. Nelas circulam noções sobre o que é e como se deveria lidar com as drogas, com seus efeitos e com quem faz uso delas. Seu uso pode ser incentivado, tolerado, sancionado etc. Aliás, experimentar dro-

gas lícitas ou ilícitas e o seu uso são atitudes que fazem parte de culturas milenares e acompanha a história da humanidade⁵.

Gosto de me lembrar de pessoas, como nossa querida Adriana Caldeira, que sempre destacam: “Droga pode ser qualquer substância, qualquer alimento que altere nosso funcionamento, inclusive chocolate... O que importa realmente é a relação que estabeleço com ela!”. E é nas práticas cotidianas, nos almoços familiares de domingo, nos dias de dores, na rodinha com amigos, nos banheiros escolares e no “seio da família”, que vamos constituindo nosso jeito de pensar e lidar com brigadeiros, massas, refrigerantes, bebidas alcoólicas, remédios, maconha, crack...

Quando trabalhamos com a temática das drogas, logo entendemos a importância do contexto social e das famílias. Ambos aparecem associados a discussões práticas e teóricas, em questões que envolvem o surgimento do uso nocivo ou não, de cuidados, perdas ou benefícios, de sentimentos de culpa, onipotência e impotência, de sofrimentos, possibilidades e saúde de seus membros. Nessas conversas, quando apontamos que relações familiares saudáveis servem como fator de proteção para toda a vida e, de forma muito particular, contra o uso nocivo de drogas, dificilmente alguém contesta. Porém, quando o diálogo caminha nessa trajetória, devemos estar atentos para não acabar destacando questões que responsabilizam as famílias pelas mazelas que seus membros vivem – um caminho que costuma trazer poucas contribuições e amplia sofrimentos. Relações e possibilidades são coconstruídas. Viver implica negociações que resultam em modificações nas relações previamente estabelecidas. Quando nosso pensamento

5 Essa temática é abordada com maior profundidade em Conejo (2013).

fica fixado no viés do déficit, nossa possibilidade de compreender pode ficar presa no modo como famílias deveriam agir ou até mesmo como deveriam ser. Como pais deveriam ser figuras de autoridade, confiança, respeito e educadores, em geral perdemos a chance de sermos o que realmente gostaríamos de ser nesses encontros. Em nossas práticas, precisamos ficar atentos para que elementos realmente bons não fiquem reféns de ideias idealizadas.

Quando o uso nocivo de drogas passa a compor as relações familiares, pode causar diferentes impactos que dependerão de vários fatores: momento do ciclo de vida em que se encontram; variáveis internas e externas de cada família; níveis de tolerância e adaptação diante de situações de dificuldades e tensão. O uso nocivo de drogas de um ou mais membros da família pode ser um fator de dispersão e de ruptura e/ou de união. De qualquer forma, no contexto familiar, vale lembrar que também é importante refletir sobre o impacto nos membros que não usam drogas (STEINGLASS et al, 1987; ROCHA BRASIL, 2004).

O uso nocivo de drogas por adultos responsáveis pela manutenção familiar, por exemplo, pode variar seu impacto, principalmente de acordo com as características pessoais de cada membro familiar, com a idade em que vivenciam as consequências desse uso, com o equilíbrio emocional de cuidadores, com a rede de apoio que os circundam, com o comportamento de cuidadores e o grau de violência presente no ambiente familiar. Autores como Griffith Edwards (1998) há muito tempo descrevem possíveis efeitos, sobretudo, do alcoolismo de pais na vida de filhos, tais como: aumento da ansiedade na criança dentro e fora de casa; dificuldades na aprendizagem e no relacionamento social; convívio com mo-

delo de identificação insatisfatório que deixa mais trabalhoso seu processo de desenvolvimento pessoal; estabelecimento de relações amorosas que repetem a história de sua família de origem; afastamento ou dependência excessiva da família; aprisionamento na tentativa de resolver problemas e/ou defender aqueles tidos como mais vulneráveis; risco aumentado de também desenvolverem o uso nocivo de drogas. E, de modo geral, em nossa prática, frequentemente acompanhamos que muitos desses filhos e filhas também podem se sentir diferentes de seus pares, podem ter uma sensação de rejeição pessoal, vergonha e baixa autoestima perante a sociedade, assim como podem ter que enfrentar sentimentos de isolamento, alienação e desesperança.

Um complicador importante é que, em geral, diante do uso nocivo, podem existir oscilações importantes entre momentos sob os efeitos do uso e a abstinência, entre humores, expressão de sentimentos, segurança, violência, dependência, indiferença etc., o que pode criar ambivalência de sentimentos, especialmente de amor e ódio, e deixar presente outros como a culpa. Nesse contexto cotidiano, lidar com emoções se torna difícil e, por vezes, exaustivo. Nesse cenário, o desconforto emocional se faz um componente presente nas relações.

Lidar com a presença do uso nocivo de drogas entre os membros familiares não é uma tarefa fácil. Algumas famílias só problematizam tal uso quando já há sérios comprometimentos; outras negam a situação, mesmo diante de evidências. Algumas se apavoram diante de um uso de experimentação; outras demoram a “descobrir”. Algumas descobrem que a “solução” é a internação; outras encontram tratamento ambulatorial e a tentativa de reestruturação do cotidiano. Algumas ficam, por muito tempo, culpabilizando algum dos membros

familiares; outras minimizam a situação, por se sentirem ameaçadas, por não saberem como efetuar mudanças, por diferentes motivos. Algumas constituem novos espaços de saúde; outras se desorganizam. Mas o fundamental é lembrarmos que todas fazem “o que dão conta de fazer”.

Alguns meios de cuidado envolvendo famílias

Quando trabalhamos com famílias reais, precisamos escutar atentamente sobre o que elas consideram sofrimento e suas causas, sobre o que dizem a respeito do que entendemos que sejam suas demandas. Temos que tentar compreender quais emoções estão envolvidas. Em geral, quando estamos muito emocionados, os conteúdos do universo racional não têm força para provocar mudanças. Então não adianta orientar, explicar, propor o que podemos entender que seja bons caminhos se não houver disponibilidade interna para compor com outros pensamentos e informações. Além disso, precisamos compreender em conjunto com os membros da família qual é o pedido daquele grupo de pessoas, o que realmente acreditam que precisam para encontrar melhoras para suas vidas.

Nessa área, muitos estudos sobre drogas são direcionais às famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica, mas o uso abusivo de drogas aparece em todas as classes sociais, e contar com bons recursos econômicos não é um efeito protetivo. No entanto, enquanto profissionais, temos que ter cuidado para não promover ações que fixem famílias em situação de vulnerabilidade nessas condições. Diante de sofrimentos envolvendo o uso abusivo de drogas por membros

de qualquer família, devemos procurar meios que favoreçam a continuidade de um desenvolvimento saudável para todos.

Entre os meios mais praticados de cuidados que envolvem as famílias estão a orientação familiar, realizada geralmente por um especialista na temática e/ou alguém das áreas de saúde, educação, assistência social, religião, direito ou garantia de direitos. A recomendação de participação em grupos de ajuda mútua – Al-Anon, Nar-Anon, Amor Exigente, por exemplo – também é recorrente. Os serviços ambulatoriais, como os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD)⁶ estão, cada vez mais, incluindo familiares e pessoas próximas. Lentamente profissionais e familiares estão ganhando clareza da importância das vagas em hospitais gerais para os momentos em que a desintoxicação se faz necessária, sem que seja preciso excluir pessoas do convívio social por meio de longas internações. As terapias de família também são consideradas recursos importantes para esse momento. Nessa direção, há espaço para que as políticas públicas ofertem esses serviços na rede de cuidados, facilitando a acessibilidade a esse recurso.

Algo importante para se compreender é a visão de mundo, “as lentes” que as pessoas podem usar para dar e buscar auxílio. Vamos direcionar nossa discussão a seguir a três eixos representantes da diversidade existente. Começaremos pelo

6 Trata-se de um serviço específico para o cuidado, atenção integral e continuada às pessoas com necessidades em decorrência do uso de qualquer droga, por meio de uma equipe multiprofissional. Procura realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício de direitos civis e fortalecimento de laços familiares e comunitários. Os CAPS AD III (CAPS AD 24 horas) também atendem aos usuários em seus momentos de crise, podendo oferecer acolhimento noturno por um período curto de dias e deve apoiar usuários e famílias na busca de independência e responsabilidade para com seu tratamento (BRASIL, 2016).

modelo jurídico-moral. Quando ele é o referencial dos cuidadores, o uso de drogas tende a ser compreendido como moralmente incorreto, como um crime – e crimes merecem punição. Ele fortalecerá tentativas de controle, ameaças, punições e de usar, cada vez mais, regras repressivas e severas (MARLATT, 1999). Algumas organizações familiares favorecem que essa seja a primeira lente a ser usada no processo de cuidado. Contudo raramente ela é suficiente, e há grande tendência de complicar as relações pessoais.

Nossa segunda lente é a visão medicalizada ou de doença. Por meio dela, o uso de drogas aparece associado, principalmente, à ideia de doença biológica/genética/psicológica. Os problemas com o uso costumam ser nomeados de dependência química⁷, e das relações, como codependência. Envolve opiniões de especialistas, consultas médicas, realização de testes e exames. Requer tratamento, reabilitação, prescrições, cura. Geralmente, as pessoas terão seus corpos mais investigados e medicados. A droga de escolha do usuário é vista como um inimigo externo, capaz de corromper a moral. Nesse contexto, por vezes, os usuários são percebidos como impotentes e desarticulados diante da possibilidade de prevenir ou reduzir os danos decorrentes do uso.

Nessa lógica, cabem aos cuidadores a prevenção e a busca para adequar o usuário ao “comportamento desejado”; resta à sociedade e seus dispositivos a tentativa de “redução de demanda de drogas”. Essa concepção orienta práticas e modelos

7 Nem todo uso problemático de drogas é dependência química. O conjunto de aspectos que a envolvem é descrito no Código Internacional de Doenças (CID). É importante diferenciarmos usos de doenças, especialmente, em função das mudanças que essa diferenciação pode trazer no modo que encontramos para direcionar cuidados.

de tratamento que, via de regra, legitimam alguns saberes que serão tomados como oficiais e excluem aqueles que não se enquadram nessa configuração. Ela desperta um desejo de dar ou receber terapias tecnológicas inovadoras e, em geral, caras (VELHO, 1978, 1997; CONEJO, 2014).

É comum que as pessoas busquem vários meios de informação, realizem “autoconsultas” na Internet – cabe ressaltar que, por interesse pessoal e/ou profissional, elas se tornam pesquisadoras. Contudo famílias que se apoiam nessa lente por muito tempo, frequentemente, acabam descrevendo relações desgastadas, a sensação de “enxugar gelo”, diante de um cansaço intenso.

Em contraste às lentes anteriores, passamos a direcionar nosso olhar ao modelo de RD, que parte da constatação de que muitas pessoas usam drogas e apresentam vários outros comportamentos de risco. A RD se configura, sobretudo, como uma alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência. Cessar o uso de drogas pode ser uma meta. Contudo deverá ser uma escolha da pessoa, e não um objetivo imposto. A RD também procura ampliar as ofertas de recursos de saúde para a população de usuários de drogas, incluindo e respeitando a diversidade existente em suas demandas e necessidades. Ela propõe uma visão em que a pessoa é tida como alguém que pode usufruir de múltiplos recursos para alcançar uma qualidade de vida melhor, dentro de um contexto democrático, participativo e autônomo. Então a RD implica um papel ativo no cuidado de si e procura propiciar uma construção coletiva entre as pessoas que a utilizam e os cuidadores envolvidos. Um de seus principais desafios é a construção de redes de serviços na área da saúde que incluam a atenção do SUS, como: emergências hospitalares, internações breves,

postos de saúde, ESF e CAPS AD (PASSOS; SOUZA, 2011). Porém, para muitos cuidadores, ainda é muito difícil acreditar e investir nesse modo de cuidado.

Discutir sobre as lentes que usamos em nossas práticas cotidianas é fundamental, visto que elas influenciam os modos que encontramos para atuar e oferecer cuidados. Quando uma lente está embaçada por preconceitos, por exemplo, é muito mais difícil cuidar de quem está a nossa frente ou mesmo discutir políticas públicas com bons argumentos. Vamos imaginar que uma pessoa é membro de uma equipe da ESF, um programa que, por vezes, mostra-se propício ao desenvolvimento de ações direcionadas ao cuidado de usuários de drogas, em especial aquelas direcionadas para a RD, e que, ao mesmo tempo, essa pessoa tenha que lidar com a permanência de valores e práticas tradicionais, fundamentadas no ideal de abstinência. Facilmente sua prática cotidiana pode conter atitudes contraditórias ou discursos e ações inconsistentes. Suas atividades podem demandar muito esforço pessoal. Ela pode começar a acreditar que a RD não é um bom recurso. Assim, tais possibilidades reforçam nossa percepção sobre a complexidade de questões sobre cuidados.

Ajustando mais nosso foco para o cuidado da família, compreendemos que, de modo geral, ele pode ser baseado em várias abordagens. Entre esses diferentes tipos de abordagens, nossa discussão será direcionada à visão sistêmica⁸. Tentando traçar um breve panorama, podemos descrever que ela busca intervir na dinâmica das relações e em contextos que influenciam nosso viver – família, escola, trabalho, comu-

⁸ Já que, como terapeuta de família, conto com suas bases teóricas e metodológicas em minha prática e não teria intimidade para refletir sobre outras abordagens.

nidade. Quando associada às questões de uso abusivo de drogas, procura compreender esse uso e seus efeitos como um sintoma de sofrimento humano e considera a família como um sistema em que se mantém um equilíbrio dinâmico entre o uso de substâncias e o funcionamento familiar. Há o entendimento de que não há verdade absoluta ou estática. Quando usamos essa lente, procuramos manter a visão de circularidade, consideramos processos e evitamos o pensamento baseado na linearidade (visão causa e efeito). Incluímos ideias complementares e evitamos processos de exclusão (o “e” substituiu o “ou”). Buscamos contribuir com a organização familiar (reestruturação de organizações, papéis, relações etc.). Procuramos trabalhar o desenvolvimento de papéis familiares em que cada um possa ser corresponsável pela manutenção da saúde e bem-estar próprio e do grupo. Ficamos atentos às singularidades e evitamos generalizações. Consideramos paradoxos e buscamos entender contradições, incertezas, variáveis, complexidades, mas atuando com simplicidade. A visão de ser humano é uma concepção de pessoas biopsicossociais, espirituais e ecológicas⁹. Então exige uma visão integrada do ser humano e trabalho em equipe. Assim sendo, procuramos favorecer o trabalho em rede e considerar diversos recursos para compreensão e cuidados.

No contexto do cuidado e uso de drogas, há muito tempo, a visão sistêmica procura fortalecer mudanças de paradigmas. Vamos observar algumas no Quadro 1:

⁹ Considerando que a pessoa está em processo constante de construção, interação, troca e reconstrução nos aspectos biológico, psicológico, social, espiritual e ecológico – pensando resumidamente eco como: algo que ocorre nas relações humanas, nos meios que as pessoas encontram de estar com outras pessoas, com diferentes contextos, com o mundo e na qualidade das relações que estabelecem e da postura ética.

Quadro 1: Algumas mudanças de paradigmas no cuidado e uso de drogas.

A visão repressiva e do amedrontamento promove	A visão sistêmica e da educação para a saúde busca
Controle de oferta.	Redução de demanda.
Medidas de repressão/proibição.	Promoção de campanhas e programas de prevenção.
Controle externo.	Autonomia/controle interno.
Preocupação com o produto.	Atenção no encontro com o sujeito. A droga é entendida em um contexto sociocultural.
Vivência de medo, terror e ameaça visando ao afastamento do usuário e do tema.	Postura de enfrentamento da realidade, desmistificando tabus e conhecendo situações de risco.
Evita o contato com o tema, negando aspectos simbólicos, sem facilitar reflexões.	Promove reflexões constantes sobre condutas que facilitam o consumo e os atos de transgressão.
A informação deve ser trazida (verticalmente) em tom alarman-te, marcada pela autoridade, sem espaços para discussões reflexi-vas e troca de experiências.	A informação deve ser trabalhada (horizontalmente) em um clima de diálogo, construindo novas possibi-lidades de solução para problemas, valorizando a troca entre pares.
Manutenção de posturas rígidas no apontamento de soluções que levem ao distanciamento de traficantes e drogados.	Soluções coconstruídas no coletivo grupal (familiar ou institucional) com base nas experiências de cada um, nos sentidos e no contexto espe-cífico da comunidade em questão.
Ameaças e constituições de re-lação que deixam o usuário em uma postura de impotência, medo e isolamento social.	Mobilização do usuário por meio de sensação de confiança em suas potencialidades para enfrentar situa-ções difíceis, resgatando a força dos vínculos afetivos.
Atores implicados no combate às drogas, vinculados a órgãos de controle e segurança, funções de poder ou especialistas externos.	Trabalho desenvolvido por alguém vinculado aos usuários. O papel de especialista dá lugar ao de mediador e/ou multiplicador. Pessoa prepara-da para ser referência de ajuda.

Fonte: Adaptado de Sudbrack (1996, p. 109-111).

Em nossas vivências pessoais e profissionais, podemos reconhecer diferentes modos e padrões de organização das famílias ao longo do tempo e também várias formas de relacionamento entre seus membros. Apesar dessas diversidades, em geral também podemos observar muitas características semelhantes ao longo do ciclo de vida das famílias. Mas como deixar esse conhecimento ficar mais útil para nossos trabalhos? Tais características podem, por exemplo, ser agrupadas e nomeadas como fases do ciclo de vida das famílias. Analisá-las pode nos auxiliar na compreensão dos meios que as famílias enfrentam e superam cada fase, tornando visíveis as dificuldades encontradas.

Uma das versões mais conhecidas de organização desse conhecimento é o trabalho de Mônica McGoldrick e Betty Carter, que, em 1980, escreveram “As mudanças no ciclo de vida familiar”, abordando aspectos do ciclo de vida em famílias americanas, de classe média, incluindo um enfoque trigeracional, e descrevendo tarefas de desenvolvimento e dificuldades de transição. Ainda que o estudo tenha características que se distanciam de muitas de nossas famílias e que a realidade não siga divisões e seja transpassada por outros elementos, até hoje é válido nos determos um pouco em suas reflexões. McGoldrick e Betty Carter (1995) agruparam didaticamente tais aspectos em seis estágios, mas o que gostaria de destacar são os processos descritos que podem estar presentes em cada momento, que são:

1. Jovem solteiro → Processo de diferenciação em relação à família de origem; desenvolver e amadurecer responsabilidades emocionais, financeiras e profissionais por si mesmo; desenvolvimento de relacionamentos íntimos com outros adultos;

2. Família sem filhos → Comprometimento com um novo sistema familiar; constituição de relacionamentos amorosos; realinhamento de relação com a família ampliada e com amigos para incluir o parceiro ou a parceira;
3. Família com crianças → Aceitação e adequação do sistema conjugal para criar espaço para outros membros no sistema familiar; união entre o casal para tarefas como educação de filhos e organização financeira e doméstica; realinhamento de relações anteriores para inclusão de papéis de pais e avós;
4. Família com adolescentes → Aumentar a flexibilidade das fronteiras familiares para incluir a independência e amadurecimentos de filhas e filhos, e uma possível necessidade de cuidar de gerações mais velhas, além de questões conjugais e profissionais ganharem um novo tempero com a meia-idade;
5. Família no meio da vida → Aceitar várias saídas e entradas no sistema familiar; reorganizar novamente o casal conjugal como dupla para conviver com filhos adultos, parentes por afinidade, pais idosos e netos, assim como lidar com perdas relacionadas ao envelhecimento e possíveis mortes;
6. Família no estágio tardio → Aceitar mudanças de papéis geracionais; manter o funcionamento e até mesmo o interesse do casal conjugal; abrir espaço para a participação de outros membros no papel central familiar; revisão e integração do viver; lidar com perdas e mortes.

Em nossa prática, facilmente encontraremos a mesma família e até um membro da família vivenciando diferentes mo-

mentos ao mesmo tempo. Exemplificando, uma família pode estar se preparando para o terceiro casamento do pai, o qual fazia uso abusivo de bebida alcoólica na adolescência e acaba de se formar na faculdade com seu filho mais velho de 29 anos. A filha de 15 anos pode estar indo morar com um namorado e apresentar sintomas sugestivos de uso abusivo de drogas. A futura cunhada, que recentemente ficou viúva, pode ir morar com novo casal, enquanto a nova esposa desse pai pode descobrir que está grávida.

Ainda apoiados nas reflexões de McGoldrick e Betty Carter (1995), ressaltamos que a passagem por esses momentos pode sofrer a influência de vários fatores estressores: atitudes, regras, tabus, mitos, medos, rituais, segredos familiares, expectativas, rótulos, padrões de comportamento, questões opressivas e como essa família específica costuma encontrar soluções para seus problemas, ou seja, são padrões de relacionamento e funcionamento transmitidos entre as gerações e que compõem a história de cada família. Podem ser fatores predizíveis e imprevisíveis, como mortes prematuras, doenças crônicas, acidentes e outros. Para essas autoras, quanto mais flexibilidade a família tiver para realizar as mudanças que a passagem de uma fase a outra exige, maior a qualidade de vida e menos estressantes serão as mudanças. No nosso cotidiano, um desafio poderia ser pensar esses processos transpassados pelo convívio com membros familiares que fazem o uso nocivo de drogas.

Quando estamos diante de uma família real, estereótipos como “família disfuncional”, “boa”, “desestruturada”, “rica”, “pobre” não costumam ter qualquer utilidade. Precisamos estar aptos para lidar com características de funcionamento, habilidades, soluções de problemas e demandas que tenham

sentido para aquele grupo específico de pessoas. Por exemplo, deparamo-nos com muitas pessoas que, antes de fazerem o uso nocivo de drogas, eram usuários funcionais. O que mudou? Mudou com que função, para quê? O uso nocivo de drogas tem alguma função nesse sistema familiar? Ele pode, por exemplo, compor características individuais ou do grupo, sobretudo, de pertencimento – “todos os homens da nossa família bebem bem”, “em casa todo mundo dá um peguinha” – e de identidade – “somos malandros, espertos, ovelhas negras, lentos, bem-sucedidos”.

No trabalho com famílias, uma ferramenta muito utilizada é o genograma¹⁰, um esquema gráfico da estrutura familiar multigeracional que se tornou uma importante ferramenta, a partir da teoria dos sistemas familiares (BOWEN, 1978). Ele foi constituído como um facilitador da percepção de elementos de organização, crenças, história, recursos materiais e subjetivos, demografia, funcionamento, tipos de relacionamentos – saudáveis, conflitantes, distantes, próximos –, aspectos relacionados à saúde e suas interfaces em cada geração. O genograma também viabiliza o registro de processos migratórios, gestações, perdas, internações, adoecimentos, mortes, mudanças significativas, experiências de sucesso, complicações com elementos estressores e recursos potenciais da família, modos de uso e dificuldades relacionadas às drogas, entre outros elementos (OSORIO et al., 2008; OSORIO; VALLE, 2011).

De modo geral, o uso do genograma pode: 1) facilitar a introdução de temas familiares e oferecer a oportunidade de conversar sobre o cotidiano, as atitudes e as escolhas dos membros da família; 2) auxiliar na organização de conheci-

10 Mais informações podem ser obtidas em Osorio et al. (2008).

mentos, da dinâmica de membros e do grupo familiar, e de dados como idade, sexo, ocupação, estados de saúde; 3) facilitar a apreensão de mudanças históricas e culturais; 4) evidenciar padrões de repetição por meio das gerações, por exemplo, o alcoolismo; 5) contextualizar histórias familiares; 6) intermediar a comparação de aspectos intergeracionais (WENDT; CREPALDI, 2007; OSORIO et al., 2009, 2011).

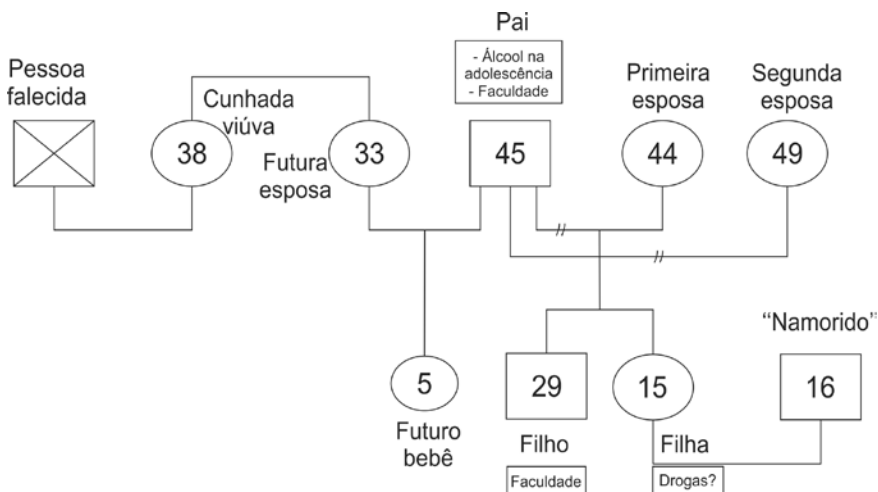
Para ilustrar a construção do genograma, utilizamos informações da família imaginária que citamos, apenas acrescentando idades aos personagens¹¹.

Enquanto construímos um genograma em conjunto com uma família, podemos explorar diversas temáticas: como são as relações familiares? Quem é mais próximo a quem? Entre quais pessoas ocorrem mais atritos? Qual a qualidade da comunicação entre as pessoas? Existem relações nocivas envolvendo drogas? Em quais gerações? Há relações de dependência exagerada (dependências de drogas, pessoas, alimentos, compras)? Existe o desempenho de papéis familiares inadequados de algum modo (pais infantilizados, filhos que assumem muitas responsabilidades ou não podem vivenciar a infância com leveza ou pais que se comportam como “companheiros” de suas filhas etc.)? Em nossa observação, é importante estar atento às reproduções entre os membros da família, lembrando que a comunicação ocorre por linguagem verbal e não verbal, transmitindo padrões de funcionamento, crenças, valores, papéis, identificações, expectativas. Frequentemente nesses momentos há pessoas que são destacadas como “pro-

11 Naiane Wendt e Maria Aparecida Crepaldi (2007) apresentam uma organização de símbolos usados na construção do genograma, baseada nos símbolos propostos por McGoldrick e Gerson (1995 e 2005) e Minuchin (1982).

blemáticas”. Elas podem ser representantes da disfunção familiar e seus comportamentos podem estar colaborando para manutenção familiar.

Figura 1: Genograma da família imaginária



Fonte: Elaborado pela autora.

Cabe ainda ressaltar que, independentemente de técnicas, recursos e crenças, é importante construir espaços para que qualquer encontro com a família possa se configurar como um momento de cuidado.

Considerações finais

Convivemos com inúmeras dificuldades e com o desafio de promovermos maior qualidade de vida, maior igualdade

social e de oportunidades, e o fortalecimento de propostas que convergem a favor da saúde. Independentemente de abordagens e visões, temos o desafio de potencializar os aspectos saudáveis existentes em nossa sociedade para fomentar o cuidado para as pessoas.

Compreendemos que um meio de prevenção do abuso de drogas eficaz é sinônimo de vida saudável, um investimento que deve incluir família, escola, grupo de pares, comunidade, mídia e, sobretudo, as pessoas envolvidas nos processos de uso e cuidados, o que requer uma difícil articulação multidisciplinar entre serviços sociais, educacionais, de saúde e a sociedade.

Assim como nas famílias, nós enquanto profissionais e cuidadores estamos todos interligados de forma que a mudança em um de nós provoca reverberações no sistema familiar e na rede de cuidados. Então encerramos com um convite para observarmos as lentes que utilizamos em nosso cotidiano e as consequências desse uso, de modo que possamos nos deixar a serviço do auxílio de pessoas que possam (re)construir relações saudáveis e confortáveis consigo, com outras pessoas e com a vida.

Referências

ALTHOFF, Coleta Rinaldi. **Convivendo em família**: contribuição para a construção de uma teoria substantiva sobre o ambiente familiar. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2001.

ARIÉS, Philippe. **L'enfant et la vie familiale sous l'ancien régime**. Paris: Plon, 1973.

BOURDIEU, Pierre. **Razões práticas: sobre a teoria da ação**. São Paulo: Papirus, 1996.

BOWEN, Murray. **Family therapy in clinical practice**. New York: Jason Aronson, 1978.

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de saúde da família**. Brasília: COSAC, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Programa saúde da família**. Brasília: Ministério da Saúde/Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

_____. Lei federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 3 out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Série Pactos pela Saúde, 4).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_homem.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2016.

_____. Ministério da Justiça. **Legislação e políticas públicas sobre Drogas no Brasil**. Brasília: Ministério da Justiça/Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Observatório Crack, é possível vencer. **Centro de Atenção Psicossocial – CAPS Álcool e Drogas 24 horas**. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/centro-atencao-psicossocial.html>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BRULLET, Cristina. Cambios familiares y nuevas políticas sociales en España y Cataluña. El cuidado de la vida cotidiana a lo largo del ciclo de vida. **Educator**, Barcelona, n. 45, p. 51-79, 2010. Disponível em: <<http://www.raco.cat/index.php/Educator/article/view/214608>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

CARRASCO, Cristina. **Mujeres y economia: nuevas perspectivas para viejos y nuevos problemas**. Barcelona: Icaria, 1999.

CERVENY, Ceneide Maria de Oliveira; BERTHOUD, Cristiana. Ciclo vital da família brasileira. In: OSÓRIO, Luiz Carlos et al (Orgs.). **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 25-37.

CONEJO, Simone Peixoto. Copos cheios: brindando à saúde, aos homens, ao consumo e seus contextos. In: GARCIA, Marcos Roberto; FRANCO, Yoko (Orgs.). **Usuários de drogas: da invisibilidade ao acolhimento**. Sorocaba: EDUNISO, 2013. p. 293-312.

_____. **Homens não se cuidam. Isso procede?: práticas discursivas sobre o cuidado com a saúde por homens de três gerações no contexto familiar**. 2014. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – PUC, São Paulo, 2014.

EDWARDS, Griffith. **A política do álcool e o bem comum**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

ELSEN, Ingrid. **Concepts of health and illness and related behaviour among families living a brazilian fishing village**. 1984. Tese (Doutorado em Ciências de Enfermagem) – University of California, San Francisco, 1984.

_____. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, Ingrid; MARCON, Sonia; SANTOS, Mara Regina. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: EDUEM, 2002. p. 11-24.

FIGLIE, Neliana; MELO, Denise; PAYA, Roberta. **Dinâmicas de grupo aplicadas no tratamento da dependência química: manual teórico e prático**. São Paulo: Roca, 2004.

GARCIA, Sônia. Perdas e danos: violência e a subjetividade do usuário. In: INEM, Clara; BAPTISTA, Marcos (Orgs.). **Toxico-**

manias: abordagem clínica. Rio de Janeiro: NEPAD/UERJ/Sette Letras, 1997. p. 25-30.

GARRIDO, Alicia. La distribución del trabajo generado por el cuidado de otras personas. In: RINCON, Ana (Org.). **Congreso Internacional Sare-2003**: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. San Sebastián: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer/Fondo Social Europe, 2003. p. 85-102.

GRANDESSO, Marilene. **Sobre a reconstrução do significado**: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica. Casa do Psicólogo: São Paulo, 2000.

GUANAES, Carla; MATTOS, Augustus. Contribuições do movimento construcionista social para o trabalho com famílias na estratégia saúde da família. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 1005-1017, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400017>. Acesso em: 27 dez. 2016.

IZQUIERDO, María Jesus. Del sexismo y la mercantilización del cuidado a su socialización: hacia una política democrática del cuidado. In: RINCON, Ana (Org.). **Congreso Internacional Sare-2003**: “Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado”. San Sebastián: Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer/Fondo Social Europe, 2003a. p. 119-154.

_____. El cuidado de los individuos y de los grupos: quién se cuida. Organización social y género. **Intercambios**, n. 10, p. 70-82, 2003b.

LEWIS, Jane. The decline of the male breadwinner model: implications for work and care. **Social Politics**, Oxford, v. 8, n. 2, p. 152-169, 2001. Disponível em: <sp.oxfordjournals.org/content/8/2/152.full.pdf>. Acesso em: 23 out. 2016.

MALUF, Thais; PIRES, Eugenia. Orientação familiar: uma perspectiva do ciclo de vida familiar. In: SILVEIRA, Dartiu; MOREIRA, Fernanda. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 9-14.

MARLATT, Gordon. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

MCGOLDRICK, Monica; CARTER, Betty. **As mudanças no ciclo de vida familiar**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

MIOTO, Regina. Família e serviço social. **Revista Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 55, p. 114-130, 1997.

MONTENEGRO, Thereza. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 11, n. 2, p. 493-508, jul./dez., 2003.

ORTH, Anaídes Pimentel da Silva. **A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal De Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

OSÓRIO, Luiz Carlos; VALLE, Maria Elizabeth. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2011. v. 2

OSÓRIO, Luiz Carlos et al. **Manual de terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

PASSOS, Eduardo Henrique; SOUZA, Tadeu Paula. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, v. 1, p. 154-162, 2011.

QUEIROZ, Isabela. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 2, n. 1, p. 152-164, 2007.

REZENDE, Manuel. Aspectos qualitativos da experiência de profissionais da área de saúde mental que tratam dependentes de drogas. In: ROSA, José; NASSIF, Suely. **Cérebro, inteligência e vínculo emocional na dependência de drogas**. São Paulo: Vetor, 2003. p. 213-233.

ROCHA BRASIL, Valéria. A recuperação da pessoa do dependente químico: o impacto do seu processo de mudança na família. **Família e Comunidade**, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 105-124, 2004.

SCHENKER, Miriam; MINAYO, Maria Cecília. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100022>. Acesso em: 27 dez. 2016.

SCOTT, Parry. As famílias que os programas de saúde pública constroem no Brasil. In: NASCIMENTO, Pedro; RIOS, Luís (Orgs.). **Gênero, saúde e práticas profissionais**. Recife: Universitária da UFPE, 2011. p. 13-50. (Série Família e Gênero, 17).

SILVEIRA, Dartiu; MOREIRA, Fernanda. **Panorama atual de drogas e dependências**. São Paulo: Atheneu, 2005.

SORJ, Bila. O feminino como metáfora da natureza. **Estudos feministas**, Rio de Janeiro, p. 143-150, 1992. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/15806/14299>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane; MIELKE, Fernanda. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, **Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 2, n. 1, fev. 2006. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003>. Acesso em: 19 out. 2014.

STEINGLASS, Peter et al. **The alcoholic family**. New York: Basic Books Publishers, 1987.

SUDBRACK, Maria Fátima. Construindo redes sociais: metodologia de prevenção à drogadição e à marginalização de adolescentes de famílias de baixa renda. In: MACEDO, Rosa Maria (Org.). **Família e comunidade** - coletâneas da ANPEPP. São Paulo: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1996. v. 2, p. 87-113. Disponível em: <<http://www.infocien.org/Interface/Colets/v01n02a06.pdf>> Acesso em: 6 out. 2014.

VELHO, Gilberto. Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In: FIGUEIRA, Servulo. **Sociedade e doença mental**. Rio de Janeiro: Campus, 1978. p. 37-45.

_____. Drogas, níveis de realidade e diversidade cultural. In: RIBEIRO, Maurides de Melo; SEIBEL, Sérgio Dario (Orgs.). **Drogas: hegemonia do cinismo**. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina, 1997. v. 1, p. 61-69.

WENDT, Naiane; CREPALDI, Maria Aparecida. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 2, p. 302-310, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v21n2/a16v21n2.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.



Público, privado e secreto

Sempre quando penso neste modelo de absorver e ingerir conhecimento que vem da escrita, das palavras, das narrativas e dos discursos de referências teóricas, reflito sobre o que é, então, a prática visual.

O que é visto daquele cotidiano atravessa-me, e, assim, há algum tempo, venho escrevendo por meio das imagens. Minha lida na fotografia é pautada pelo desejo de ser afetada pelas pessoas, pelas histórias, pelos contextos sociais, pelas coisas repletas de ação e reação.

Escolher as imagens para este livro significou dialogar com vários universos juntos: os textos, o tema, o cotidiano, a relação artística.

As fotos trazem uma abordagem estética-sensorial, e o percurso da construção das imagens trouxe, pela fotografia, a transformação do que é comum em único. Fazer este trabalho em parceria com a universidade trouxe liberdade estética para um tema de grande dimensão e de várias faces como os direitos humanos. Recortar esse cotidiano faz-nos rever e transver um Brasil revelado em tantos lugares.

O encontro da terapeuta de família com a fotógrafa dá “liga”; a mistura da formação acadêmica com a formação artística tem como elemento aglutinante de destaque o processo – vivo, dinâmico. Isso porque o processo terapêutico, entendido também como fotográfico, é para inspirar, olhar, aprender e criar.

Alessandra Rodrigues

Sobre os autores



Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO) (1988), especialista em Psicologia Clínica pelo Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRPRJ) (2002), mestrado em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (NUTES/UFRJ) (2002) e doutorado em Educação pela Universidade de Sorocaba (UNISO) (2015). Atualmente, é membro da Associação Brasileira de Psicologia Social e professora adjunto I na Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas (FAPSI/UFAM). Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social, atuando, principalmente, nos seguintes temas: saúde mental, políticas públicas, álcool e outras drogas, desinstitucionalização, intervenção psicossocial e equipe multiprofissional.



Alessandra Rodrigues

Fotógrafa e terapeuta de família. Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade de Sorocaba (UNISO) (2003). Especialização em Terapia de Família, Indivíduo e Grupo pelo Instituto Sistemas Humanos, no Núcleo de Estudos e Prática Sistêmica (Sorocaba e São Paulo). Foi aluna ouvinte da disciplina Atividade Humana, Cotidiano, Cultura e Terapia Ocupacional, nível de Mestrado, do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP). Atuou como terapeuta de família no Projeto Conversas em Roda e na rede com a população atendida em serviços públicos nas cidades da região. Tutora do curso de extensão do CRR-UFSCAR-Sorocaba. Na fotografia, seus cursos e práticas passam pela: História da Arte, Vivência em Ateliê Terapêutico, Fotografia, PB, Exposições. Fez coordenação de políticas públicas para cultura (Prefeitura de Votorantim).



Ana Carolina Garcia Gayotto

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas) (1997) e mestrado em Psicologia Escolar pela PUC-Campinas (2001). Trabalhou na UNESCO, em Paris, ligada à área de educação, com foco especial em crianças em situação difícil. Foi aluna especial nos programas de doutorado da L'École de Hautes Études en Sciences Sociales (EHESS) e da Université de Paris V (Sorbonne). Tem experiência nas áreas de Psicologia Familiar e Comunitária, Psicologia Escolar, Psicologia Social e Desenvolvimento Social, e Gestão Pública, com ênfase no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Desde 2013, atua como psicóloga judiciária na Vara da Infância e Juventude da Comarca de Sorocaba.

Daniele Cristina da Rocha e Silva

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP) (2010), mestrado em Educação pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Sorocaba (2015), e é graduanda em Pedagogia também pela UFS-Car-Sorocaba. É agente técnica de assistência à saúde da Central de Penas e Medidas Alternativas de Sorocaba (SAP) e psicóloga clínica.



Dejanira Luiza Mattos Garcia Gayotto

Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo(PUC-SP) (1970) e mestrado em Serviço Social pela PUC-SP(1997). Atualmente, é consultora em políticas públicas, nas áreas da assistência social, saúde, criança e adolescente. Professora na pós-graduação da ATUALIZA e Faculdade Teológica de São Paulo (FATESP).



Fátima Ayres de Araújo Scattolin

Graduada no Curso de Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo(PUC-SP) (1977) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) (2006). Atualmente, é docente da PUC-SP. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase nos seguintes temas: idoso, qualidade de vida, insuficiência cardíaca, capacidade funcional e saúde mental.





Marcos Roberto Vieira Garcia

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP) (1992), mestrado em Psicologia Social pela USP (2000) e doutorado em Psicologia Social pela USP (2007). É professor do Departamento de Ciências Humanas e Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Sorocaba, professor permanente do Programa de Mestrado em Educação da UFSCar-Sorocaba. É Coordenador do Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Sociedade” da UFSCar. Integrante do Núcleo de Estudos para a Prevenção da AIDS (NEPAIDS/USP) e do Grupo de Pesquisa Educação, Comunidade e Movimentos Sociais (GECOMS/UFSCar). Coordenador do Centro Regional de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da Região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba).



Simone Peixoto Conejo

Psicóloga. Doutora em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP). Mestre em Psicologia Clínica pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP-USP). Terapeuta de família e casal (Sistemas Humanos). Terapeuta comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora e orientadora de graduação em Psicologia. Possui experiência no trabalho psicológico individual e com grupos. Psicóloga na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Lagoa do Sino. Vice-coordenadora do Centro Regional de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da Região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba). Integrante da equipe de coordenação do projeto Fortalecendo Nós da UFSCar-Sorocaba.

Teresa Mary Pires de Castro Melo

Docente do Departamento de Ciências Humanas e Educação (DCHE) e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* Sorocaba. Mestrado e doutorado em Ciências da Comunicação pela Universidade de São Paulo (USP). Líder do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Tecnologia, Cultura e Sociedade e pesquisadora do Grupo de Pesquisa Educação, Comunidade e Movimentos Sociais.



Valéria Cristina Antunes Lisboa

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de Piracicaba (UNIMEP), especialização em Saúde Pública, mestrado e doutorado em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Escola Paulista de Medicina da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Atuou como supervisora do Conselho Tutelar da cidade de Sorocaba. Professora e supervisora de estágio supervisionado na área de Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde e Psicologia no Sistema Judiciário na Universidade Paulista (UNIP), *campus* Sorocaba. Coordenadora do Setor de Psicologia do Hospital Sarina Rolim Caracante, no Grupo de Pesquisa e Apoio ao Câncer Infantil (GPACI) de Sorocaba. Atualmente, trabalha como psicóloga e supervisora clínica em clínica particular, e é tutora do Centro Regional de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da Região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba). Pesquisadora e professora convidada no Departamento de Pediatria, na disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.



