

USUÁRIOS DE DROGAS:
da invisibilidade ao acolhimento

MARCOS ROBERTO VIEIRA GARCIA
YOKO OSHIMA FRANCO
(Organizadores)

USUÁRIOS DE DROGAS:
da invisibilidade ao acolhimento

Sorocaba – SP
Eduniso
2013

Copyright ©2013 Eduniso
Usuários de Drogas: da invisibilidade ao acolhimento

Reitor: Fernando de Sá Del Fiol
Pró-Reitor Acadêmico: José Martins de Oliveira Junior
Pró-Reitor Administrativo: Rogério Augusto Profeta

Direção Editorial
Luiz Fernando Gomes

Conselho Editorial
Cristiane de Cassia Bergamachi Motta
Jane Soares de Almeida
João Paulo Lopes de Meira Hergesel
João Grandino Rodas
Marco Vinicius Chaud
Maria Ogécia Drigo
Monica Martinez
Norberto Aranha
Rafael Angelo Bunhi Pinto
Wilton Garcia Sobrinho

Ficha Técnica
Projeto Gráfico e Diagramação: Editora Ottoni
Capa: Bruno Henrique Pereira; Douglas Spalato Marques
Revisão Gramatical: Andrea Bassoto Gatto
Normalização: Vilma Franzoni

EDUNISO: Editora da Universidade de Sorocaba
Rodovia Raposo Tavares, KM 92,5 - 18023-000 - Vila Artura
Sorocaba / SP – Brasil
Fone: 15 – 2101.7018 Fax: 15 – 2101.7112
<http://www.uniso.br> - E-mail: eduniso@uniso.br

Ficha Catalográfica

U87 Usuários de drogas : da invisibilidade ao acolhimento / organizadores, Marcos Roberto Vieira Garcia, Yoko Oshima Franco; autores Adriana Caldeira ... [et al.] . – Sorocaba : Eduniso, 2013.
320p. ; il.

Contém bibliografia
ISBN: 978-85-61289-17-1

I. Drogas - Abuso - Aspectos psicológicos. II. Drogas - Abuso - Aspectos sociais. III. Drogas - Abuso - Tratamento. I. Garcia, Marcos Roberto Vieira. II. Oshima-Franco, Yoko. III. Caldeira, Adriana.

CDD: 362.293

Ficha catalográfica elaborada por Vilma Franzoni

Diagramação e Impressão

OTTONI[®]
EDITORA

Rua Garcia Moreno, 60 – Centro – CEP 13300-095 – ITU/SP
Fones/Fax: (0xx11) 4022-5309 / 4022-5312 / 4023-0197
www.ottonieditora.com.br – e-mail: ottoni@ottonieditora.com.br

*Onde não há jardim, as flores nascem de um
secreto investimento em formas improváveis.*

(Carlos Drummond de Andrade)

Sumário

Introdução

- Implantação do CRR-UFSCar-Sorocaba..... 11
Adriana Caldeira, Marcos Roberto Vieira Garcia, Viviane Melo de Mendonça

Referenciais Teóricos

- Reflexão sobre a política de drogas no Brasil..... 41
Marta Maria Meirelles
- Por uma política de Assistência Social Efetiva 49
Dejanira Luiza Mattos Garcia Gayotto
- Redes de apoio e participação social do usuário de drogas.. 65
Raquel Barros
- Abordagem biológica da relação droga-usuário 89
Raquel Barros, Yoko Oshima-Franco
- Identificação das necessidades psicológicas e sociais dos usuários de crack e outras drogas..... 109
Ilana Mountian
- Vulnerabilidade, modelos de intervenção e busca de potencialidades 127
Raquel Barros, Valéria Cristina Antunes Lisboa

Abordagem Prática

- Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem e sua inserção no Projeto CRR-UFSCar 145
Reinaldo José Gianini
- Avaliação da aplicação das Metodologias Ativas como estratégia de ensino-aprendizagem nos cursos do Centro Regional de Referência – UFSCar-Sorocaba 159
Alicreine Helaehil Cabral, Fátima Ayres de Araujo Scattolin

A Rede Construída

Rede CRR – UFSCar-Sorocaba Construída	177
<i>Douglas Spalato Marques, Bruno Henrique Pereira, Yoko Oshima-Franco</i>	

Sob o Viés da Pesquisa

O CRR-UFSCar-Sorocaba e a produção de pesquisas sobre substâncias psicoativas	199
<i>Marcos Roberto Vieira Garcia</i>	

Sexualidade e uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba.....	202
<i>Talita Anunciação Cruz, Marcos Roberto Vieira Garcia</i>	

“Migrando igual nômade”: um estudo sobre a trajetória de vida da população jovem em situação de rua de Sorocaba ...	247
<i>Daniele Cristina da Rocha e Silva, Marcos Roberto Garcia Vieira</i>	

O mercado sexual de nórias e michês em Sorocaba.....	269
<i>Rafael Romão Silva</i>	

Copos cheios: brindando à saúde, aos homens, ao consumo e seus contextos	293
<i>Simone Peixoto Conejo</i>	

Sobre os Autores.....	315
-----------------------	-----

Introdução

*Muita vontade, muita necessidade, muitas possibilidades
e caminhos a serem feitos. Para tecer uma rede,
muitas linhas e muitos nós, que vão aos poucos se enlaçando,
até poderem sustentar todos os desejos a se realizarem.*

Implantação do CRR-UFSCar-Sorocaba

Adriana Caldeira

Marcos Roberto Vieira Garcia

Viviane Melo de Mendonça

O CRR-UFSCar-Sorocaba partiu de uma iniciativa coletiva de diversos atores, que identificavam a forte necessidade de incentivar a formação permanente dos profissionais da área da saúde e assistência social da região de Sorocaba. Esta demanda foi possibilitada pelo Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD, de 2010, parte integrante do Programa do Governo Federal “Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas”, posteriormente nomeado “Plano Crack: é possível vencer”, que abriu um processo seletivo para apoio financeiro a projetos de implantação de Centros Regionais de Referência para formação permanente dos profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social com usuários de crack e outras drogas e seus familiares. O CRR projetado foi um dos 49 aprovados pelo referido edital, possibilitando que a demanda inicial já existente na região fosse contemplada.

Apesar de a coordenação ser feita por professores do campus Sorocaba da UFSCar, o CRR tem um caráter multicêntrico e é fruto do trabalho coletivo de professores de diversas IES (Instituições de Ensino Superior) de Sorocaba e região e de profissionais que atuam nas redes de atenção integral à saúde e de assistência social voltadas aos usuários de crack e outras drogas:

- Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP) - Centro de Ciências Médicas e Biológicas (Sorocaba)
- Universidade de Sorocaba (UNISO).
- Universidade Paulista (UNIP) – Campus Sorocaba.

- Prefeitura de Sorocaba – Secretaria da Juventude.
- ONG Lua Nova.
- ONG Pode Crer.

Além do apoio das instituições representadas na construção do projeto, os prefeitos de três cidades da região – Sorocaba, Votorantim e Porto Feliz – documentaram seu interesse na implantação do CRR.

A articulação realizada na construção do projeto do CRR, envolvendo IES, ONGs e o poder público, possibilitou o desenvolvimento efetivo de estratégias de formação continuada que estejam em consonância com as políticas de intersetorialidade defendidas na Política Nacional sobre Drogas.

A necessidade de implantação do CRR em Sorocaba e região foi justificada por uma série de fatores em esfera regional:

- os problemas sociais associados ao uso de drogas na região e as demandas de tratamento pautadas por critérios técnico-científicos;
- o aumento da rede de serviços de saúde e na área de assistência social que prestam assistência direta ou indireta ao usuário de drogas e seus familiares;
- a capacitação atual insuficiente dos profissionais destas redes para compreenderem adequadamente e intervir neste campo, o que se deve, sobretudo, à falta de formação profissional adequada;
- o fato da região de Sorocaba ter um dos menores IDH (índice de desenvolvimento humano) do Estado de São Paulo;
- a necessidade de desenvolvimento de uma formação na área de saúde mental comprometida com os ideais da reforma psiquiátrica em uma região em que ainda predomina o modelo hospitalocêntrico.

O CRR tem como referencial teórico principal nos cursos a serem oferecidos a abordagem do abuso das drogas a partir do quadro da vulnerabilidade e como proposta metodológica a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Problematização da Realidade (PR), ambas propostas ativas e problematizadoras no campo do ensino/aprendizagem e utilizadas de forma exitosa em cursos da UFSCar e da PUC de Sorocaba. O referencial teórico e a

proposta metodológica do Centro buscam enfatizar a questão dos Direitos Humanos dos usuários de drogas no contexto da formação permanente dos profissionais envolvidos em seu atendimento.

Região de Sorocaba: aspectos demográficos e econômicos

A Região Administrativa (RA) de Sorocaba é formada por 79 municípios, que ocupam 41.077 km² ou 16,5% do território paulista. Possui posição privilegiada no Estado, já que é servida por importantes rodovias, como: Castelo Branco (SP-280) e Raposo Tavares (SP-270), que ligam a região com a Capital e são rota de passagem para o oeste paulista; Santos Dumont (SP-075), que une Sorocaba a Campinas; e Marechal Rondon (SP-300).

A Região Administrativa de Sorocaba é a terceira área de concentração da população paulista, caracterizando-se nos últimos anos por um intenso crescimento populacional. Entre 2000 e 2002, verificou-se uma taxa de crescimento de 2,0% ao ano, a maior entre as regiões paulistas. Em 2002, a população projetada correspondia a quase 2,6 milhões de habitantes, o que representava 6,7% do total do Estado. O município de Sorocaba é o maior pólo desta região, concentrando 20,2% da população regional. Nos últimos anos, a região vem apresentando mudanças em sua estrutura etária, registrando menor proporção de crianças, ou mesmo redução dos números absolutos, maior população em idade ativa e uma participação crescente de idosos. Em 2002, a população regional que se concentrava nos grupos de menores de 15 anos era de 25,6% da população total, 19,3% representavam a população jovem (15 a 24 anos), 46% o segmento de 25 a 59 anos e 9% os idosos (60 anos e mais)¹.

Embora algumas cidades sejam altamente industrializadas, os pequenos municípios ao redor de Sorocaba e de toda a Região Administrativa tradicionalmente têm uma economia voltada principalmente para a pequena agricultura. Segundo dados do IBGE (Censo Agropecuário 1995/1996), 76,4% dos estabelecimentos agropecuários da citada microrregião são familiares, havendo municípios, como os de Pilar do Sul, Ibiúna e Piedade, em que esses percentuais ultrapassam os 80%. Essas famílias respondem por uma

¹ Fonte: SEAD – Sistema Estadual de Análise de Dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/produtos/lprs/analises/RASorocaba.pdf>> .

parcela significativa da produção agrícola total: 26,3%, quando se leva em conta toda a microrregião, mas chegando a 45,0% no caso de Pilar do Sul e a 71,1% no de Piedade. Também há a implantação de áreas de reflorestamento para fins industriais.

O CRR-UFSCar é referência para formação permanente dos profissionais das redes SUS e SUAS da região compreendida pelas cidades que integram o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (DRS XVI). Há, por parte da equipe que o compõe, também, disponibilidade para ampliar essa região de abrangência em um futuro próximo, caso haja interesse, por parte dos poderes públicos, em nível federal e estadual.

O DRS XVI é composto por 48 municípios, divididos em três Colegiados de Gestão Regional de Saúde:

- o de Sorocaba, com 20 municípios: Alumínio, Araçariguama, Araçoiaba da Serra, Boituva, Capela do Alto, Ibiúna, Iperó, Itu, Jumirim, Mairinque, Piedade, Pilar do Sul, Porto Feliz, Salto, Salto de Pirapora, São Roque, Sorocaba, Tapiraí, Tietê e Votorantim.
- o de Itapetininga, com 13 municípios: Angatuba, Campina do Monte Alegre, Capão Bonito, Cerquilha, Cesário Lange, Guareí, Itapetininga, Quadra, Ribeirão Grande, São Miguel Arcanjo, Sarapuí e Tatuí.
- o de Itapeva, com 15 municípios: Apiaí, Barra do Chapéu, Bom Sucesso de Itararé, Buri, Guapiara, Itaberá, Itaóca, Itapeva, Itapirapuã Paulista, Itararé, Nova Campina, Ribeira, Ribeirão Branco, Riversul e Taquarivaí.

A população abrangida pela região é de 2.232.198 habitantes, segundo a estimativa populacional do IBGE para 2009 (Quadro 1).

Quadro 1 – População da DRS XVI, por Colegiado de Gestão Regional

Colegiado	População (2009)²
Sorocaba	1.493.567
Itapetininga	455.140
Itapeva	283.491
Total	2.232.198

Do ponto de vista sócio-econômico, tomando como indicador o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que integra o Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*, a longevidade e a educação, analisando o Estado de São Paulo como um todo, constata-se que a região em foco constitui-se numa das mais pobres do estado e, inclusive, do país, com a maior parte dos municípios com o IDH menor que 0,760, quando a média do estado é de 0,820.

Região de Sorocaba: Rede de Saúde e Profissionais

A rede de atenção básica à Saúde em Sorocaba é bastante ramificada, o que pode ser percebido pelo fato de que todos os municípios da região dispõem de ao menos uma Unidade Básica de Saúde.

As equipes de Saúde vêm crescendo significativamente em número e, conseqüentemente, em área de abrangência, conforme se observa na Quadro 2, a seguir:

² Fonte: IBGE. Cidades. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/default.php>

Quadro 2 – Estabelecimentos e Equipes de Saúde voltados à atenção básica (Sorocaba e região)³

Estabelecimentos e Equipes de Saúde	Quantidade
Centros de Saúde e Unidades Básicas de Saúde	316
Postos de Saúde	38
Total de Estabelecimentos	354
Equipe de Saúde da Família	84
Equipe de Saúde da Família com saúde bucal	75
Equipe de agentes comunitários de Saúde	21
Equipe de atenção à Saúde no sistema penitenciário	1
Total de Equipes	181

Com relação à rede de atenção à Saúde Mental, a região ainda se caracteriza por um modelo hospitalocêntricos, com um número elevado de leitos em hospitais psiquiátricos (Quadro 3):

Quadro 3 – Leitos (SUS) em Hospitais Psiquiátricos (Sorocaba e região)⁴

Hospital Psiquiátrico	Cidade	Leitos
Vera Cruz	Sorocaba	512
Santa Cruz	Salto de Pirapora	503
Vale das Hortências	Piedade	465
Clínica Psiquiátrica S. Pirapora	Salto de Pirapora	455
Mental	Sorocaba	363
Teixeira Lima	Sorocaba	254
Jardim das Acácias	Sorocaba	240
Total		2792

³ Fonte: DATASUS. Dados de setembro de 2010, obtidos a partir de consulta ao banco de dados. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>.

⁴ Fonte: DATASUS. Dados de setembro de 2010, obtidos a partir de consulta ao banco de dados. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>.

Com relação à rede substitutiva em saúde mental, encontra-se um número crescente de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atualmente em número de 20, situados em 15 diferentes municípios da região (Quadro 4):

Quadro 4 – Centros de Atenção Psicossocial e Ambulatórios de Saúde Mental, por tipo (Sorocaba e região)⁵

CAPS e Ambulatórios de SM	Quantidade
CAPS I	11
CAPS II	6
CAPS AD (Álcool e Drogas)	2
CAPSI (Infanto-juvenil)	1
Total de CAPS	20
Ambulatórios de SM - adulto	9
Ambulatórios de SM - infantil	1
Total de Ambulatórios de SM	10

Além da rede de atenção básica e de Saúde Mental, há vários estabelecimentos que prestam assistência em casos relativos à Saúde Mental, como é o caso de Ambulatórios de Especialidades e Hospitais Gerais. Dentre estes últimos, destaca-se o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (Hospital Regional), com 426 leitos em várias especialidades, referência em casos de maior complexidade para toda a região.

Outro dado que chama a atenção no que diz respeito à rede de Saúde da região é o do número de profissionais existentes. Dados fornecidos pelos Conselhos Regionais mostram o número de profissionais existentes na região para cada especialidade (Quadro 5). Ainda que nem todos estejam necessariamente atuando profissionalmente na rede de Saúde, tais números mostram a necessidade de cursos de formação continuada, como é o caso dos cursos propostos ao final deste projeto.

⁵ Fonte: DATASUS. Dados de setembro de 2010, obtidos a partir de consulta ao banco de dados. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0204>>.

Quadro 5 – Profissionais de Saúde com registro em Conselho, por especialidade (Sorocaba e região)⁶

Profissionais de Saúde	Número	Coefficiente (por 1.000 hab)
Médicos - Região de Governo de Itapetininga	353	0,85
Médicos - Região de Governo de Itapeva	211	0,62
Médicos - Região de Governo de Sorocaba	2.018	1,55
Total de Médicos	2.582	1,37
Enfermeiros - Região de Governo de Itapetininga	100	0,24
Enfermeiros - Região de Governo de Itapeva	108	0,32
Enfermeiros - Região de Governo de Sorocaba	686	0,51
Total de Enfermeiros	894	0,47
Dentistas - Região de Governo de Itapetininga	348	1,67
Dentistas - Região de Governo de Itapeva	155	0,91
Dentistas - Região de Governo de Sorocaba	1.448	2,16
Total de Cirurgiões-Dentistas	1.951	1,91
Psicólogos - Região de Governo de Itapetininga	142	0,34
Psicólogos - Região de Governo de Itapeva	48	0,14
Psicólogos - Região de Governo de Sorocaba	814	0,61
Total de Psicólogos	1.004	0,49
Fisioterapeutas - Região de Governo de Itapetininga	122	0,29
Fisioterapeutas - Região de Governo de Itapeva	44	0,13
Fisioterapeutas - Região de Governo de Sorocaba	445	0,33
Total de Fisioterapeutas	611	0,30

⁶ Fonte: SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. Dados de 2003, obtidos por meio de consulta à base de dados. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>.

Profissionais de Saúde	Número	Coefficiente (por 1.000 hab)
Ter. Ocupac. - Região de Governo de Itapetininga	16	0,04
Ter. Ocupac. - Região de Governo de Itapeva	5	0,01
Ter. Ocupac. - Região de Governo de Sorocaba	144	0,11
Total de Terapeutas Ocupacionais	165	0,07
Téc. Enferm. - Região de Governo de Itapetininga	125	0,30
Téc. Enferm. - Região de Governo de Itapeva	94	0,28
Téc. Enferm. - Região de Governo de Sorocaba	685	0,51
Total de Técnicos de Enfermagem	904	0,45
Aux. Enferm. - Região de Governo de Itapetininga	1.603	3,85
Aux. Enferm. - Região de Governo de Itapeva	881	2,58
Aux. Enferm. - Região de Governo de Sorocaba	6.386	4,77
Total de Auxiliares de Enfermagem	8.870	4,40

Região de Sorocaba: Rede de Assistência Social na área de álcool e drogas

Da mesma forma que em outras regiões do Brasil, o campo do uso e abuso do álcool e outras drogas foi objeto de respostas governamentais e não-governamentais não apenas na área da Saúde, como também em outras, entre as quais se destaca a da Assistência Social. Cabe ressaltar que essas organizações, muitas com filosofias religiosas, não possuem, em sua grande maioria, estrutura técnica quer médica, quer social, quer psicológica, trabalhando, frequentemente, com "conselheiros" - dependentes em recuperação -, que passaram por tratamento e mantêm-se sem o uso de drogas e utilizam suas experiências como exemplo e reforço para os que iniciam o tratamento. Essas organizações vêm executando o acolhimento e o tratamento de dependentes, sendo que algumas acolhem e tratam também as famílias dos dependentes.

A rede de entidades filantrópicas voltadas aos usuários de álcool e drogas ilícitas na região é bastante significativa (Quadro 6) e vem reestruturando sua infra-estrutura física, financeira e humana, atendendo às exigências do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, e algumas delas poderão servir de rede de apoio e serem trabalhadas e estruturadas na linha de atendimento proposto. Justamente por este motivo, são importantes ações que possibilitem a formação adequada de seus funcionários e voluntários.

Quadro 6 – Entidades sociais cadastradas no SUAS que prestam assistência a usuários de álcool e drogas ilícitas⁷

Município	Comunidades Terapêuticas	Outras ONGs
Angatuba		1
Araçoiaba da Serra	1	
Boituva	2	1
Guapiara		1
Itapetininga	1	1
Itapeva	1	
Piedade	1	
Pilar do Sul	2	2
Salto de Pirapora	1	
Sorocaba	8	4
Tatuí	1	2
Votorantim	1	1
Total	19	13

⁷ Fonte: DRADS – Divisão Regional de Assistência e Desenvolvimento Social, região de Sorocaba e Itapeva. Os dados foram fornecidos a pedido dos proponentes do CRR-UFSCar- Sorocaba. Não estão computadas entidades sociais já contempladas na descrição da rede de Saúde (por exemplo, aquelas mantenedoras de CAPS) e aquelas não cadastradas junto ao SUAS, estas em grande número.

Como é grande o número de Comunidades Terapêuticas sem registro no SUAS, é importante, também, o estabelecimento de contato com tais organizações, de forma a trazê-las para um funcionamento dentro da legalidade, o que lhes possibilita o acesso às políticas públicas voltadas à área de álcool e drogas, e ao poder público o acompanhamento das atividades dessas ONGs, de forma a coibir abusos praticados. No caso da região de Sorocaba, foi realizado um mapeamento das Comunidades Terapêuticas, que inclui algumas destas ONGs não-regulamentadas (Quadro 7).

Quadro 7 – Levantamento das Comunidades Terapêuticas de Sorocaba e região⁸

COMUNIDADE	MUNICÍPIO	REGISTROS CONSELHOS	VAGAS	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ABORDAGEM REFERIDA	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS
ASSOCIAÇÃO LUA NOVA	SOROCABA / ARARICÓIABA	CMAS, CMDCA, DRADS, COMAD, CNAS			F		PSICÓLOGOS, EDUCADORES, ASSISTENTE SOCIAL, COORDENADOR
CRIPA - CASA DE RECUPERAÇÃO, INTEGRAÇÃO E APOIO PADRE AGOSTINHO	SOROCABA	NÃO	40	A PARTIR 15 ANOS	M	12 PASSOS, CONSCIENTIZAÇÃO, LABOR-TERAPIA	1 COORDENADOR, 1 CONSELHEIRO - DENARC, 3 MONITORES – RESIDENTES

⁸ Fonte: COMAD – Conselho Municipal sobre Drogas de Sorocaba, e DRADS - Divisão Regional de Assistência e Desenvolvimento Social, região de Sorocaba e Itapeva. Os dados foram fornecidos a pedido dos proponentes do projeto.

COMUNIDADE	MUNICÍPIO	REGISTROS CONSELHOS	VAGAS	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ABORDAGEM REFERIDA	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS
GRASA - GRUPO DE APOIO SANTO ANTONIO - CASA DA SOBRIEDADE I	SOROCABA	CMAS, CMDCA	35	A PARTIR 18 ANOS	M	COGNITIVO COMPORTAMENTAL, 12 PASSOS, LABOR-TERAPIA, ESPIRITUALIDADE	1 COORDENADOR, 2 PSICÓLOGOS, 2 ESTAGIÁRIOS PSICOLOGIA, 1 MONITOR, 1 TÉCNICO ADMINISTRATIVO, 1 MOTORISTA
GRASA - GRUPO DE APOIO SANTO ANTONIO - CASA DA SOBRIEDADE DE	SOROCABA	CMAS, CMDCA	46	12 A 20 ANOS	M	COGNITIVO COMPORTAMENTAL, 12 PASSOS, QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL, ESPIRITUALIDADE	1 COORDENADOR, 1 PSICÓLOGO, 1 ASSISTENTE SOCIAL, 1 EDUCADOR FÍSICO, 3 MONITORES, 1 COZINHEIRA, 1 ADMINISTRATIVO
GRARC - GRUPO DE RECUPERAÇÃO E APOIO RUMO CERTO	SOROCABA	NÃO	62	14 A 80 ANOS	M	12 PASSOS	3 COORDENADORES, 10 MONITORES, 3 CONSELHEIROS
ASSOCIAÇÃO TERAPÊUTICA CASA DE MEU PAI	SOROCABA	NÃO	15	15 A 60 ANOS	M	12 PASSOS, COMPORTAMENTAL	1 COORDENADOR, 2 MONITORES, 1 DIRETOR, 1 PSICÓLOGO, 1 PASTOR, 1 PSQUIATRA (ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO)

COMUNIDADE	MUNICÍPIO	REGISTROS CONSELHOS	VAGAS	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ABORDAGEM REFERIDA	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS
GRUPO VIVA - CENTRO TERAPÊUTICO VIDA	SOROCABA	NÃO	30	A PARTIR 15 ANOS	M	TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL	1 COORDENADOR, 2 PSICÓLOGOS, 1 TERAPEUTA OCUPACIONAL, 1 ENFERMEIRO, 2 AUX. ENFERMAGEM
GRUPO VIVA - CENTRO TERAPÊUTICO VIDA	PIEDADE	NÃO	100	A PARTIR 15 ANOS	M/ F	COGNITIVO COMPORTAMENTAL	1 COORDENADOR, PSICÓLOGOS, TERAPEUTA OCUPACIONAL, ENFERMEIRO, AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ESQUADRÃO VIDA – MOVIMENTO PARA RECUPERAÇÃO HUMANA - BOITUVA I	SOROCABA / BOITUVA	CMAS, CMDCA	20	A PARTIR 14 ANOS	M	12 PASSOS – PROGRAMA PRÓPRIO, PSICOTERAPIA, GRUPOS OPERATIVOS	1 GERENTE ADMINISTRATIVO, 1 GERENTE DE TRIAGEM, 1 SECRETÁRIA, 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 PSICÓLOGO, 1 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ESQUADRÃO VIDA – MOVIMENTO PARA RECUPERAÇÃO HUMANA - BOITUVA II	BOITUVA	CMAS, CMDCA	30	A PARTIR 14 ANOS	M	12 PASSOS – PROGRAMA PRÓPRIO, PSICOTERAPIA, GRUPOS OPERATIVOS	1 GERENTE ADMINISTRATIVO, 1 GERENTE DE TRIAGEM, 1 SECRETÁRIA, 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 PSICÓLOGO, 1 AUXILIAR DE ENFERMAGEM

COMUNIDADE	MUNICÍPIO	REGISTROS CONSELHOS	VAGAS	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ABORDAGEM REFERIDA	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS
ESQUADRÃO VIDA – MOVIMENTO PARA RECUPERAÇÃO HUMANA - PORTO FELIZ	PORTO FELIZ	CMAS, CMDCA	35	A PARTIR 14 ANOS	M	12 PASSOS – PROGRAMA PRÓPRIO, PSICOTERAPIA, GRUPOS OPERATIVOS	1 GERENTE ADMINISTRATIVO, 1 GERENTE DE TRIAGEM, 1 SECRETÁRIA, 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 PSICÓLOGO, 1 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ESQUADRÃO VIDA – MOVIMENTO PARA RECUPERAÇÃO HUMANA - TATUI	TATUI	CMAS, CMDCA	35	A PARTIR 14 ANOS	M	12 PASSOS – PROGRAMA PRÓPRIO, PSICOTERAPIA, GRUPOS OPERATIVOS	1 GERENTE ADM, 1 GERENTE DE TRIAGEM, 1 SECRETÁRIA, 1 AUXILIAR ADMINISTRATIVO, 1 SERVIÇOS GERAIS, 1 PSICÓLOGO, 1 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
ASSOCIAÇÃO BENEFCENTE AMIGOS DO RECANTO RENASCER	VOTORANTIM	CMAS, CMDCA	30	11 AOS 17 ANOS	M	12 PASSOS, CONSCIENTIZAÇÃO	1 PSQUIATRA, 1 NUTRICIONISTA, 1 PSICÓLOGO, 1 TERAPEUTA OCUPACIONAL, 4 CONSELHEIROS

COMUNIDADE	MUNICÍPIO	REGISTROS CONSELHOS	VAGAS	FAIXA ETÁRIA	SEXO	ABORDAGEM REFERIDA	RECURSOS HUMANOS DISPONÍVEIS
CASA DA DIVINA PROVIDÊNCIA	PILAR DO SUL			14 A 60 ANOS	F	AMOR EXIGENTE, PSICOTERAPIA, LABORATERAPIA, TERAPIA DE APOIO, ESPIRITUALIDADE	
CLÍNICA FLOR DE LOTUS	BOITUVA				M		
VILA FLOR	SALTO DE PIRAPORA				F		
CLÍNICA PARAÍSO	ARAÇOIA-BA DA SERRA						
AVIPLÉN – ASSOCIAÇÃO VIVER EM PLENITUDE	SALTO DE PIRAPORA						
PADRE JOSÉ SOMETTI	ITAPETINGA						
MÃE DA VIDA	ITAPEVA						

Como pode ser observado no Quadro 7, é grande o número de comunidades terapêuticas que se utilizam de métodos pouco convencionais de tratamento ao usuário de álcool e drogas ilícitas, o que evidencia a necessidade de formação de seus funcionários e voluntários em relação a abordagens com evidência científica e voltadas a atenção a esses usuários.

Região de Sorocaba: o crack e outras drogas como um problema social

Devido ao estigma associado ao uso de drogas ilícitas, informações precisas sobre a prevalência do uso destas drogas em um dado segmento e seu aumento ou diminuição são difíceis de serem obtidas. Por este motivo, diferentes fontes têm sido utilizadas para avaliar o aumento do consumo de drogas em uma dada região.

Fontes importantes indicativas do consumo de drogas ilícitas são as obtidas por meio dos aparelhos repressivos à comercialização e ao uso dessas drogas. Dados obtidos por meio dos relatórios trimestrais da Secretaria de Segurança Pública do Governo do Estado de São Paulo mostram um aumento expressivo das ocorrências relacionadas ao tráfico de entorpecentes na região de Sorocaba, que dobrou nos últimos cinco anos (Quadro 8).

Quadro 8 – Número de ocorrências por tráfico de entorpecentes em Sorocaba e região⁹:

Ano	Ocorrências
2005	1.286
2006	1.656
2007	2.010
2008	1.890
2009	2.136
2010 (projeção)	2.505

Embora tais dados não indiquem de forma absoluta o aumento do consumo de drogas ilícitas, uma vez que o aumento das ocorrências pode ser motivado por outros fatores, como o aumento da fiscalização por parte dos aparelhos repressivos, o aumento significativo e progressivo desse número sugere que as drogas ilícitas estão cada vez mais presentes no cotidiano das cidades da região. Os dados de ocorrências e apreensão de entorpecentes

⁹ Fonte: Departamento de Polícia Judiciária de São Paulo Interior (Deinter) - Regional Sorocaba. Deinter 7 congrega 79 cidades da região. A projeção para 2010 foi feita a partir do número de ocorrências dos três primeiros trimestres do ano (1879). Disponível em: <<http://www.ssp.sp.gov.br/estatistica/trimestrais.aspx>>.

específicos da cidade de Sorocaba, fornecidos pela Delegacia Seccional de Sorocaba, referentes ao período entre janeiro e outubro de 2010, também mostram essa presença maciça (Quadro 9):

Quadro 9 – Número de ocorrências e quantidade de entorpecente apreendida em Sorocaba e região¹⁰:

Ocorrências	Quantidade
Apreensão de entorpecentes	677
Tráfico de entorpecentes (atos infracionais)	151
Porte de entorpecentes (atos infracionais)	45
TOTAL DE ENTORPECENTES APREENDIDOS	
Maconha (gramas)	102.236
Cocaína (gramas)	42.970
Crack (gramas)	16.925
Outros (gramas)	26

Os órgãos de mídia da região vêm dando destaque crescente ao tema do abuso de drogas ilícitas, especialmente cocaína e crack, evidenciando o problema social representado pelas drogas na região. Uma pesquisa no acervo do jornal “Cruzeiro do Sul”, principal veículo de mídia impressa da região, mostra um aumento significativo no número de reportagens (Quadro 10) que se referem, de algum modo, ao consumo de cocaína e crack (mais de 60% de aumento em ambos os casos nos últimos 2 anos):

¹⁰ Fonte: Delegacia Seccional de Sorocaba. Dados fornecidos a pedido dos proponentes deste projeto.

Quadro 10 – Número de reportagens do jornal “Cruzeiro do Sul” (2010) que fazem referência a cocaína e crack

	Reportagens com referência ao crack	Reportagens com referência à cocaína
2008	184	195
2009	192	266
2010 (projeção)*	299	316

Região de Sorocaba: prevalência do uso de álcool e drogas ilícitas

Embora não existam dados relativos à prevalência do uso de álcool e drogas ilícitas na população total da região de Sorocaba, algumas pesquisas com segmentos específicos mostram dados relevantes que justificam a importância deste projeto.

Em relação à região de Sorocaba, pesquisa realizada por Almeida et al. (2005) sobre intoxicações, pesquisa realizada por Almeida et al. (2005) sobre intoxicações, mostrou que o Conjunto Hospitalar de Sorocaba (CHS) atendeu, entre setembro de 2002 a setembro de 2003, 2.721 casos de abuso de drogas, sendo que deste total, 87,6% (2.384) dos atendimentos representaram casos de álcool. Esta elevada frequência de atendimentos a pacientes alcoolizados – corroborada por outras pesquisas que colocam o álcool como principal agente responsável por internações em hospitais gerais (CARLINI; CARLINI-COTRIM, 1991) –, numa média mensal que se mostrou homogênea durante todo o período de levantamento da pesquisa, concluiu que não houve influência sazonal ou variações importantes em datas festivas, como Carnaval, Natal ou feriados, sugerindo uma exposição predominantemente crônica e eventualmente aguda. O álcool é uma das substâncias de maior uso no mundo, além de ser aquela com as mais graves consequências para a Saúde Pública (WHO, 2001), provavelmente devido ao seu livre comércio, ampla distribuição e, consequentemente, maior exposição.

O número de óbitos associados ao uso de álcool é também significativo. Se for considerada a Morbidade Hospitalar pelo SUS, tendo como causa principal de morte um dos dois diagnósticos da lista resumida de morbidade do CID-10 associados diretamente ao consumo de álcool (“transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool” ou “doença alcoólica do fígado”), tem-se 1.380

óbitos no intervalo de doze meses na região de Sorocaba (Quadro 11). Estes números são significativos, principalmente se considerarmos que muitos dependentes de álcool podem falecer em ambientes não-hospitalares e por outras causas de morte.

Quadro 11 – Morbidade hospitalar (SUS), por causa de morte (região de Sorocaba)¹¹

Mês/Ano	Transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de álcool	Doença alcoólica do fígado	Total de óbitos
Out/2009	81	11	92
Nov/2009	135	10	145
Dez/2009	146	13	159
Jan/2010	83	18	101
Fev/2010	85	8	93
Mar/2010	85	20	105
Abr/2010	112	17	129
Mai/2010	70	15	85
Jun/2010	99	12	111
Jul/2010	118	17	135
Ago/2010	93	11	104
Set/2010	106	15	121
Total	1.213	167	1.380

Com relação à prevalência de consumo de drogas ilícitas, há algumas pesquisas e levantamentos feitos com populações específicas, como é o caso da pesquisa “Sexualidade e uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba”, cujos resultados são detalhados em outro capítulo do presente livro, e que mostraram um elevadíssimo índice de consumo de drogas ilícitas entre jovens de 18 a 28 anos do sexo masculino, que frequentam instituições voltadas para a população em situação de rua de Sorocaba.

¹¹ Fonte: DATASUS. Consulta feita a partir do banco de dados. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/nisp.def>>.

Outro levantamento com dados preocupantes, realizado pela ONG Pode Crer, parceira do CRR-UFSCar – Sorocaba e voltada ao atendimento à população em situação de rua e profissionais do sexo, mostra uma elevadíssima taxa do consumo de todas as drogas, se comparada com a obtida por meio de pesquisa realizada com a população brasileira como um todo (Quadro 12).

Quadro 12 – Uso constante atual de álcool e drogas ilícitas por usuários da ONG Pode Crer, de Sorocaba (em porcentagem de pessoas)¹²

Discriminação da droga	Usuários - ONG Pode Crer Uso constante	População brasileira Uso no mês¹³
Álcool	77 %	38,3
Maconha	51 %	1,9
Crack	29 %	0,1
Cocaína	26 %	0,2
Alucinógenos	11 %	0,2
Estimulantes	5%	0,2

Com relação ao perfil da população atendida pelas instituições voltadas aos usuários de álcool e drogas na região de Sorocaba, não há a disponibilidade de dados consolidados. Dados referentes a uma destas instituições, o CAPS-AD Centro Social do Jovem (Quadro 13), de Sorocaba, contudo, mostram a forte predominância do uso de múltiplas drogas entre jovens de até 29 anos:

¹² Fonte: Levantamento de Prontuários da ONG “Pode Crer”. Dados fornecidos a pedido dos proponentes deste projeto.

¹³ Fonte: CEBRID. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil.** 2005. Disponível em: <<http://200.144.91.102/cebridweb/download.aspx?cd=54>>.

Quadro 13 – Usuários do CAPS- AD Jovem, de Sorocaba, por diagnóstico (CID-10)¹⁴

Diagnóstico (CID-10)	Sexo Masc	Sexo Fem	Total	Porcentagem (%)
Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Múltiplas Drogas e ao Uso de Outras Substâncias Psicoativas	319	61	380	75
Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Álcool	29	17	46	9
Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso da Cocaína	24	10	34	7
Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Canabinóides	21	2	23	5
Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Fumo	12	5	17	3
Transtornos Mentais e Comportamentais Devido ao Uso de Alucinógenos	6	1	7	1
Outros transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substância psicoativa	2	0	2	0
Total	413	96	509	100

O CRR-UFSCar- Sorocaba e o papel da Universidade

O papel da Universidade, por meio de suas ações institucionais voltadas à interação com as populações desfavorecidas e vulneráveis, acontece na UFSCar desde a sua origem. No Plano de Desenvolvimento Institucional (PDI), a comunidade universitária reafirmou seus valores e a sua missão com princípios que visam compromisso com a sociedade, a integração da Universidade no sistema nacional de ensino e a promoção de valores democráticos e da cidadania.

Em 2004, o Conselho Universitário, quando provou PDI, comprometeu a Universidade Federal de São Carlos com a inclusão social ao fixar, dentre outras, as diretrizes específicas para formação

¹⁴ Fonte: Sicaps – Sistema de Informação para Caps. Dados fornecidos pela instituição a partir de pedido por parte dos proponentes do CRR-UFSCar. Os dados referem-se ao período entre janeiro e julho de 2010. O CAPS atende usuários de até 29 anos.

de profissionais, produção e disseminação de conhecimento, que prevêem¹⁵:

- Implantar ações voltadas para a melhoria dos processos de ensino e aprendizagem.
- Promover condições para o trabalho interdisciplinar em ensino, pesquisa e extensão na UFSCar, intra e inter cursos, grupos, redes e projetos.
- Implantar procedimentos facilitadores de integração entre ensino, pesquisa e extensão.
- Utilizar o conhecimento produzido na Universidade para a geração de material didático destinado ao uso interno e externo.
- Conceber novos espaços físicos de ensino, buscando a coerência com o perfil do profissional a ser formado na UFSCar e com a diversidade das práticas de ensino.
- Consolidar a política de extensão vigente e expandir as atividades extensionistas.
- Promover infraestrutura, equipamentos e pessoal para os programas de extensão, núcleos e unidades já existentes e a serem criados.
- Intensificar a formação de parcerias com a sociedade e entre os diferentes setores da UFSCar.
- Avaliar o impacto dos programas e projetos de extensão.
- Aprimorar a política de avaliação dos programas e projetos de extensão.
- Valorizar, consolidar e ampliar os Núcleos de Extensão e suas respectivas atividades.
- Apoiar a divulgação da produção da UFSCar.
- Incentivar a proposição de projetos que contribuam para a geração de emprego e renda.

Diante destas Diretrizes, a UFSCar, campus Sorocaba, em 2010, inaugurou o Núcleo de Educação, Tecnologia e Cultura (ETC), com o objetivo de construir um espaço dedicado a atividades de extensão relacionadas a educação, tecnologia e cultura, planejado

¹⁵ Fonte: PDI-UFSCar. Disponível em:
<http://www.ufscar.br/pdi2002/principios_e_diretrizes.pdf.>.

especificamente para receber cursos, palestras, atividades de projeto, exposições, entre outros tipos de atividades.

O CRR-UFSCar-Sorocaba tem seus cursos sediados nesse Núcleo ETC, está localizado próximo das principais avenidas de Sorocaba, a av. Dom Aguirre, na rua Maria Cinto de Biaggi, 130, no tradicional bairro de Santa Rosália, sendo um local central da cidade. Conta, atualmente, com 900 m² e os seguintes espaços: sala da coordenação, secretaria, 2 laboratórios de informática com 20 computadores cada, sala de projetos, 3 auditórios com 80 lugares, que podem ser combinados em auditórios de 160 ou 240 lugares, saguão, copa, recepção, banheiros e três salas administrativas.

O CRR-UFSCar-Sorocaba está vinculado à UFSCAR por meio de um Programa de Extensão específico, possibilitando o oferecimento de cursos à comunidade externa à UFSCAR e o estabelecimento de parcerias com outras instituições de Ensino Superior da região, parceiras na elaboração do projeto: Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), Universidade de Sorocaba (UNISO), Universidade Paulista (UNIP) – Campus Sorocaba.

Vulnerabilidade como referencial teórico

Dentre as diferentes abordagens presentes no quadro da dependência química e do abuso de drogas, os participantes do CRR discutiram acerca da necessidade de se adotar um referencial teórico principal, ainda que ideias e tecnologias advindas de outros referenciais possam ser apresentadas e utilizadas durante os cursos a serem propostos. Pelo fato de ser crescentemente utilizado nos estudos e intervenções no campo de álcool e drogas e pela experiência prévia dos proponentes, o quadro da vulnerabilidade é aqui proposto como referencial teórico principal.

O conceito de vulnerabilidade surgiu na década de 90, no debate sobre a epidemia da AIDS, a partir das críticas ao caráter estigmatizante que a noção de “grupo de risco” evocava e à percepção de que inúmeros fatores sociais, como as questões econômicas, o acesso a serviços de saúde, a disponibilidade de informações, o status jurídico dos indivíduos, etc., impactavam significativamente a evolução da AIDS pelo mundo (MANN et al., 1993). Para Ayres et al. (1999), tal conceituação

expressa o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas de suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento e morte pelo HIV, segundo particularidades formadas pelo conjunto dos aspectos sociais, programáticos e individuais que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento (p. 50).

A noção de vulnerabilidade, assim, não nega a dimensão individual como um plano importante para se analisar a exposição à infecção pelo HIV, mas acrescenta o plano programático ou institucional – que diz respeito às atividades conduzidas pelo setor público, privado e sociedade civil voltados ao combate à epidemia - e o social –, que está relacionado a fatores como a disponibilidade de informações, os recursos destinados à saúde, o respeito aos direitos humanos (incluindo o direito à escolarização e ao trabalho), o contexto político e cultural de grupos discriminados (como mulheres e homossexuais), condições de moradia, acesso a bens de consumo, etc. (AYRES et al., 1999).

No campo das drogas, observa-se que a vulnerabilidade de um grupo a seu abuso é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais, que ampliam o risco individual associado a esse abuso. Para Straub (2005), a abordagem da vulnerabilidade às drogas implica em se observar as demandas sociais, econômicas, políticas, familiares e identitárias.

Para Campos et al. (2006), do ponto vista particular do sujeito (correspondente ao plano individual da vulnerabilidade), é importante a atenção aos fatores biológicos, sua subjetividade, suas necessidades e interesses. Já no plano social da vulnerabilidade, deve-se levar em consideração o ambiente como um todo e as relações sociais que se estabelecem nesse meio, ressaltando as demandas sociais, as influências das instituições e organizações, a economia, a cultura e a sociedade. As dificuldades de acesso ao mercado de trabalho, desigualdade social, falta de contingência familiar, segregação, marginalização e qualquer outra possibilidade de violência, seja de forma conjunta ou isolada, podem se tornar um terreno fértil para as drogas e seus agenciamentos.

A rejeição social, a exclusão e o castigo ampliam a situação de vulnerabilidade de um usuário, uma vez que este é tratado como delinquente, louco e como ameaça social. Geralmente é marginalizado e enviado a tratamento isolado do convívio social, considerado doente e sem valor. Ao invés de proporcionar um

ambiente favorável, essa estratégia dificulta a participação ativa no seu processo de inserção social através de seus próprios potenciais e de suas relações.

Paulilo e Jeolás (1999) apontam falhas e insuficiências comuns nas respostas do poder público e da sociedade civil na redução da vulnerabilidade em seu plano programático em um estudo em Londrina, que consideram ser comuns no Brasil. Entre estes, elencam a falta de acesso a programas de prevenção na rede de educação e serviços de saúde e a falta de programas de apoio para usuários e dependentes de drogas através de políticas sociais integradas. Dentro da mesma reflexão, Moura, Silva e Noto (2009) apontam para a necessidade da articulação de redes de acolhimento e atendimento, como sistemas abertos que incluam e integrem os diversos serviços existentes em uma comunidade e cidade.

A formação continuada de profissionais que atuam junto a usuários de drogas e suas famílias é uma ação focada principalmente na vulnerabilidade programática, buscando reduzir a vulnerabilidade neste plano, mas possibilitando, ainda que indiretamente, ações de redução da vulnerabilidade nos planos individual e social. A implementação de uma rede de assistência integrada e intersetorial, para pessoas com transtornos decorrentes do consumo de substâncias é, sem dúvida, um passo fundamental no cuidado a esses usuários, demandando processos de formação permanente junto aos trabalhadores da rede.

CRR-UFSCar- Sorocaba: proposta pedagógica

As estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas nos cursos promovidos pelo CRR-UFSCar-Sorocaba são baseadas na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP). Pela amplitude do tema em questão, este merecerá um capítulo específico no presente livro.

Cursos oferecidos e profissionais envolvidos

O CRR ofereceu, inicialmente, 300 vagas em 2012 para os cursos previstos pelo Edital nº 002/2010/GSIPR/SENAD. São eles:

- a) Curso de Aperfeiçoamento em Crack e outras Drogas para Médicos atuantes no Programa de Saúde da Família – PSF e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF, com carga horária de 120 horas, para 60 alunos.
- b) Curso de Atualização em Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais atuantes nos Hospitais Gerais, para 60 alunos.
- c) Curso de Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos, Agentes Sociais Profissionais que atuam nos Consultórios de Rua, com carga horária de 60 horas (duas turmas, com 60 alunos cada uma).
- d) Curso de Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS, com carga horária de 60 horas, para 60 alunos.

Devido à baixa procura de profissionais para o curso A, o que está relacionado ao fato da cobertura de ESF na região ser baixa nas cidades mais próximas a Sorocaba, parte do referido curso foi lecionada junto ao curso B. Isto possibilitou, após negociação com a SENAD, a formação de uma segunda turma do curso D, com mais 60 vagas, dentro do mesmo orçamento previsto.

O corpo docente dos cursos é multicêntrico e multiprofissional, contando com profissionais das áreas de medicina, psicologia, serviço social, enfermagem, farmácia e terapia ocupacional.

Referências

- ALMEIDA, R. M.; SILVA, C. R.; JESUS, S. C.; IRAZUSTA, S. P.; BARBERATO FILHO, S.; TOLEDO, M. I.; ALVES, M. I. F.; OSHIMA-FRANCO, Y. . Análise dos casos de intoxicação atendidos pelo Conjunto Hospitalar de Sorocaba. **Revista Brasileira de Toxicologia**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 87-92, 2005.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA JÚNIOR, I.; CALAZANS, G. J.; SALETTI FILHO, H. C. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: BARBOSA, R.

M.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidades pelo avesso**: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; São Paulo: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

CAMPOS, G. W. et al. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: Teoria da Paideia e Reformulação Ampliada do trabalho em saúde. In: TRATADO de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CARLINI, E. A.; CARLINI-COTRIM, B. A preponderante participação do álcool nas internações por dependências e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987-1989. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, p. 291-8, 1991.

CEBRID. **Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://200.144.91.102/cebridweb/download.aspx?cd=54>>.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicologia em Pesquisa**, Belo Horizonte, v. 3, n. 1, p. 31-46, 2009.

MANN, J.; TARANTOLA, D. J. M.; NETTER, T. W. **A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: ABIA, IMS; UERJ, 1993.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. **A questão das drogas na cidade de Londrina**. Londrina: CPG/UEL, 1999.

STRAUB, R. O. **Psicologia da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2001** – Mental Health: New Understanding, New Hope. Geneva: World Health Organization, 2001.

Referenciais Teóricos

Os cursos ministrados no primeiro ano de existência do Centro Regional de Referência – UFScar/Sorocaba basearam-se em referenciais teóricos citados em cada texto e na experiência de vida de cada interlocutor, numa comunhão inseparável de pensamentos, críticas e, acima de tudo, desejo de mudanças.

Reflexão sobre a política de drogas no Brasil

Marta Maria Meirelles

Este capítulo traz uma reflexão teórica que tem como essência a concepção da problemática das drogas nas políticas públicas brasileiras. Tal reflexão foi feita a partir dos documentos: “Política Nacional sobre Drogas” e “Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas”. O objetivo é mostrar o quadro do modo como tais políticas orientam as ações da sociedade e, sobretudo, dos serviços de Saúde no tocante ao uso e usuários de substâncias psicoativas no Brasil, bem como apresentar um quadro sobre a estrutura nacional dos órgãos relacionados às políticas públicas nesse setor, destacando os principais parâmetros que subsidiam a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, possibilitando a visualização do lugar que ela ocupa na Política Nacional.

A questão do uso abusivo de substâncias psicoativas na sociedade atual tem se constituído em um problema emergencial e, embora as transformações socioculturais e as inovações científicas tenham sido marcantes nos últimos anos, o entendimento e a prática com os usuários não têm avançado significativamente e requerem estudos e reflexões relacionadas a essa prática, bem como às políticas e saberes teóricos que têm contribuído com as mesmas.

As drogas, sejam lícitas ou ilícitas, dos danos do seu uso abusivo à dimensão que exercem nos fatores externos (violência, agressão, mortes, problemas familiares, perdas afetivas), seja pelo consumo exagerado, seja pelo tráfico, além de seus reflexos na

saúde pública brasileira (alto número de internações, atendimentos de emergência, etc.), tornam-se um grave problema social no Brasil.

Quando algo se transforma em problema social torna-se também alvo de políticas voltadas a diminuir, inibir e/ou prevenir as causas desse problema (NASCIMENTO, 2006). O uso abusivo das drogas é visto como um problema social, principalmente por causar danos nos eixos afetivos, educacionais, laborais, econômicos, saúde e relações sociais, e requer políticas públicas eficazes. Aqui, é traçada uma crítica às políticas públicas existentes que são voltadas apenas à punição ou ao tratamento tradicional.

No Brasil, duas linhas orientam as políticas públicas, porém, ambas norteadas pelo caráter repressivo (NASCIMENTO, 2006). A atual Política Nacional sobre Drogas foi aprovada pelo Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), no dia 27 de outubro de 2005, através da Resolução do Gabinete de Segurança Institucional nº3/GSIPR/CH/CONAD (SENAD, 2005). O objetivo dessa Política baseia-se em cinco eixos: 1) prevenção; 2) tratamento, recuperação e reinserção social; 3) redução dos danos sociais e à saúde; 4) redução da oferta; 5) estudos, pesquisas e avaliações.

Com relação à prevenção, pratica-se a filosofia da “Responsabilidade Compartilhada” (parceria entre os diferentes segmentos da sociedade brasileira), pautada na construção de “redes sociais que visem à melhoria das condições de vida e promoção geral da saúde”; observando que as intervenções devem basear-se em princípios éticos, na promoção de valores relacionados à saúde física e mental, no bem-estar individual e coletivo, considerando a pluralidade cultural e a integração socioeconômica; valorizando os diferentes modelos e relações familiares. O estudo detalhado dessas intervenções deve ter como referencial o desenvolvimento humano, a educação para uma vida saudável, o acesso aos bens culturais (esporte, lazer), o conhecimento sobre as drogas, a participação dos jovens, famílias, escolas e sociedade, as especificidades culturais, a vulnerabilidade, o gênero, a raça e etnia do público-alvo (SENAD, 2005).

No que diz respeito à redução da oferta, vêem-se questões relacionadas à segurança das pessoas no tocante à violência e crimes, decorrentes do tráfico ilícito de drogas, como ações repressivas sobre as organizações criminosas, erradicação das drogas produzidas no país e bloqueio das drogas vindas do exterior (SENAD, 2005).

Quanto aos crimes, delitos e infrações, o que foi adotado nessa política alude-se à prevenção e à coibição, através de políticas públicas para “melhoria da qualidade de vida do cidadão”.

A Política Nacional sobre Drogas preconiza, também, diferenciação entre o usuário de drogas, o indivíduo que faz uso indevido, o dependente e o traficante e orienta que sejam tratados diferentemente. O pressuposto seguinte, por sua vez, estabelece que as pessoas usuárias ou dependentes de drogas lícitas e ilícitas devem ser tratadas de forma igualitária e sem discriminação.

Compreende-se que quando se referem a um tratamento diferente aos tipos diversos de relações dos indivíduos com as drogas, certamente referem-se às intervenções e abordagens que devem ser individualizadas, diferenciadas e específicas a cada caso, considerando a relação que o indivíduo estabelece com as drogas. No entanto, sabe-se que na prática isto se torna difícil no interior de política que, ao mesmo tempo em que esta pautada na repressão, criminaliza o uso de determinadas drogas, além de estimular a representação social do usuário de drogas como criminoso, reforçando as ações repressivas e impedindo que as pessoas com problemas relacionados ao uso abusivo de substâncias psicoativas sejam tratadas de forma igualitária, sem preconceitos ou discriminação.

Para uma política que pretende utilizar estratégias de redução de danos, seus pressupostos e diretrizes, baseados em abordagens repressivas de erradicação das drogas “ilícitas” e discriminação com relação aos diferentes tipos de usuários de drogas, preconizando tratamento diferenciado com relação a eles, conforme adotado pela Política Nacional sobre Drogas, não são coerentes. Na verdade, os pressupostos relacionados à redução de danos não deixam claro a concepção adotada com relação a essa abordagem. Tal lacuna fica evidente, principalmente através do 6º pressuposto: não confundir as estratégias de redução de danos como incentivo ao uso indevido de drogas, uma vez que são estratégias preventivas (SENAD, 2005).

Observa-se que a direção da atual Política Nacional sobre Drogas consiste, basicamente, na redução da demanda, redução da oferta e redução de danos. Associar estes três objetivos, levando-se em conta que a redução da demanda e a redução da oferta estão pautadas em abordagens repressivas, enquanto as estratégias na perspectiva de redução de danos estão pautadas na liberdade de escolha do indivíduo e não no julgamento moral do mesmo.

É desejável buscar a conscientização do usuário e da sociedade em geral de que o uso de drogas ilícitas alimenta as atividades e organizações criminosas que têm, no narcotráfico, sua principal fonte de recursos financeiros (SENAD, 2005). Ainda, nos pressupostos, propõe-se a intensificação da cooperação internacional em relação às resoluções dos problemas relacionados às drogas, e que os programas, projetos e ações de prevenção, tratamento, reinserção psicossocial, redução da demanda, oferta e danos sejam fundamentados em resultados científicos de pesquisas e experimentos (SENAD, 2005).

Os conselhos de caráter articulador, normativo, deliberativo e consultivo do Sistema Nacional Antidrogas são preconizados a fim de assegurar a composição paritária entre a sociedade civil e o governo. Além disso, propõe-se acompanhamento e avaliação sistemática dos diferentes tratamentos e modelos de iniciativas terapêuticas em suas diversas fundamentações, a fim de averiguar quais proporcionam resultados favoráveis.

Com relação às intervenções, a Política Nacional sobre Drogas reconhece a necessidade do trabalho interdisciplinar e multiprofissional, da capacitação continuada das diferentes lideranças (comunitárias, formais, informais, administrativas, etc.), sendo que o foco deve ser no indivíduo e seu contexto sociocultural, buscando desestimular o uso das drogas, incentivar a diminuição do consumo, diminuir os riscos e danos, através da ampliação, articulação e fortalecimento das redes sociais.

O apoio técnico e financeiro descentralizado para o tratamento está previsto, bem como a recuperação e reinserção social dos indivíduos com problemas pelo uso abusivo de drogas, além da garantia de diferentes modalidades de tratamento e recuperação, reinserção social e ocupacional, qualificados e fundamentados cientificamente (SENAD, 2005).

Pensa-se que ações voltadas para a reinserção social e ocupacional são capazes de romper com o ciclo consumo/tratamento. Orienta-se, portanto, a efetivação de parcerias e convênios com órgãos governamentais e organizações não governamentais em prol da promoção de tais ações (SENAD, 2005).

Prevê-se a integração das ações numa rede operativa com a finalidade de ampliação da abrangência e eficácia dessas: promover e garantir a articulação e integração em rede nacional das intervenções para tratamento, recuperação, redução de

danos, reinserção social e ocupacional (Unidade Básica de Saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas, comunidades terapêuticas, grupos de autoajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergências, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas) com o Sistema Único de Saúde e Sistema Único de Assistência Social para o usuário e seus familiares, por meio de distribuição descentralizada e fiscalizada de recursos técnicos e financeiros (SENAD, 2005).

Ao se perceber a necessidade de subsídios teóricos para o planejamento e avaliação das intervenções, estabelece-se a necessidade de um banco de dados com informações científicas. Dessa forma, o OBID – Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas consiste em instância responsável por pesquisas, armazenamento de dados e desenvolvimento de programas e intervenções voltados para a redução da demanda, redução de danos e redução da oferta de drogas (SENAD, 2005).

Quanto aos estudos, pesquisas e avaliações, a política busca

incentivar e fomentar a realização de pesquisas básicas, epidemiológicas, qualitativas e inovações tecnológicas sobre os determinantes e condicionantes de riscos e danos, o conhecimento sobre as drogas, a extensão do consumo e sua evolução, a prevenção do uso indevido, repressão, tratamento, redução de danos, reabilitação, reinserção social e ocupacional, desenvolvidas por organizações governamentais e não-governamentais, disseminando amplamente seus resultados (SENAD, 2005).

A Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas/DAPES/SAS/MS e a Secretaria Nacional de Política Sobre Drogas – SENAD/Ministério da Justiça, embora com algumas diferenças sobre seu norte, assumem papel importante para as políticas de atenção ao uso de álcool e outras drogas. Entre as ações desenvolvidas pela SENAD estão o realinhamento da Política Nacional Antidrogas, a criação da Rede de Pesquisa sobre Drogas, em parceria com o Instituto de Drogas e Toxidependência - IDT de Portugal, e a criação do SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção Breve, Reinserção Social e Acompanhamento, um curso à

distância envolvendo 5.000 profissionais da saúde e da assistência social, no momento em sua quarta edição.

Entre as ações desenvolvidas pela Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, destaca-se a ampliação da rede CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial em álcool e outras Drogas como dispositivos de cuidados para a população de usuários de drogas a partir de 2002.

Levando-se em conta o aumento e a visibilidade do consumo de crack, cujos registros no Brasil datam do início dos anos noventa (BRASIL, 2003), em 2009 foi lançado, pelo governo Federal, o PEAD – Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas (NAPPO; GALDUROZ; NOTO, 1994), seguido, em 2010, pelo "Plano Crack" - Plano de integração das ações voltadas para a prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de crack e de outras drogas (BRASIL, 2002).

Estes planos foram instituídos num contexto emergencial relacionado ao uso de crack, já que se constatou a ausência de ações comunitárias junto aos usuários de drogas. Os CAPSad, por exemplo, ficam reduzidos ao atendimento no próprio serviço e percebe-se que a população-alvo não os tem como referência.

A criação de leitos em hospitais gerais e hospitais psiquiátricos para pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de álcool, crack ou outras drogas, uma das ações previstas no "Plano Crack", é uma estratégia importante para se lidar com situações mais complexas, para além da capacidade resolutive dos CAPSad. Na prática, tem se verificado resistência dos dirigentes dos hospitais gerais à destinação de leitos para o atendimento de pessoas que fazem uso abusivo ou são dependentes de substâncias psicoativas.

A implantação das casas de acolhimento (casas de funcionamento diurno para acolhimento de crianças e adolescentes e jovens usuários de drogas, especialmente crack, em condições de extrema vulnerabilidade, nas cidades com mais de 500 mil habitantes) e de 195 novos pontos de arte, cultura e renda na rede de atenção aos usuários de álcool e outras drogas dependem de recurso financeiro definido no "Plano Crack" e de mudança de olhar em relação ao dependente químico.

A criação de CAPSad III – 24 horas tem sido dificultada principalmente pela falta de profissionais, caso dos psiquiatras e de

perfil técnico adequado. Mesmo os profissionais especializados, que sabem que as drogas mais consumidas e que acarretam maiores prejuízos à saúde são o álcool e o tabaco, na prática não dão a devida importância ao uso destas duas drogas. O crack, e mais recentemente o oxi, embora tenham como princípio ativo a cocaína, são apresentados como novas drogas; ambas mencionadas, cada uma ao seu tempo, como uma droga que mata (OXI..., 2011). Trata-se de um mesmo princípio ativo, cocaína, apenas com via de administração/absorção diferente, sendo a via fumada a que possibilita maior intensidade e rapidez de efeitos. No caso do oxi, a diferença para o crack é a substância para a obtenção da base livre (free-base), que possibilita a volatilização da cocaína mediante aquecimento.

Mesmo que na linguagem do documento da Política de Atenção Integral ao Usuário de Álcool e Drogas perceba-se um movimento no sentido de transformação das práticas no manejo com o dependente químico, também fica nítido que a Política ainda está amarrada em formas higienistas.

Será que as drogas são um mal em si que deve ser combatido? Talvez o que precisa ser evidenciado e proposto é o combate aos processos de exclusão, de marginalização e violência sob as quais se encontra parte da população, das quais resultam as condições de vulnerabilidade, dentre elas o uso abusivo de drogas. Um olhar sobre a pessoa e sobre o contexto onde ela está inserida, dando condições para que ela possa exercer cidadania, ser conhecedora de seus direitos e tê-los assegurados, que possa se expressar através da arte, da música, que possa ocupar espaços de discussão, onde sejam valorizadas suas potencialidades, que possa ser ouvida e que tenha acesso facilitado à Rede Substitutiva, da qual ela deve participar, sendo respeitada em sua autonomia e liberdade.

Da maneira que o usuário de drogas ou o dependente químico tem sido visto, acaba se tornando sempre aquele que “perdeu” na guerra contra as drogas, pois é levado, na maioria das vezes, sem consciência disso, a assumir um fardo que não é apenas seu, mas que diz respeito, também, a todo contexto que o envolve, fardo que exigiria um indivíduo com características sobre-humanas para ser carregado.

Em uma análise mais abrangente, a política teria que propor um meio, e não um fim. Um meio para que as pessoas possam se apropriar do contexto que as cerca. E, também, um olhar

da sociedade para a própria sociedade, pensando em como melhorar as relações que podem ser estabelecidas. Só assim pode-se pensar em alternativas para uma sociedade incoerente, que declara guerra contra as drogas, mas estimula o consumo cada vez mais precoce de medicamentos (drogas) pelas crianças e os consolida cada vez mais dentre os adultos como primeira alternativa diante do sofrimento. Afinal, as propagandas dizem que o prazer está justamente em consumir. Simplesmente em consumir. E as pessoas também consomem violência, também consomem guerra. E pelo jeito, a “Guerra contra as Drogas” faz muita gente salivar... em dobro.

Referências

- NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, PR, v. 11, n. 1, p. 185-90, 2006.
- SECRETARIA NACIONAL DE POLITICAS SOBRE DROGAS – SENAD. Resolução GSIPR/CH/CONAD nº 3 de 27 de outubro de 2005. Disponível em: <<http://obid.senad.gov.br/OBID/Portal/conteudo.jsp?ldPJ=4402&ldEC=6975>> Acesso em: fev. 2007.
- BRASIL. Lei nº 10683 de 28 de maio de 2003: Dispõe sobre a organização da Presidência da República e dos Ministérios. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção I, 29 maio 2003. Seção I.
- BRASIL. Lei nº 10409 de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 14 jan. 2002.
- NAPPO, S. A.; GALDUROZ, J.C.F.; NOTO, A. R. Uso de crack em São Paulo: fenômeno emergente? **Rev. ABP-APAL**, São Paulo, v. 16, n.2, p. 75-83, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.190, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 5 jun. 2009.
- OXI, uma droga ainda pior. **Época**, São Paulo, v. 14, n. 678, 2011.

Por uma política de Assistência Social Efetiva

Dejanira Luiza Mattos Garcia Gayotto

A Assistência Social vem, por décadas, passando por um processo histórico no Brasil.

Podemos resumir sua trajetória de caridade, benesse, paternalismo e compensação, ou até mesmo contenção, para direitos de cidadania – Política Pública: “direito do cidadão, dever do Estado” (LOAS. Lei 8.742/93: art.1º).

Esse processo passa pelo reconhecimento do homem como ser capaz de transformar a sua realidade, de ser sujeito da sua promoção humana, de desenvolver a sua comunidade, *locus* ético-político da sua ação.

Ele retoma e reforça a centralidade da família como primeiro núcleo de proteção e de inclusão do ser humano, ao mesmo tempo em que busca ações que desenvolvam a autonomia, o protagonismo, a cidadania, historicamente submetida a “democracias” e ditaduras sempre carregadas de delegação de poder a outros supostamente mais “capacitados”.

A Assistência Social como política pública visa ao desenvolvimento do sentimento de pertença, de empoderamento do *status* de cidadão ativo, entendido de acordo com Malcolm Payne (1991 apud SILVA, 1998, p. 196).

O empoderamento visa desenvolver as potencialidades por intermédio da valorização, pelos próprios, das suas capacidades para se constituírem ‘como agentes causais na procura de soluções para seus próprios problemas’.

O desenho político institucional na área da Assistência Social sempre foi construído com fortes bases na sociedade civil organizada, cujos objetivos vão desde a promoção humana até a “busca por um lugar no céu”.

A Assistência Social como política social conserva, nas suas bases, a ligação com a Sociedade Civil, porém, inclui-na no “Sistema Único da Assistência Social”, definindo que entidades, associações, instituições e fundações podem ser integradas (Resolução CNAS 109 de 11 de nov. 2009).

Mudar desse padrão de bem-estar, caridade, voluntarismo para um *status* de política pública – parte de um sistema com comando único em cada nível de governo, é processo lento e contraditório, principalmente pela forte presença do paradigma conservador aliado à questão do reconhecimento de *status* de doador e de gratidão do beneficiário.

Assim, ao lado do crescimento da luta pela garantia dos direitos, pela assistência social como política pública, persiste o crescimento do 3º setor, levando, por vezes, a uma “despolitização” da questão social¹⁶, que fica, ainda, reduzida ao âmbito do dever moral, deslocando-se da esfera do direito e da cidadania. Esse perfil leva, sob a responsabilidade da solidariedade da sociedade civil, à desresponsabilização do Estado de suas obrigações na área social, com a “desmontagem” dos direitos sociais, tornando-os bem-estar, muitas vezes meramente eleitoreiras.

Essa realidade vem dificultando a formação do Sistema Único de Assistência Social preconizado no Plano Nacional de Assistência Social de 2004.

Para apreendermos essa realidade vamos partir de um referencial comum que nos construa esse caminho, dando aos atores conteúdos conceituais e teóricos iguais para uma ação qualificada, e efetiva implantação, implementação e execução de uma política pública de garantia de direitos que transforme velhas práticas.

¹⁶ Entendendo Questão Social segundo Carvalho e Yamamoto (1983, p. 77): “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção mais além da caridade e repressão”.

Balizando conceitos

A Constituição de 1988 deu à Assistência Social status de política pública e a integrou à seguridade social como direito de cidadania e dever de estado.

Ser considerada Política Pública significa que o Estado passa a organizar e reorganizar a sua ação visando o bem estar da população e chamando a si a responsabilidade pela sua execução.

Ser Política Pública e estar integrada ao tripé da Seguridade Social traz à Assistência Social a possibilidade de tornar a integração histórica com a sociedade civil uma determinação constitucional com objetivos bem definidos:

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (CF art. 194).

A Seguridade Social, no parágrafo primeiro deste artigo, garante os objetivos que devem ser atingidos pela Saúde, Assistência Social e Previdência Social.

Parágrafo único. Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos:

- I. universalidade da cobertura e do atendimento;
- II. uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;
- III. seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;
- IV. irredutibilidade do valor dos benefícios;
- V. equidade na forma de participação no custeio;
- VI. diversidade da base de financiamento;
- VII. caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados.

Previdência Social

A Previdência Social tem caráter contributivo, conforme a Constituição Federal de 1988, da qual destacamos os benefícios assegurados:

Art. 201. Os planos de previdência social, mediante contribuição, atenderão, nos termos da lei, a:

- I. cobertura dos eventos de doença, invalidez, morte, incluídos os resultantes de acidentes do trabalho, velhice e reclusão;
- II. ajuda à manutenção dos dependentes dos segurados de baixa renda;
- III. proteção à maternidade, especialmente à gestante;
- IV. proteção ao trabalhador em situação de desemprego involuntário;
- V. pensão por morte de segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes, obedecido o disposto no § 5º e no art. 202.

§ 1º. Qualquer pessoa poderá participar dos benefícios da previdência social, mediante contribuição na forma dos planos previdenciários.

§ 2º. É assegurado o reajustamento dos benefícios para preservar-lhes, em caráter permanente, o valor real, conforme critérios definidos em lei.

§ 3º. Todos os salários de contribuição considerados no cálculo de benefício serão corrigidos monetariamente.

A Previdência Social vem atendendo aos objetivos da Seguridade Social, principalmente na descentralização da administração cuja capilaridade vem sendo utilizada pela Assistência Social nos programas de transferência de renda.

Saúde

A Saúde tem caráter não contributivo na Constituição Federal de 1988, conforme os artigos abaixo:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

A Constituição Federal traz, também, a proposta da organização do Sistema Único da Saúde – SUS, definindo suas competências:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. participação da comunidade.

Parágrafo único. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

- I. controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;
- II. executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;
- III. ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;
- IV. participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;
- V. incrementar, em sua área de atuação, o desenvolvimento científico e tecnológico;
- VI. fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;
- VII. participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- VIII. colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Assistência Social

A Assistência Social passa a ser um direito constitucional de responsabilidade do poder público que, em conjunto com a sociedade civil, destina-se a garantir Direitos no sentido de que esses atinjam os objetivos:

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

- I. a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II. o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III. a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV. a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;
- V. a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Art. 204. As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no art. 195, além de outras fontes, e organizadas com base nas seguintes diretrizes:

- I. descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e as normas gerais à esfera federal e a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;
- II. participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.

O foco do presente artigo é a Assistência Social que, após a Constituição Federal de 1988, vem se estruturando como política pública.

O primeiro passo foi a promulgação da sua lei orgânica – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS que, retomando a Constituição Federal, define a Assistência Social como direito do cidadão e dever do Estado – Política de Seguridade Social não contributiva de iniciativa do Estado e da sociedade civil (art.1º); organiza os objetivos definindo seu público alvo (art. 2º), a integração com as demais políticas de setoriais visando o enfrentamento à pobreza, a garantia dos mínimos sociais, a universalização dos direitos sociais e o provimento para o atendimento de contingências sociais (art. 2º, paragrafo primeiro).

A LOAS, no seu art. 4º define, ainda, os princípios que regem a Assistência Social. São eles:

- supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências econômicas;
- universalização dos direitos sociais propiciando o acesso a outras políticas;

- respeito à dignidade, à autonomia e ao direito a benefícios e serviços de qualidade;
- respeito à convivência familiar e comunitária;
- direito a não comprovação vexatória das necessidades;
- igualdade de direitos no acesso ao atendimento sem discriminação;
- garantia de equivalência de direitos às populações urbanas e rurais.

E define, no artigo 5º, as diretrizes nas quais a política se baseia:

- descentralização político-administrativa;
- comando único das ações em cada esfera de governo;
- participação da população na formulação e no controle das ações;
- primazia do Estado na condução da política em cada esfera de governo.

Estamos falando em Política de Assistência Social como direito de cidadania que acontece no município, mais precisamente no território que se torna o palco das execuções das ações diretas que atendem aos destinatários da política.

Necessário, no entanto, é regulamentar para que essa Política tenha suas adaptações, mas siga os mesmos objetivos e diretrizes em todo território nacional.

Desta forma, é necessário apontar outros marcos legais, dos quais destacamos: o Plano Nacional de Assistência Social, de 2.004, que traz o Sistema Único da Assistência Social – SUAS; a lei 11.258, de 2005, que inclui na LOAS o atendimento à população de rua; a Resolução 109, de 2009, que tipifica os serviços de assistência social; e a lei 12.435, de 2011, que altera alguns artigos da LOAS.

Mais recentemente, o MDS lançou um documento que posiciona as perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas no Sistema Único da Assistência Social – SUAS.

É, portanto, no bojo do SUAS que será trabalhada a questão do crack e outras drogas.

Sistema Único da Assistência Social – SUAS

O SUAS é o novo modelo de gestão da Política Nacional de Assistência Social que busca transformar em ações pressupostos da Constituição Federal, da Seguridade Social, materializando a LOAS e garantindo o caráter de política de proteção, de garantia de direitos sociais de direção universal e cidadã, capaz de ampliar a agenda dos direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros, de acordo com suas necessidades e independentemente de sua renda, a partir de sua condição inerente de ser sujeito de direitos.

A operacionalização dessa política não requer contribuição prévia e deve ser provida por financiamento público e por toda a sociedade através das suas mobilizações solidárias que não significam benesse, mas participação no encaminhamento das políticas públicas.

Ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade (SPOSATI, 2010) que o cidadão, a cidadã e suas famílias enfrentam.

Cabe apontar que a Política Nacional de Assistência Social – PNAS 2004 dispõe que a proteção social de Assistência Social, em suas ações, deve produzir aquisições não só materiais, mas, também, sociais e socioeducativas que visem, além das necessidades, a convivência social, o desenvolvimento do protagonismo e da autonomia.

Assim sendo, aborda a questão da proteção social em uma perspectiva de articulação com outras políticas do campo social de garantias de direitos e de condições dignas de vida.

A contribuição da Assistência Social nessa perspectiva deve estabelecer a provisão à medida que responda às necessidades sociais e coletivas e também atuar a partir de necessidades individuais decorrentes da situação de vida das famílias.

A Proteção Social, assim, garante, com vistas ao desenvolvimento humano e social, os direitos de cidadania, as seguranças da acolhida, de renda, de convivência familiar e comunitária, de desenvolvimento da autonomia individual, comunitária e social e de sobrevivência a riscos circunstanciais.

O PNAS/2004 demarca as proteções asseguradas aos cidadãos brasileiros em proteção social básica e proteção social especial de média e alta complexidades.

Proteção Social Básica

Conforme o PNAS (2004, p. 33):

A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) ou, ainda, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou de deficiência, dentre outras).

A Proteção Social Básica acontece prioritariamente nos CRAS – Centros de Referência da Assistência Social.

O Centro de Referência da Assistência Social – CRAS é uma unidade pública estatal de base territorial, localizado em áreas de vulnerabilidade social.

A proteção Social Básica poderá, também, ser executada de forma indireta nas entidades e organizações de assistência social da sociedade civil, devidamente inscritas nos Conselhos Municipais de Assistência Social – CMAS.

A proteção social básica consiste, assim, no desenvolvimento de serviços, programas e projetos de acolhimento, convivência e socialização das famílias e de indivíduos.

Esses programas devem incluir pessoas com deficiência ou que apresentem fragilidades e cuidados pelo ciclo de vida (crianças, adolescentes, idosos), além de serem organizados em rede, de modo a garantir a completude do atendimento.

O CRAS atua com famílias e indivíduos em seu contexto comunitário, visando à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário. São famílias cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos.

A atuação junto ao núcleo familiar se deve ao pressuposto que esse núcleo deve promover a proteção e a inclusão de seus membros, desenvolver uma identidade grupal, transmitir princípios e valores, além de ser mediadora das relações dos seus membros com outras instituições sociais e com o estado.

O CRAS é, assim, a porta de entrada para o Sistema Único da Assistência Social – SUAS e referência para o usuário da rede socioassistencial e para os serviços das demais políticas.

Tem por objetivos conhecer o território¹⁷ de sua abrangência e seus recursos, conhecer a realidade socioeconômica e cultural das famílias que lá residem, incluindo valores, crenças, demandas e vulnerabilidades existentes, assim como articular o conhecimento da realidade das famílias e propor serviços e ações.

Os serviços e ações executados no SUAS são: acolhida para recepção, escuta, orientação e referência; apoio às famílias e indivíduos na garantia dos direitos de cidadania, com ênfase no direito à convivência familiar e comunitária; serviços continuados de acompanhamento social às famílias ou seus representantes; proteção social proativa (prevenção).

Desta forma, o CRAS desenvolve, atualmente:

- PAIF – Programa de Atenção Integral à Família.
- Programa de Inclusão Produtiva / Enfrentamento à Pobreza.
- Agente Jovem.
- PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
- BPC.
- Bolsa Família.
- Renda Cidadã.
- Ação Jovem.
- Programas, Projetos, Serviços e Benefícios financiados, exclusivamente, pelo município para atendimento à família.

São os serviços e ações de prevenção e proteção, desenvolvidos no CRAS, que atenderão à questão do álcool e outras drogas.

Cabe, aqui, citar a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais, especificando como que ela define as ações do PAIF:

consiste no trabalho social com famílias, de caráter continuado, com a finalidade de fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir a ruptura de seus vínculos, promover seu acesso e usufruto de direitos e contribuir na melhoria da

¹⁷ Território entendido como “como matriz da vida social, econômica e produtiva”. “O território tem que ser entendido como o território usado, não o território em si. O território usado é o chão mais a identidade. A identidade é o sentimento de pertencer àquilo que nos pertence. O território é o fundamento do trabalho; o lugar da residência, das trocas materiais e espirituais e do exercício da vida” (SANTOS, 1999, p. 8).

sua qualidade de vida. Prevê o desenvolvimento de potencialidades e aquisições das famílias e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, por meio de ações de caráter preventivo, protetivo e proativo. [...] É serviço baseado no respeito à heterogeneidade dos arranjos familiares, dos valores, das crenças e identidades das famílias. Fundamenta-se na cultura do diálogo, no combate a todas as formas de violências, de preconceitos, de discriminação e de estigmatização nas relações familiares (PNAS-204, p. 6-7).

A Proteção Social Básica atende, assim, indivíduos e famílias no seu território.

Proteção Social Especial

A realidade brasileira nos mostra que existem famílias com as mais diversas situações socioeconômicas, que induzem à violação dos direitos de seus membros, em especial de suas crianças, adolescentes, jovens e idosos.

Essas violações geram, também, outros fenômenos, como pessoas em situação de rua, migrantes, idosos abandonados, que estão nessa condição não só pela ausência de renda, mas por outras variáveis da exclusão social.

Essas situações se agravam nas populações em que a baixa ou ausência de renda se faz presente pelo desemprego, pela falta de escolaridade e de formação profissional.

Essa realidade fragiliza as famílias, dificulta sua socialização e influencia na identidade do grupo familiar, tornando mais vulneráveis seus vínculos afetivos e simbólicos.

Nesse sentido, é preciso desencadear estratégias de atenção sociofamiliar que visem à reestruturação do grupo familiar e à elaboração de novas referências morais e afetivas, no sentido de fortalecê-lo para o exercício de suas funções de proteção básica.

O SUAS define a proteção social especial em alta e média complexidades. Tem interface com o Sistema de Garantia de Direito do Município e o órgão responsável pela sua execução é o Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS.

O CREAS é uma unidade pública estatal que oferta serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos (violência física, psicológica, sexual, tráfico de pessoas, cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto, etc.).

O foco é a família e a situação vivenciada. Essa atenção especializada visa ao acesso da família a direitos socioassistenciais, por meio da potencialização de recursos e da capacidade de proteção.

Busca a construção de um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de relações familiares. Deve focar no fortalecimento dos recursos para a superação da situação apresentada.

Os serviços ofertados nos CREAS devem ser desenvolvidos de modo articulado com a rede de serviços da assistência social, órgãos de defesa de direitos e das demais políticas públicas. A articulação no território é fundamental para fortalecer as possibilidades de inclusão da família em uma organização de proteção que possa contribuir para a reconstrução da situação vivida.

Os CREAS podem ter abrangência local (municipal ou do Distrito Federal) e regional, abrangendo, neste caso, um conjunto de municípios, de modo a assegurar maior cobertura e eficiência na oferta do atendimento.

O CREAS oferta os serviços:

- PAEFI – Serviço de proteção e atendimento especializado a famílias e indivíduos.
- Serviço de MSE – Medida Socioeducativa – Atendimento a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas de Liberdade Assistida e Prestação de Serviços à Comunidade.
- Serviço de Abordagem Social – Crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos e famílias que utilizam os espaços públicos como forma de moradia e/ou sobrevivência.

O PAEFI, segundo a Resolução 109 do CNAS, propõe apoio, orientação e acompanhamento a famílias com um ou mais de seus membros em situação de ameaça ou violação de direitos. Compreende atenção e orientações direcionadas para a promoção de direitos, a preservação e o fortalecimento de vínculos familiares, comunitários e sociais e para o fortalecimento de função protetiva das famílias, diante do conjunto de condições que as vulnerabilidades as submetem a situações de riscos pessoal e social.

Assim, a PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL é, portanto, a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de riscos pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua e situação de trabalho infantil.

São considerados serviços de PROTEÇÃO SOCIAL DE MÉDIA COMPLEXIDADE aqueles que oferecem atendimentos às famílias e indivíduos com seus direitos violados, mas cujos vínculos familiar e comunitário não foram rompidos. Neste sentido, requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada, individualizada, acompanhamento sistemático e monitorado.

Na proteção especial de média complexidade, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social - CREAS visa à orientação e ao convívio sociofamiliar e comunitário. Difere-se da proteção básica por se tratar de um atendimento dirigido às situações de violação de direitos.

Por outro lado, a ênfase da PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE deve ser a reestruturação dos serviços de abrigo dos indivíduos que, por uma série de fatores, não contam mais com a proteção e o cuidado de suas famílias. O público-alvo são os indivíduos cujos vínculos estão temporariamente ou definitivamente rompidos, que se encontram sem referência e/ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e/ou, comunitário.

Desta forma, os programas, projetos e ações devem priorizar a construção de um novo projeto de vida, visando criar condições para que adquiram referências na sociedade brasileira enquanto sujeitos de direito.

Por uma Política de Assistência Social Efetiva

Legalmente posto, regulamentado e se regulamentando, a Política da Assistência Social vem trabalhando na busca do fortalecimento do Sistema Único – SUAS.

A efetivação dessa política depende da formação de um sistema. Para tanto, baseados nas reflexões de Carvalho (2006), apontamos para ações efetivas:

- o SUAS apresenta-se como modelo de gestão descentralizado que tem a família como foco e a proximidade no seu território;
- especifica serviços socioassistenciais da política, garantindo direitos de caráter universalista;
- organiza, ordena, regula, define serviços básicos de básica, média e alta complexidades;
- cria e implementa sistemas de vigilância da proteção social, mapeando as vulnerabilidades dos territórios para buscar ações preventivas;
- elege como unidade de intervenção a família, com o objetivo de romper as segmentações até então adotadas;
- elege o CRAS – Centro de Referência da Assistência Social, com a função de coordenar, organizar e executar serviços de proteção básica;
- elege o CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social com a função de oferecer serviços voltados para famílias cujos vínculos familiares e comunitários não foram rompidos (Proteção Social de Média Complexidade) e para famílias e indivíduos que se encontram sem referência ou em situação de abandono (Proteção Social de Alta Complexidade).

Implantar uma política pública de Assistência Social é coordenar esforços para efetivar o SUAS!

Referências

BRASIL. **Lei 8.742** – Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.

CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. Assistência Social: reflexões sobre a política e sua regulação. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 87, n. especial, p. 123-131, 2006.

POLÍTICA Nacional de Assistência Social – PNAS. Brasília, 2004.

SANTOS, Milton. **O dinheiro e o território**. GEOgraphia: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia da UFF, Niterói, v. 1, n.1, 1999.

SILVA, Manuel D. Menezes. Empowerment: possível estratégia da prática profissional em direção à cidadania activa. In: SILVA, Emanuel D. Menezes.

Serviço social autárquico e cidadania: a experiência da Região Centro. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – ISSI, Lisboa, 1998. p. 193-201. (policopiado).

SPOSATI, Aldaíza. **Risco e vulnerabilidade** – Aproximação inicial, PUC-SP Estudos Pós-Graduados em Serviço Social – NEPAS. São Paulo, 2010. Texto elaborado a partir de discussões dos pesquisadores.

TIPIFICAÇÃO Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução n. 109 de 11 de nov. 2009. Brasília: Conselho Nacional de Assistência Social, 2009.

Redes de apoio e participação social do usuário de drogas

Raquel Barros¹⁸

Para compreender o cenário

Há décadas buscam-se soluções efetivas e definitivas para “eliminar” o uso de drogas nas sociedades. Esta busca por respostas e tem conduzido, cada vez mais, à valorização de conhecimentos especializados. No entanto, quanto maior a especialização, maior o distanciamento das pessoas que necessitam de apoio para superarem o problema de uso de drogas.

Na realidade, tornam-se especialistas de suas próprias teorias e acabam falando para si mesmos, ignorando a complexidade sistêmica da qual fazem parte¹⁹.

Criamos serviços e os transformamos em templos e fortalezas, ao mesmo tempo. Um templo para venerarmos e acreditarmos que é ali que estão as soluções, e uma fortaleza porque, com a ameaça de outros serviços, estamos sempre buscando razões para mostrarmos que nosso serviço é o mais belo, mais importante e mais efetivo entre todos. Nesta dinâmica, impedem-se as relações, as trocas e que soluções eficazes aconteçam (BARROS, 2011)²⁰.

¹⁸ Este texto foi escrito por Raquel Barros, editado por Mariana Jabur e Vania Medeiros e ilustrado por Maysa Mazzon.

¹⁹ Para maior aprofundamento, ver a Teoria da complexidade, desenvolvida pelo antropólogo, sociólogo e filósofo francês Edgar Morin.

²⁰ Trecho gravado e transcrito de aula proferida por Raquel Barros, durante Formação de Equipe de Consultório de Rua – Política sobre Drogas de Sorocaba, 2011. (informação verbal).

O cenário mundial convida-nos a repensar a questão, e tem propiciado o surgimento de novas propostas e visões, que superam, em sua maioria, àquelas nas quais a guerra às drogas é o objetivo fundamental.

A guerra às drogas, conforme afirma Sbalzo et al. (2012), tem se mostrado ineficiente e contraproducente: "...a orientação de combater as drogas pela proibição, repressão, sanção e punição não resolveu o problema e acabou gerando conflitos novos e mais graves...".

Segundo a autora,

da guerra às drogas, além da violência, nasceu o medo, o tabu e o estigma que só aprofundaram o sofrimento dos usuários... e ... que uma sociedade livre de drogas, sejam elas legais ou ilegais, nunca existiu e nunca existirá.

Na busca de posturas mais participativas destacam-se as Estratégias Hemisféricas sobre Drogas (EHD, 2010), aprovada pela Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas - CICAD, que recomenda a ampliação de ações de inclusão (integração) social e participação da sociedade civil de maneira ativa na redução da demanda do uso de droga.

Somando os esforços junto a organismos multilaterais, emergem tanto organizações públicas como organizações da sociedade civil, que têm se articulado para repensar possíveis cenários para a mudança da lei de drogas em alguns países da América Latina, assim como propor práticas de maior impacto. A título de exemplo, desde 2003, a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD, do Ministério da Justiça, vem apoiando e valorizando boas práticas protagonizadas pela sociedade civil, reconhecendo a importância de tais práticas para a implementação das diretrizes previstas na Política Nacional sobre Drogas – PNAD.

O relatório do JIFE (2011) chama a atenção para a importância da Coesão Social também como fator de proteção no enfrentamento das questões relacionadas ao uso de drogas. Seus autores consideram que o parâmetro para avaliar a saúde de uma comunidade é o grau de coesão social da mesma e citam, dentre os principais problemas que ameaçam a coesão: a desigualdade social persistente; migração; transformações políticas e econômicas; cultura do excesso; individualismo e consumismo; deslocamento

dos valores tradicionais; sociedades em conflito ou pós-conflito; urbanização rápida; quebra no respeito à lei e economia local das drogas.

A partir dos referenciais supra expostos e contextualização da importância de novos olhares é que apresentamos nossa visão sobre o tema. O enfoque dado baseia-se no estabelecimento de relações, nas redes, nas trocas de potenciais e saberes e na participação como principal instrumento de intervenção.

Neste sentido, pensamos que o desafio é integrar, relacionar e articular estes vários templos e fortalezas construídos nas visões de eficácia isolada. Desta forma, deixaria de existir a intervenção certa e errada, o mais importante passa a ser a relação entre os diversos serviços e comunidade efetivando um estar juntos para um fazer articulado.

Falando do uso de drogas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apresenta uma definição clara e abrangente sobre a questão, compreendendo o uso de drogas como:

um estado psíquico e físico resultante da interação entre um organismo e um produto. Essa interação caracteriza-se por modificações do comportamento e por outras reações que obrigam fortemente o usuário a tomar o produto contínuo ou periodicamente, com o fim de encontrar os efeitos psíquicos e, às vezes, evitar o mal-estar da privação (BERGERET; LEBLANC, 1991, p. 63, grifo nosso).

Dalgalarrondo (2000, p. 212) reforça o fato de que o uso de drogas, assim como sua dependência, é o resultado da interação entre um “organismo vivo e uma droga psicoativa”.

Sabemos, portanto, que a droga em si, somente como substância, não prejudica ninguém, assim como o indivíduo, sozinho, não faz mal a ninguém. O que pode vir a ser problema é a relação que o indivíduo estabelece com a droga. Dessa forma, falar do uso de drogas é falar de uso e relação com a droga.

Não existe folha de maconha que saia correndo atrás do sujeito, nem mesmo pó de cocaína que voa como o “pó de pirlimpimpim” e chega ao nariz de cada usuário. As pedras de crack não saem por aí pulando e chamando as pessoas para brincarem. A

cervejinha não desce de uma fonte e cai na boca das pessoas (BARROS, 2011).

Juntamente com os fatores droga e organismo, o ambiente sócio-cultural desponta-se como o terceiro fator deste tripé. Segundo Macrae (1994), considerando a complexidade dessa relação, seja no caso de drogas legais ou ilegais, as conotações sócio-culturais exercem importante influência nas motivações do usuário e na maneira como eles as usam.

Nery Filho e Valério (2010), em seu artigo sobre o porquê dos humanos usarem drogas, ao discorrer sobre o mito de Adão e Eva e o da Horda Primitiva, conclui que os “humanos usam drogas para serem humanos e, sendo assim, a questão das drogas é uma questão humana”. Afirma o autor:

se os humanos usam drogas (substâncias psicoativas legais e ilegais) porque são humanos, haveremos de considerar, no mundo de hoje, duas outras dimensões – a dimensão social e a própria substância. ... Não são as drogas que fazem os humanos – já foi dito –, mas são os humanos que fazem as drogas, ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias.

Se consideramos, portanto, que a questão da relação que o indivíduo estabelece com as drogas é inerente à sua condição humana, devemos dialogar com os diferentes usos do conceito de *relação* e suas implicações. – Lua Nova: Sistema Baseado em relações (BARROS, 2011)²¹.

As relações humanas têm sido estudadas em vários campos, demonstrando sua força e impacto na vida das pessoas. Dentre as muitas relações humanas possíveis, a relação mãe-bebê destaca-se como a primeira na vida de um ser humano. O vínculo materno, amplamente estudado por teóricos de diferentes linhas teóricas, encontrou no psiquiatra John Bowlby, entre as décadas de cinquenta e sessenta, a teoria que procurou explicar como ocorre – e quais as implicações para a vida adulta - o vínculo afetivo entre o bebê e sua provedora. Através de experimentos com macacos, Bowlby mostrou que a ligação entre mãe e filho se constituía para além do instinto de sobrevivência de alimentação:

²¹ Manuscrito não publicado.

em outra espécie primata – macaco Rhesus –, os jovens mostram preferência marcante por uma mãe-boneca macia, apesar de ela não os alimentar, ao invés de uma mãe-boneca dura (de arame) que os alimenta (HARLOW; ZIMMERMAN, 1959 apud BOWLBY, 1997, p. 38).

O autor desenvolve, então, a teoria do comportamento de apego, definida como: “Qualquer forma de comportamento que resulta em uma pessoa alcançar e manter proximidade com algum outro indivíduo, considerado mais apto para lidar com o mundo” (p. 38). Tal comportamento, segundo o autor, promove a segurança e o conforto, favorecendo as possibilidades do ser em formação explorar o resto do mundo.

Complementado, as autoras Barros e Mazon (2011) destacam, no campo da educação, alguns teóricos sócio-interacionistas, que desenvolveram uma teoria de aprendizagem cujo foco está na interação entre os contextos históricos, sociais e culturais e o desenvolvimento humano.

Destaca-se Lev Vygotsky (1998), que, tendo como base Marx, procurou reformular a psicologia, afirmando que o indivíduo aprende, por meio de sua inserção na sociedade, da sua interação com outros indivíduos; sendo o contexto social o lugar onde se dá a construção do conhecimento mediado. Para Vygotsky, é por meio da relação com o outro e por ela própria que o indivíduo é determinado; é na linguagem e por ela própria que o indivíduo é determinado e é determinante de outros indivíduos.

Urie Bronferbrenner (1996), através de sua perspectiva ecológica do desenvolvimento humano, afirma que cada criança cresce num ambiente social complexo – uma ecologia social –, com um distinto elenco de personagens inseridos num sistema social mais amplo com o qual vai se relacionando (emprego, vizinhança, escola, etc), valorizando a relação mútua entre os elementos desse complexo sistema.

A partir desta singela contextualização acerca da dimensão e complexidade do tema *relações*, percebe-se que dependendo do indivíduo (e de sua história, expectativas e contextos, etc), a relação com a droga se estabelecerá de uma maneira, que poderá ser diferente para outro indivíduo em questão.

Sugere-se, portanto, que pensar no uso de droga é pensar em todas as situações da vida dessas pessoas e nas diferentes relações estabelecidas em diferentes níveis de complexidade e,

sobretudo, como se estabelecem essas relações, suas características, intensidade, etc.

Bertolote (1997), no livro "Alcoolismo Hoje", avança neste sentido e propõe uma padronização baseada no CID-10 (10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças da OMS) e no DSM-IV (4ª edição do "Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais", da Associação Psiquiátrica Americana), que considera a forma de uso e a relação que o indivíduo estabelece com a substância e suas consequências negativas e não no conceito de transtorno ou doença, gerando a seguinte classificação: uso experimental, uso recreativo, uso controlado e uso social de droga, uso nocivo/abuso e dependência.

Disto, decorrem-se os padrões de consumo de drogas, a saber, a primeira forma de se relacionar com a droga é a experimentação. A experimentação é aquele modo em que você conhece e experimenta a droga, porque é curioso.

E esta forma de se relacionar, todos nós já fizemos. Todos nós já experimentamos droga na vida. Poderíamos afirmar sem medo que 100% de nós já experimentou algum tipo de droga, e isto quer dizer que quando falamos de uso de drogas e de relação com as drogas sabemos que estamos falando de nós mesmos. Não dos marginais horrorosos que se transformam em monstros. Quem não experimentou uma cervejinha, ou café, ou maconha? Ou um remédio para dormir, para emagrecer? Todos nós já fizemos isso! Cada um tem a sua droga de eleição, todos nós já experimentamos. Alguns de nós usamos, outros não. Eu, por exemplo, uso remédio para emagrecer... mas, enfim, o primeiro conceito é este: nós não somos diferentes das meninas, das pessoas que estão na comunidade, porque, se de alguma forma eles têm uma relação com as drogas, nós também temos. Na verdade, cada um tem a relação que escolhe e pode estabelecer (BARROS, 2011).²²

Oliveira (2005) recorda, em seus estudos, que o psicólogo Jung, em toda sua obra, fala da busca da totalidade, da necessidade da vivência de transcendência e do numinoso²³ como característica central do ser humano, e que a religião pode ser a forma natural disso acontecer.

Contudo, para alguns, diz a autora, a procura de estados alterados de consciência similares pode se dar pelo uso de drogas.

²² Informação verbal.

²³ Uma instância ou efeito dinâmicos não causados por um ato arbitrário da vontade. Pelo contrário, ele arrebatava e controla o sujeito humano, que é sempre, antes, sua vítima que seu criador.

Este também é um meio de se buscar uma experiência imediata, o numinoso, a totalidade, o prazer e a si mesmo.

Outra forma de se relacionar com a droga é aquela ocasional ou recreacional, quando associamos o uso a situações específicas, geralmente de lazer. Por exemplo, beber cerveja todo jogo do Corinthians, fumar maconha somente quando se vai ao cinema, usar êxtase somente nas “raves”. Desta maneira, a relação é menos próxima, embora já comece a assumir uma frequência e uma associação entre o uso de drogas e determinadas situações.

Muitos de nós inclui a droga nos momentos de prazer, lazer e diversão. Isto é possível acontecer, seja com drogas legais (álcool, café, cigarro) ou com as ilegais.

O uso habitual, mas nocivo, é quando o uso de drogas passa a ser inserido na rotina diária, por exemplo, fumar cigarro após tomar café da manhã, almoço e jantar, não conseguir começar o dia sem usar maconha, enfim, a droga passa a fazer parte da vida cotidiana da pessoa. E, por fim, a dependência, quando não se consegue viver sem a droga e ela passa a coordenar e a comandar as ações.

Podemos entender a dependência sob vários aspectos. Para Freud (1997[1929], p. 27), trata-se de uma dinâmica estabelecida em que a droga passa a ser não somente um veículo de prazer, mas um desejo intenso de independência do mundo externo, em que se intensifica a relação com este “amortecedor de preocupações”, afastando-se da pressão da realidade e se refugiando num mundo próprio, com melhores condições de sensibilidade.

Para White (1996), a dependência também pode envolver aspectos culturais estabelecidos socialmente, uma vez que os usuários de drogas procuram construir relacionamentos com outras pessoas cujo uso de drogas espelham o seu próprio uso. Eles criam pequenos grupos que podem alimentar os rituais de uso de drogas. Tais grupos interagem uns com os outros e formam livremente a construção de tribos que funcionam unidas em torno de questões como a geografia, a etnia e a escolha da droga. Essas tribos se sobrepõem, criando uma ampla rede social de usuários de drogas que compartilham objetivos comuns e atributos.

Quando vista em sua totalidade, essas redes sociais constituem uma cultura totalmente organizada. Da díade da tribo à cultura, a dinâmica social nas relações entre usuários de drogas

constitui-se num poderoso estímulo para o uso sustentado de drogas. A cultura tem uma existência e poder que transcende a questão individual.

Portanto, ao reconhecer que o uso de drogas é uma relação, sabemos que esta se estabelece através da conexão de vários fatores que, juntos, podem determinar o padrão (relação) de uso de droga e o nível de envolvimento pessoal e coletivo.

Pensando em relação

Sabemos que quanto mais a pessoa tem relação com a droga menos ela tem com suas redes sociais, operativas, de recursos – (escola, família, trabalho, amigos etc), e o contrário também se faz verdadeiro. Quanto maior a relação das pessoas com suas redes sociais, menos espaço existe para a relação das pessoas com a droga.

Penso (2003) propõe que “numa perspectiva de co-construção das relações, envolver-se em situações de risco também deteriora a qualidade da sua rede social”.

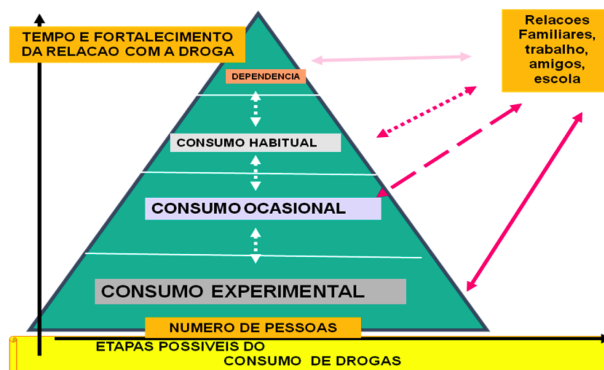
Um estudo de Souza (2010), comparando a rede social de dependentes de drogas e não dependentes, descobre que existe diferença entre as características estruturais da rede de dependentes e não dependentes de substâncias, demonstrando que as redes sociais de dependentes são mais restritas e menos heterogêneas.

Já Costa (2009), ao avaliar a rede de apoio de usuários de droga através do apoio familiar, escolar e da comunidade, percebe que esta apresenta “grande relação com o uso de drogas” e, segundo ela, quanto maior a percepção de apoio dessa rede pelos jovens, menor a média de uso de drogas.

Neste sentido entendemos que para atuar no tema drogas, temos que oferecer relações positivas, fortalecê-las. O foco deve estar nas relações de pessoas com pessoas e não nas relações da pessoas com as drogas.

A nossa concepção de desvinculação do uso de droga (Figura 1) baseia-se nas possíveis articulações e relações que os usuários podem estabelecer com os principais atores que circundam as suas vidas, diversificando, ampliando e fortalecendo suas redes.

Figura 1 – A relação com a droga é inversamente proporcional a relação com as suas famílias, amigos, trabalho, etc. Assim, quanto melhor (mais fortes, diversificadas) as relações em família, na escola, trabalho e amigos, menor a relação com a droga, e vice versa.



Fonte: Ilustração de Maysa Mazzon (2011).

Sudbrack (1999) estuda o papel das redes sociais como instrumentos que podem enfrentar os processos de exclusão dos usuários de drogas, uma vez que são

espaços transicionais que permitem a convergência das emoções e a mutualidade de interesses que, quando articulados, constituem espaços informais de suporte e apoio.

Este conceito prevê que processos de inclusão social podem se dar através da ampliação da rede subjetiva²⁴ das pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social e da diversificação das relações na esfera do trabalho, da saúde e da educação.

Mas por que o empenho em facilitar relações?

O olhar que foca na relação, favorecendo trocas entre beneficiário final e equipe de trabalho, rompe com uma linearidade encontrada nos processos tradicionais de tratamento e inclusão do usuário, baseados em modelos médicos de ajuda, centrados na ajuda de “cima para baixo”.

Esse olhar vem sendo partilhado cada vez mais entre profissionais de ajuda, sobretudo àqueles a quem se associa a capacidade de cura. A este propósito cabe citar Ferro (1995),

²⁴ Será explicado posteriormente o conceito de rede subjetiva.

psicanalista contemporâneo que em seus escritos reforça o fato de que “o analista não trabalha só” e o processo.... “é uma consequência do vínculo”, ou melhor, é consequência do campo analítico quando duas pessoas se dispõem a fazer análise: o paciente e o analista. Continua: “a verdade é justamente algo do encontro e que tem que ser, neste sentido, realmente construído junto”. Para ele, “a verdade é sempre relacional e afetiva do par e do campo analítico”.

Pereira (2009) confirma esse entendimento mostrando em seu estudo que redes sociais funcionam como instrumento de prevenção. Para a autora

a rede é um instrumento para pensar e atuar em diversas situações, pois amplia nossa visão para uma visão multidimensional; premia a evolução pessoal, ao invés de castigá-la; favorece a cooperação, ao invés de sabotá-la; modela o respeito e o carinho, ao invés de mistificá-los; estimula a criatividade e a autonomia, ao invés de castrá-las; favorece a capacidade para tolerar a ambiguidade, ao invés de escapar dela; e pratica a tolerância, ao invés do preconceito...

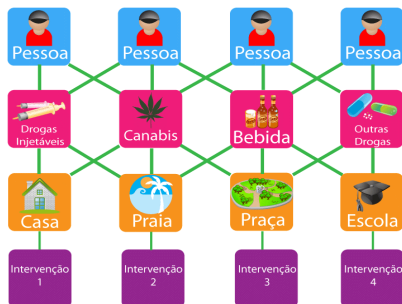
Uso de droga e sua equação

Oriol Romani, em seu livro “Drogas, sonhos e razões” (1999), discute que para atuar com o usuário de droga deve-se levar em consideração os diferentes significados de seu uso e da continuidade deste. São eles:

os distintos usos e estilos de vida correlatos, as expectativas culturais sobre os efeitos das drogas, a identidade do usuário, além do funcionamento do comércio ilegal das drogas e, finalmente, os serviços que atuam com este tema (suas práticas e ideologias).

Isto significa que cada relação é específica e particular porque se estabelece entre duas ou mais pessoas, cada uma com seu universo. Percebe-se que não existe uso de droga igual entre os indivíduos. Cada um tem aquilo que chamamos de equação (BARROS, 2011), uma vez que esta se constrói da interação entre a droga, o indivíduo e o contexto, conforme exemplificado na Figura 2.

Figura 2 – Equação e o uso da droga. A pessoa X usando drogas injetáveis em casa tem uma equação diferente da Y, bebendo álcool na praça, que é diferente da pessoa Z fumando maconha na praia; que é diferente de B com outras drogas na escola.



Fonte: Ilustração de Maysa Mazzon (2011).

E se cada equação é única, é impossível conceber a mesma intervenção para todo e qualquer usuário. Neste sentido, o que vai facilitar o processo de transformação no comportamento de desvinculação com a droga não é a intervenção em si (teatro educativo, comunidade terapêutica, medicação, etc.).

Faz-se necessário que as intervenções criadas e desenvolvidas constituam-se instrumentos facilitadores de relações em sua base, pois é este elemento que transforma. E pensar intervenções que sejam facilitadoras de relações demanda planejar a ação, para que faça sentido tanto para o usuário como para quem está atuando com ele, inclusive incluindo a participação do usuário nesse processo.

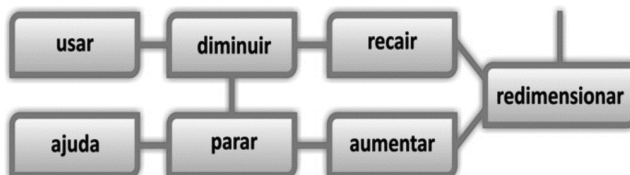
Essa postura, legitimada pelas diretrizes básicas do eixo cuidado, proposto pelo Ministério da Saúde, para o “Plano Crack, é possível Vencer” (2011), pela presidenta Dilma Russef, aponta para necessidade de adequação dos serviços à realidade e à necessidade dos usuários. São elas:

- Aberta: receber o usuário quando ele precisa.
- Responsável: responsabilidades ética e sanitária.
- Diversa: diferentes serviços para diferentes necessidades.
- Flexível: os serviços devem se adaptar ao usuário, não o contrário.
- Integrada: garantir o cuidado longitudinal.

O processo

Outro conceito importante é o de processo. Existe relação para começar a usar drogas e existem relações ao se desvincular da droga. Existe um processo, conforme mostra a figura 3, abaixo.

Figura 3 – Fases do processo de um usuário de droga em desvinculação com a droga.

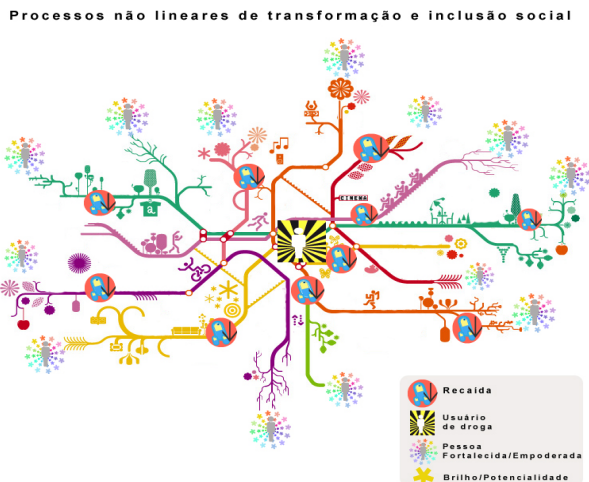


Fonte: Ilustração de Maysa Mazzon (2011).

O processo não é linear. Cada usuário, da mesma maneira que tem sua equação específica, vai vivenciar um processo que lhe é específico. Uns mais demorados, outros mais intensos, outros mais rápidos. É importante respeitar esse processo. Não necessariamente, toda vez que se imagina e se planeja uma intervenção, ela vai seguir a sequência que se imaginou. O que vai guiar neste processo é a relação droga-usuário e todas as implicações desta relação.

Assim, é importante oferecer diversas intervenções que atuem integradas e simultâneas, com diferentes níveis de exigência, considerando os diferentes níveis de consumo, possibilitando, assim, que todos os usuários possam se relacionar com algum tipo de intervenção, independente da fase do processo em que ele está. Tal complexidade do processo pode ser vislumbrada na Figura 4.

Figura 4 – Processos não lineares de transformação e inclusão social



Fonte: Ilustração de Maysa Mazzon (2011).

Inclusive no manual lançado pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD-MJ, 2008) para a formação de Conselheiros Municipais discute-se a necessidade de diversificação de propostas de intervenção, reconhecendo as diferentes fases do processo do uso de drogas, assim como a desvinculação da pessoa com a mesma.

Neste sentido, devem-se desenvolver ações de redução de danos, integradas à prevenção na escola, tratamento ambulatorial, comunidade terapêutica e consultório de rua, dentre outras atuações²⁵. Cada atuação deve ser complementar e deve criar uma engrenagem que propicie a atenção integral do usuário.

Até mesmo os processos para se atingir a abstinência devem considerar as pequenas paradas, as recaídas, a diminuição, o aumento e a distância.

²⁵ Para ver exemplo de ações funcionando de forma integrada, consultar Milanesi (2012, p. 85).

O importante é oferecer espaços abertos para que a pessoa escolha e possa, de maneira autônoma, decidir seu percurso com relação ao uso de drogas. Entender nosso limite, aliarmo-nos a outros recursos e, desta maneira criarmos um sistema que abre as portas e amplia os espaços de proteção do usuário. Essa população sempre encontra portas fechadas, e temos que abrir, e cada um tem um jeito, e temos que "nos usar" para que isso se potencialize (BARROS, 2011).

Gestão Integrada

Crives (2008), estuda a percepção do usuário de drogas com relação ao uso e as formas de intervenção propostas até os dias de hoje:

As tradicionais formas de abordagem para se atuar no uso abusivo das drogas parecem não fornecer respostas suficientes... é necessário... obter maior conhecimento e uma maior reflexão sobre diferentes aportes teórico-metodológicos sobre o tema, bem como em relação aos seus objetivos, que não devem se restringir única e exclusivamente à busca da abstinência das drogas e, sim, da melhoria da assistência prestada no enfrentamento dos problemas associados ao uso de drogas, pautada no compromisso técnico, ético-político com as principais necessidades e interesses dos usuários.

Apesar da Política do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), desde 2004, incentivar a atenção ao usuário de droga de maneira articulada e intersetorial, esta realidade ainda está muito longe existir.

Von Flach (2010) em seu estudo sobre implantação de políticas sobre Drogas no Estado da Bahia mostra que o que se verifica é a falta de planejamento do trabalho, com ações executadas emergencialmente e de forma pontual, gerando resultados pequenos.

Segundo Machin, Merlo e Milanese (2000), as estratégias atuais, sejam farmacológicas, repressivas ou psicoterápicas, reduzem ou anulam o sentido e o significado subjetivo e social do abuso de drogas e produzem uma prática e uma cultura de controle do uso.

Porém, é somente através da participação social que se pode gerar mudanças no mapa das redes sociais do usuário, reduzindo o nível de sua vinculação com a droga. À medida que a intervenção nas relações sociais acontecem, há uma ampliação de funções sociais e de repertório cultural.

Para a maioria dos usuários é mais fácil quebrar a relação fisiológica com a droga de uso do que romper o seu relacionamento com a cultura na qual a droga está inserida. Nada será mais efetivo do que a prática de intervenções que ajudem na transformação dessa cultura e do ambiente onde vive esse usuário.

Paulilo e Jeoás (1999), em pesquisas realizadas em Londrina, apontam falhas e insuficiências comuns nas respostas do poder público e da sociedade civil na redução da vulnerabilidade ao uso de drogas. Eles elencam como problemas apresentados nos programas de ação governamental: a falta de acesso a programas de prevenção na rede de educação e nos serviços de saúde e a falta de programas de apoio para usuários e dependentes de drogas que considerem políticas sociais integradas.

As medidas que se pautam em políticas de repressão ao uso de drogas, por outro lado, têm gerado uma superlotação carcerária. Sbalzo (2011), em seu guia sobre política de drogas, avaliando os números da população carcerária no Brasil, através dos dados do Departamento Penitenciário Nacional, constatou que a população carcerária passou de 90 mil presos em 1990 para 500 mil em 2010, apresentando um aumento de 450%.

Diante dessas limitações, Moura, Silva e Noto (2009) apontam para a necessidade da articulação de diversos serviços existentes em uma comunidade e cidade.

As estratégias de atenção ao usuário de drogas devem facilitar processos de socialização e de relação de indivíduos com indivíduos e destes com instituições formais e não formais. Isto implica em um redimensionamento das práticas institucionais, e uma articulação entre as diferentes instituições pelas quais os usuários transitam.

Na perspectiva da relação, as intervenções que provocam o isolamento das pessoas, sua exclusão, sua reclusão, empobrecem sua rede social, fragilizando, assim, seu estado relacional e deixando-a vulnerável. Ao invés de proporcionar um ambiente favorável, essa estratégia dificulta a participação ativa do usuário no seu processo de inserção social, através de seus próprios potenciais e de suas relações.

Comunidade (ou Tratamento Comunitário: caminhos possíveis)

Algumas respostas às questões pautadas vêm sendo construídas através da experiência do tratamento com base comunitária, proposto por Efrem Milanese (2012) e embasado pelo Modelo Eco2 (epistemologia, ecológica complexidade comunitária).

Os grandes desafios dessa proposta são: atuar a partir dos recursos comunitários e tecer com eles redes capazes de acolher a demanda, e suportar, com o usuário, seu processo de transformação, buscando atuar a partir de novos paradigmas de acolhimento e atenção para essa população. Outro desafio é reconhecer que o uso de drogas é uma manifestação da normalidade.

Além disso, deve-se reconhecer que todos os atores constituem problemas/soluções, ameaças/possibilidades: a família, o grupo de pares, os líderes comunitários, os usuários e os agentes, bem como as organizações que trabalham em prevenção e tratamento.

O Modelo Eco2, através do Tratamento Comunitário, acredita que a conduta "desviada" é um fenômeno coletivo e uma construção social. Este modelo amplia o conceito proposto por Moura, Silva e Noto (2009), considerando rede não somente um conjunto de instituições formais, mas um entrelaçado, um tecido da própria comunidade onde vivem.

Para esta proposta, as estratégias de inclusão (participação) são as que realmente proporcionam segurança, a qual se forma através de relação e não através de uma ação externa.

Segundo Milanese (2012), a conduta "desviada" é uma construção coletiva (uma representação social). Como consequência, é impossível eliminar todos os males do mundo, uma vez que estes são, também, derivados de uma construção coletiva. O que propõe Milanese é que se modifiquem as representações sociais relacionadas ao tema drogas de maneira que seja possível diminuir o nível de exclusão destes, aumentando a possibilidade de relação. Trabalhar com as representações sociais significa construir e modificar as relações sociais.

diversos serviços e grupos existentes não só da área da saúde, mas também de outras áreas, como: educação, cultura, lazer, esportes, segurança, religião, etc.

Diante disso, os serviços isolados, sem a participação dessas outras áreas, ainda que específicos para atendimento ao uso e dependência de drogas, têm-se mostrado insuficientes.

O movimento dos vários serviços interagindo uns com os outros, conhecido como articulação da rede, possibilitará à comunidade local um melhor encaminhamento e atendimento à população (CONCEIÇÃO; SUDBRACK, 2004).

Milanese (2009, p. 28) observa que somente é possível a articulação de rede na comunidade local se existir a participação dos atores comunitários, e não somente os técnicos dos serviços. Para o autor, “uma comunidade é um sistema de redes que define, organiza e dá vida a um território”.

Mas, afinal, o que são redes?

As Redes Sociais (LOZARES, 1996) podem definir-se como um conjunto bem delimitado de atores, indivíduos, grupos, organizações, comunidades, sociedades globais etc, vinculados uns aos outros através de uma relação ou um conjunto de relações sociais.

De acordo com Milanese (2012, p. 28), a intervenção básica de rede inclui, entre as seguintes ações:

Densidade	número de interconexões ativas
Tamanho	número de nós
Homogeneidade	papéis sociais
Homogeneidade	das relações
Clusters	das subcomunidades
Estrutura	ranges Out e In (poder da influência)
Distância	caminhos

Atuar em rede e poder mudar paradigmas e ampliar o impacto de nossa ação, pois é um campo que passa:

- da competição para a cooperação;
- do individual para o coletivo;
- da centralização para a circulação de poder;
- da rigidez para a flexibilidade;
- da acumulação para a distribuição;

- do autoritarismo para a participação;
- do foco institucional para o comunitário/humano;
- do sucesso individual para o do grupo.

Milanese (2012) aponta 6 tipos de redes:

1. Rede subjetiva

A rede primária/subjetiva é uma entidade social que interconecta um indivíduo com todos os indivíduos com os quais interage durante a sua vida cotidiana: parentes, membros da família, vizinhos, colegas, amigos, membros da comunidade local, do trabalho.

2. Rede Subjetiva Comunitária

A rede subjetiva comunitária é constituída por todas as pessoas com as quais um educador e profissional considera ter relações amigáveis (não necessariamente amigos) e que supõem ter uma relação amigável com ele.

3. Rede Operativa

A rede operativa está constituída pelos membros da equipe e suas relações. Quais relações? As relações internas entre os membros da equipe e as relações que os membros da equipe têm: (1) cada um com os nós de sua rede subjetiva comunitária que participam na implementação de atividades do programa ou projeto; (2) cada um com os nós da rede de recursos comunitários que participam na aplicação de atividades do programa ou do projeto.

4. Rede de Recursos Comunitários

A rede de recursos comunitários é composta por (1) todas as pessoas que pertencem à comunidade e que possam ser consideradas recursos para o projeto ou a ação social que querem implementar. Pode-se tratar de profissionais nas diversas áreas: saúde, educação, trabalho social, advogados, policiais, etc. Mas também pessoas comuns, que exercem ofícios diferentes: artesões, comerciantes, donas de casa, etc. Pessoas que podem ajudar nas diferentes fases do processo de tratamento comunitário. (2) Todos os atores institucionais (instituições do setor público, organizações

da sociedade civil em diferentes áreas – saúde, esportes, cultura, trabalho social, ocupação e emprego, sindicatos, etc. – grupos formais presentes na comunidade) e as relações que eles têm com a rede operativa e entre eles. (3) A rede de líderes de opinião não formais, constituída para fortalecer o tratamento comunitário (minoria ativa).

5. Rede de líderes de opinião não formais

A primeira é a rede de líderes de opinião formais (referentes a grupos, organizações e instituições) por um lado; a segunda é a rede de líderes de opinião não formais, cidadãos que não têm um cargo formal, mas exercem uma função de liderança (influência social) em múltiplas situações da vida cotidiana da comunidade. É possível pensar que a rede de líderes de opinião é um “cluster” (uma subrede) no interior da rede de recursos comunitários. A consequência disto é que a rede de líderes de opinião é o coração dos recursos comunitários, seu recurso mais indispensável. Por serem os líderes de opinião aquelas pessoas que têm a capacidade (poder) de influenciar a opinião e as condutas de outros, de produzir mudanças e persistências, resistências e cooperação, energias e sinergias, é possível dizer que eles são os agentes da comunidade, enquanto que os outros membros da comunidade são atores.

6. Minoria Ativa

Uma minoria ativa é formada pelos atores e agentes comunitários que desenvolvem atividades e iniciativas de tratamento comunitário ou ações sociais depois que a equipe vai embora da comunidade por causa da conclusão do programa ou por outras razões. A minoria ativa é o produto estratégico do tratamento comunitário e o que garante sua continuidade é a certeza de que este se transforme em parte da cultura comunitária.

Segundo Navarro, a função das redes sociais e a construção de novas e melhores relações dos sujeitos para seu próprio desenvolvimento e de sua comunidade, ao mesmo tempo podem criar exclusão e empobrecimento, dependendo de como são usadas. O fundamento das redes são as relações sociais (duradoura no tempo), recíproca (ou seja, em ambos sentidos, entre os nós em conexão/interação) e prevalecte (ou seja, mais significativa que

outras que estão dando, ao mesmo tempo, na mesma rede, pelos mesmos atores com outros da rede mesma).

Referências

- BERGERET, J.; LEBLANC, J. **Toxicomanias**: uma visão multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.
- BERTOLOTE, J. M. Problemas sociais relacionados ao consumo de álcool. In: RAMOS, S. P.; BERTOLOTE, J. M. (Orgs.). **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- BOWLBY, J. Formação e rompimento de vínculos afetivos. In: **FORMAÇÃO e rompimento de laços afetivos**. São Paulo: Martins Fontes; 1997. p. 167-208.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Crack, é possível vencer**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandoocrack/publicacoes/crack-e-possivel-vencer-1..>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas. **Prevenção ao uso indevido de drogas**: curso de capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília, 2008.
- BOWLBY, J. **Formação e rompimento de vínculos afetivos**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- BRONFENBRENNER, U. **Ecological system theory**. *Annals of Child Development*, 6, 1989. p. 187-249.
- CONCEIÇÃO, M. I. G.; SUDBRACK, M. F. O. Estudo sociométrico de uma instituição alternativa para crianças e adolescentes em situação de rua: construindo uma proposta pedagógica. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, 2004.
- COSTA, L. G. **A rede de apoio social de jovens em situação de vulnerabilidade social e o uso de drogas**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,
- CRIVES, M. N. S. ; DIMENSTEIN, M. **Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público**. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v12n2/04.pdf>.>

DALGALARRONDO, P. **Psicologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

EHD - Estrategia Hemisférica sobre Drogas, 2010. Adoptada por la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) en su cuadragésimo séptimo período ordinario de sesiones. Washigton, Dc.: EEUU, 2010.

FERRO, Antonino. **Transformações em sonho e personagens no campo analítico**. Reflexões preliminares sobre diferenças entre os modelos teóricos em psicanálise. 1995. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/ferro-portugues-pdf-d228880348>>.

FLACH, P. M. **A implementação da política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas no Estado da Bahia**. 162f. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituição de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2010.

FREUD, Sigmund. **O mal estar da civilização**. Rio de Janeiro: Imago 1997 [1929].

JIFE - Junta Internacional de Fiscalización - JIFE. **Relatório**. 2011.

LOZARES, C. **La teoria de redes sociales**. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Sociologia, 1996.

MACRAE, E. A abordagem etnográfica do uso de drogas. In: MESQUITA, Fábio; BASTOS, Francisco Inácio (Orgs.). **Drogas e AIDS estratégias de redução de danos**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MACHIN, J; MERLO, R; MILANESE, E. **Redes que previnem**. México: Instituto Mexicano de la Juventude, 2000.

MILANESE, Efrem. **Curso de formação**. Redes e representação social. São Paulo: Instituto Empodera. Março, 2012.

MILANESE, Efrem. Palestra ministrada durante o curso redes e representação social, promovida pelo Instituto Empodera, março de 2012. São Paulo.

MILANESE, Efrem. **Política sobre drogas entre nós**. Sorocaba, 2012.

MILANESE, Efrem. **O trabalho de redes nas comunidades locais**. Santa Fé de Bogotá, Bogotá, 1999. Seminário para o grupo de formadores de santa Fé do Bogotá.

MILANESE, Efrem. **Tratamento comunitário**. Manual de Trabalho 1. Instituto Empodera. Secretaria Nacional sobre Drogas. Brasil, 2012.

MODELO ECO2. **Tratamento comunitário**. Metodologia de intervenção para trabalho em comunidades que vivenciam contextos de exclusão social grave.

MOURA, Y. G.; SILVA, E. A.; NOTO, A. R. Redes sociais no contexto de uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua. **Psicol Pesquisa**, Juiz de Fora, MG, n. 3, p. 31-46, 2009.

NAVARRO, Artigo em Revista **Buenas Novas**, n. 8. www.humanitascr.com.

NERY FILHO, Antonio; VALÉRIO, Andréa Leite Ribeiro (Orgs.). **Módulo para capacitação dos profissionais do projeto consultório de rua**. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD, 2010.

OLIVEIRA, Flávio Ribeiro (Org., trad.). **Medéia eurípidés**. São Paulo: Odysseus, 2006.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde – OMS. **Estupefacientes**. Informe 2011. Nueva York: UN.

PAULINO, M. A. S.; JEOLÁS, L. S. **Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas**. Londrina, 1999.

PENSO, M. A. **Dinâmicas familiares e construções identitárias de adolescentes envolvidos em atos infracionais e com drogas**. 2003. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2003.

PEREIRA, S. E. F. N. **Redes sociais de adolescentes em contexto de vulnerabilidade social e sua relação com os riscos de envolvimento com o tráfico de drogas**. Tese (Doutorado) - Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

ROMANI, O. **Las drogas: sueños y razones**. Ariel, 1999.

SBALZO, I. et al. Guia sobre política de drogas: repensando o paradigma proibicionista. 2011. In: **Infopen**. Ministério da Justiça do Brasil. Dados de dezembro de 2011. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/data/Pages/MJD574E9CEIT.EMIDC37B2AE94C6840068B1624D28407509CPTBRNN.htm>>.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília: Presidência da República / SENAD, 2008.

SOUZA, Jacqueline de. **Percepção de apoio social e caracterização da rede de dependentes e não dependentes de substâncias psicoativas**. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

SUDBRACK, M. F. O. Abordagem comunitária e redes sociais: um novo paradigma na prevenção da drogadição. In: CARVALHO, D. B. B.; SILVA, M. T. (Orgs.). **Prevenindo a drogadição entre crianças e adolescentes em situação de rua**: a experiência do PRODEQUI.. Brasília: MS/COSAM/ UnB/PRODEQUI/ UNDCP, 1999. p. 161-176. Cadernos do PRODEQUI 1.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. SãoPaulo: Martins Fontes, 1998.

WHILE, W. L. **Pathways from the culture of addiction to the culture of recovery**: a travel guide for addiction professionals. 2. ed. Center Citu, Minnesota: Hazelden, 1996.

Abordagem biológica da relação droga-usuário

*Raquel Barros
Yoko Oshima-Franco*

O conteúdo abordado neste capítulo corresponde aos tópicos abordados durante a aula expositiva sobre o tema. O objetivo foi compreender os mecanismos biológicos que levam à dependência química, tarefa complexa, uma vez que afeta o não menos complexo sistema nervoso central.

Em respaldo à importância do tema, a United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) divulgou o World Drug Report 2012, em junho de 2012. Os dados epidemiológicos ali contidos mostram que *Cannabis* e anfetaminas tipo estimulante foram as duas substâncias mais consumidas mundialmente por 224.490 e 52.540 usuários, respectivamente, com idades entre 15 a 64 anos. As consequências da exposição a substâncias psicoativas são de que 10-13% dos usuários serão dependentes químicos ou desenvolverão distúrbios decorrentes ao uso de drogas; se a droga for de uso injetável, a contaminação por vírus acometerá aproximadamente 20% dos usuários, com HIV; 46,7%, com hepatite C e 14,6%, com hepatite B. Além disso, uma morte em cada 100 mortes entre adultos é atribuída ao uso de drogas ilícitas. Quanto às substâncias de uso lícito, a prevalência mensal do tabaco, que acomete 25% da população acima de 15 anos, foi 10 vezes maior que a prevalência do uso de drogas ilícitas (2,5%); a prevalência anual do uso de álcool (42% da população) foi 8 vezes maior que a prevalência anual do uso de drogas ilícitas (5%) e os consumidores episódicos de álcool (semanalmente) foi 8 vezes maior que o problema de uso de drogas (UNODC, 2012).

Esses dados mostram que tais substâncias denominadas psicoativas (qualquer substância química, natural ou sintética, que tem propriedade psicoativa e é utilizada para produzir um efeito neuroquímico em um organismo) (WHO, 2010) ou psicotrópicas (*psico*, mente; *trópico*, atração por), independentemente de serem ou não lícitas, têm algo em comum, ou seja, a capacidade de induzir a dependência química (ou farmacodependência).

A farmacodependência – fenômeno biopsicossocial que compreende um conjunto de alterações fisiológicas, cognitivas e de comportamento, em que o uso compulsivo de um ou mais fármacos ou drogas, passa a ser o objetivo principal na vida do usuário – (Mídio, 1992), produz uma dinâmica de intenso sofrimento orgânico e psíquico do indivíduo, com projeções sobre a família e toda a sociedade, sendo considerada uma doença (Classificação Internacional de Doenças, CID 10) e grave problema de saúde pública. O padrão de uso, ou seja, a frequência da exposição, pode desencadear o abuso da substância psicoativa, termo denominado uso abusivo, que é a exposição a qualquer fármaco ou droga, geralmente por autoadministração, de uma maneira que se desvie dos padrões médicos ou sócio-culturais (MÍDIO, 1992).

As drogas psicotrópicas são consideradas um grupo farmacológico especial, em virtude da demanda biológica, que limita o acesso ao cérebro de qualquer substância, exceto as substâncias psicoativas. Algumas razões impedem que substâncias atinjam o tecido nervoso: as células endoteliais do sistema nervoso central (SNC) são extremamente unidas, existindo poucos poros ou não, entre as células; os capilares do SNC são envoltos pelos processos conectivos do tecido glial; e a concentração de proteínas no fluido intersticial do SNC é menor que em qualquer outro local do organismo. Funcionalmente, o sistema nervoso recebe informações do meio interno e externo (neurônios sensoriais), associa e interpreta as informações, ordena as ações (neurônios motores) e controla o meio interno. Didaticamente, divide-se em central (encéfalo e medula espinhal) e periférico (nervos e gânglios).

Dando enfoque ao SNC, o mesmo é envolvido por membranas conjuntivas denominadas meninges e que são classicamente três: dura-máter, aracnóide e pia-máter. A aracnóide separa-se da pia-máter pelo espaço subaracnóide, que contém o líquido cérebro-espinhal, ou líquor, um fluido aquoso e incolor que ocupa as cavidades ventriculares, além do espaço subaracnóide. A

função primordial do líquido (formado pelos plexos coriáceos nos ventrículos laterais e no tecto dos ventrículos III e IV) é de protecção mecânica do SNC. É reabsorvido no sangue, principalmente através das granulações aracnóides que se projetam no interior dos seios da dura-máter. Como essas granulações predominam no seio sagital superior, a circulação do líquido no espaço subaracnóideo se faz de baixo para cima. No espaço subaracnóideo da medula, o líquido desce em direcção caudal, mas apenas uma parte volta, pois há reabsorção líquórica nas pequenas granulações aracnóides existentes nos prolongamentos da dura-máter que acompanham as raízes dos nervos espinhais. Estruturas nobres e altamente especializadas que formam o SNC exigem para o seu metabolismo um suprimento permanente e elevado de glicose e oxigénio. O fluxo sanguíneo cerebral é directamente proporcional à diferença da pressão arterial e a pressão venosa é inversamente proporcional à resistência cerebrovascular. O tecido nervoso é, ainda, protegido por barreiras encefálicas, conceituadas como sendo dispositivos que impedem ou dificultam a passagem de substâncias do sangue para o tecido nervoso (hemoencefálica), do sangue para o líquido (hemoliquórica), ou do líquido para o tecido nervoso (líquor-encefálica) (MACHADO, 1998).

Os cientistas ficam fascinados ante o facto de que o cérebro consiste em várias camadas distintas e concêntricas, começando com a camada mais primitiva e com sucessivas camadas, mais avançadas, circundando as anteriores – um museu que preserva a nossa história evolutiva (filogénese). A primeira e mais profunda camada do cérebro é a que o biólogo Paul MacLean chamou de “chassi neural”, que controla as funções vitais básicas, como a respiração, o batimento cardíaco e a circulação sanguínea. Ela consiste em medula espinhal, tronco cerebral (medula e ponte) e mesencéfalo. Em peixes, o chassi neural compõe a maior parte do cérebro. Circundando o chassi neural está o complexo R (olfato-estriado, corpo estriado e globo pálido), que controla o comportamento agressivo, a territorialidade e as hierarquias sociais. Essa camada é encontrada em répteis e por vezes chamada “cérebro reptiliano”. Em torno disso está o sistema límbico (tálamo, hipotálamo, amígdala, hipófise, hipocampo), encontrado nos mamíferos, que controla, sobretudo, as emoções e o comportamento social, além do olfato e das memórias. À medida que os mamíferos desenvolveram relações sociais complexas para

sobreviver, uma parte maior do cérebro foi requerida para lidar com os problemas e a dinâmica da vida num grupo coeso. E, por fim, envolvendo todas as camadas anteriores, está o neocórtex (lobos frontal, parietal, temporal, occipital), que controla a razão, a linguagem, a percepção espacial, entre outras funções. Em contraste com os cérebros de outros animais, que são quase lisos, temos rugas pronunciadas na superfície de nosso cérebro, o que aumenta a área de superfície do córtex cerebral (KAKU, 2001).

Um recorte do trabalho de Vasconcelos et al. (2002) é feito a seguir. Nele, as autoras descrevem como o cérebro atua no processo da motivação e explica o nosso comportamento, como sendo reflexo daquilo que se necessita ou deseja fazer. “A motivação, concernente às necessidades internas, vem nos esclarecer por que as pessoas fazem o que fazem” (KANDEL et al., 1997). O hipotálamo, por suas funções integrativas, parece ser uma estrutura ideal do centro de controle da motivação, assim como estruturas como o neocórtex e o sistema límbico. Segundo Di Chiara (1995), motivação é o processo pelo qual o organismo desempenha determinado comportamento com o objetivo de controlar o ambiente no qual está inserido, de acordo com suas necessidades. Nesse processo, está envolvido o aprendizado da relação entre estímulo biologicamente significativo e, por outro lado, estímulos neutros que predizem sua ocorrência. Desta forma, o organismo aproxima-se e contata estímulos alvos úteis, evita estímulos nocivos e ignora aqueles que são indiferentes. Os animais se tornam aptos para a mudança, seja ela interna ou externa, por um comportamento motivado.

Muitos ajustes para a mudança integram respostas endócrinas, autonômicas e comportamentais e são parte do processo de homeostase (ROBBINS; EVERITT, 1999). Acredita-se que o estado motivacional de um organismo seja controlado, de modo importante, por processos reguladores homeostáticos básicos essenciais para a sobrevivência, como: a alimentação, a respiração, o sexo, a regulação da temperatura e a autoproteção. As alterações desses estados de motivação são, portanto, produzidas por alterações da condição interna do animal em relação a um determinado ponto de ajuste dos processos de regulação (KANDEL et al., 1997). Segundo Bear et al. (2002),

o sistema dopaminérgico mesocorticolímbico tem um importante papel na motivação de comportamentos, como, por exemplo, o ato de se alimentar e a compulsão pelo consumo de drogas de abuso. Assim, parece existir algum tipo de relação entre o aumento da neurotransmissão dopaminérgica nesta região e o aumento do comportamento motivacional à procura do alimento ou por substâncias químicas, como o etanol.”

É importante ressaltar que estruturas que compõem o sistema límbico têm um papel crucial na expressão das emoções e na atividade do sistema de recompensa do cérebro (área tegmental ventral e *nucleus accumbens*). A experiência do prazer e a modulação da recompensa acontecem a partir de uma 'cascata' de recompensa, ou seja, um encadeamento de neurônios que interagem dentro do sistema límbico por meio de diversos neurotransmissores.

Do ponto de vista da ontogênese (evolução individual), o sistema nervoso origina-se da ectoderme embrionária e passa pelas seguintes etapas: produção de tipos celulares; migração para posição final; diferenciação de neurônios; formação de conexões entre neurônios; tipos de transmissores/receptores; morte celular e novas conexões; maturação. Na vigésima quarta semana de vida intrauterina, o cérebro atinge, em média, 60g e a migração neuronal está praticamente completa. Até quarenta semanas ocorre uma intensa maturação e organização dos neurônios e o cérebro pesa, em média, 400g. Dois processos são particularmente responsáveis por essa maturação: a brotação dendrítica e a mielinização.

Há consenso entre os estudiosos de que o cérebro se torna maior pela formação de sinapses, que formam as redes de comunicação entre elas e não pelo aumento de neurônios, cujo número estaria completo ao nascer – com as seguintes exceções: neurônios denominados grânulos, localizados no cerebelo e no bulbo olfatório, que podem aumentar durante a infância como parte do crescimento normal ; e, neurônios primários, no epitélio olfatório, que são gerados durante toda a vida a partir de células indiferenciadas (MACHADO, 1998). Cada trilhão de neurônios que migrou para seus locais específicos durante a vida fetal desenvolve interconexões dendríticas que chegam à fantástica cifra de cerca de um quintilhão (10 na potência 8) de sinapses. Enquanto o número de neurônios permanece estável, o número de sinapses aumenta

incrivelmente até os três anos de idade, como em nenhum outro período da vida.

Os neurônios existem para se comunicar através dos axônios e das cadeias dendríticas de transmissão de sinais eletroquímicos. Os veículos da comunicação elétrica são substâncias químicas, os neurotransmissores, como a serotonina, dopamina ou endorfina, responsáveis pelos diversos tipos de sensações. No primeiro ano de vida, cada neurônio forma 15.000 sinapses; aos dois anos, o número é igual ao do adulto; e uma criança com três anos tem o dobro das sinapses do adulto. É um cérebro superdenso e assim permanece até a adolescência. Então, esse número diminui de 1.000 trilhões para 500 trilhões. Na adolescência, quando ocorre a “poda” das sinapses (*pruning*), serão eliminadas aquelas que não se reforçaram pela experiência repetida. Depois desta “poda”, o número permanece estável até a fase adulta. O que acontece na adolescência é, então, o que se poderia chamar de nascimento de um novo cérebro, pois serão eliminadas as conexões que não foram estimuladas nas etapas anteriores.

Este seria um dos aspectos envolvidos na dificuldade em abandonar a dependência a uma substância psicoativa quando iniciada durante a adolescência.

A mielinização é um investimento que o cérebro faz na sua capacidade de comunicação. É uma estrutura de suporte, já que a mielina é uma substância isolante que ajuda os neurônios a mandar informações mais rápida e eficientemente. O brotamento dendrítico permite a melhor recepção da informação entre as partes diversas do cérebro, enquanto a bainha mielínica que se forma em volta do axônio permite a melhor transmissão dos sinais.

A grande capacidade de aprendizado se inicia com o nascimento, junto à mielinização gradual, em diferentes áreas do cérebro e em tempos específicos de desenvolvimento (CUNHA, 2001).

Algumas curiosidades sobre como o cérebro está montado: em seu interior existem cerca de 200 bilhões de neurônios que disparam cerca de 10 milhões por bilhões de vezes por segundo. Embora os impulsos nervosos se desloquem numa velocidade lenta de 90 metros por segundo (ou 320 km/h), o cérebro compensa isso com a vasta complexidade de suas conexões paralelas, executando trilhões de operações simultaneamente por

segundo. No entanto, consome apenas a energia de uma lâmpada comum (KAKU, 2001).

Os tipos celulares do sistema nervoso são: 1) os neurônios (eferentes, aferentes e interneurônios), células altamente excitáveis que se comunicam entre si ou com células efetoras (células musculares e secretoras) e são constituídas de dendritos (entrada e integração da informação); corpo celular (manutenção celular e processamento da informação), axônio (transporte da informação) e terminais nervosos (saída da informação); e, 2) as células gliais ou neuroglia (oligodendrócitos, astrócitos e micróglia), que têm funções de sustentar, proteger, isolar e nutrir os neurônios.

O neurônio é bastante plástico, mutável e maleável. Este processo chamado *plasticidade* se prolonga por toda a vida do neurônio (STAHL, 1998). Quanto à glia, sabe-se hoje que suas células podem ativar a maturação e a proliferação de células-tronco nervosas adultas e, que fatores de crescimento produzidos pelos astrócitos podem ser críticos na regeneração dos tecidos cerebrais ou espinhais, danificados por traumas e enfermidades. Em 1985, Marian Diamond resgatou a importância da glia (deixada de lado desde que fora descrita em 1858, por Virchow) e demonstrou que a quantidade da glia no cérebro de Einstein era 73% superior aos controles (ABRAHAM, 2005). O que, de fato, conferia a genialidade de Einstein? A eficiência neuronal ou a quantidade da glia?

A década de 90 foi denominada pelos cientistas como a “década do cérebro”, pois era a parte do corpo humano que menos havia sido desvendada pela ciência, considerada a caixa preta do organismo humano. Como resultado das investigações sobre o cérebro, o Prêmio Nobel 2000 em Fisiologia e Medicina laureou 3 cientistas: Arvid Carlsson (Department of Pharmacology, University of Gothenburg, Sweden), pela descoberta do neurotransmissor dopamina, cuja deficiência em certas partes do cérebro causa a Doença de Parkinson; Paul Greengard (Laboratory of Molecular and Cellular Science, Rockefeller University, New York, USA), pela descoberta do mecanismo de ação da dopamina e um número de outros neurotransmissores, e Eric Kandel (Center for Neurobiology and Behavior, Columbia University, New York, USA), pela descoberta de como a eficiência das sinapses pode ser modificada por aprendizagem/memória de curta e longa duração e os mecanismos moleculares envolvidos nessa modificação.

As sinapses, locais de contato entre os neurônios, podem ser de dois tipos: elétrica e química. A ocorrência da sinapse elétrica em vertebrados é rara e exclusivamente entre neurônios (interneuronal). A espessura da fenda sináptica é em torno de 2 a 3 nm, também chamada de "gap junction", com vias reflexas rápidas e respostas sincrônicas (*fast synaptic transmission*). A sinapse química ocorre na grande maioria das sinapses interneuronais e em todas as sinapses neuroefetadoras. A espessura da fenda sináptica é em torno de 20 a 50 nm e a comunicação entre os elementos em contato, de longa duração, depende da liberação de substância química, denominada neurotransmissor.

A sinapse química é considerada de transmissão lenta (*slow synaptic transmission*). Ela pode acontecer entre axônio e dendrito (axodendrítica), entre axônio e corpo celular (soma; axossomática), entre axônios (axoaxônica), entre dendritos (dendrodendrítica) e entre dendritos e corpo celular (dendrossomática). Pode, ainda, estabelecer certos tipos de circuitos denominados hierárquicos ou difusos. O sistema hierárquico transmite informações de modo sequencial, linear, de um neurônio para o próximo, fornecendo um fluxo altamente dirigido e preciso de informações. Ocorre com os aminoácidos excitatórios, acetilcolina e certos peptídeos. Fármacos, como anticonvulsivantes, analgésicos e antieméticos agem com certa rapidez por atuarem nesse tipo de circuito. Já no circuito difuso, a informação não é dirigida e se estende em muitas conexões divergentes para diversas células-alvo. A ativação de sistemas difusos afeta, simultaneamente, grandes áreas do SNC, com frequência de modo relativamente uniforme, e atinge locais com funções integradas do cérebro (humor, excitação, emoção e motivação), via neurotransmissores, como noradrenalina, serotonina, dopamina e alguns peptídeos. Isso explica a dificuldade no tratamento medicamentoso da depressão, psicose, ansiedade e distúrbios do sono (MINNEMAN, 1997).

A sinapse química é mediada pela liberação, na fenda sináptica, de substâncias químicas, os neurotransmissores. De forma simplificada, os requisitos para que uma substância tenha o *status* de neurotransmissor é que seja sintetizada pelo neurônio, armazenada em vesículas, liberada pelo terminal nervoso, ative receptores e, ao final, tenha a sua atividade encerrada. O neurônio que libera o neurotransmissor é chamado pré-sináptico e o que recebe o neurotransmissor, pós-sináptico. O espaço entre os neurônios é chamado

fenda sináptica. O processo da neurotransmissão envolve uma mudança no potencial de membrana do axônio, que se despolariza, para conduzir o impulso nervoso, de forma saltatória, via nodos de Ranvier, visando à rapidez da condução do impulso nervoso. Para que o neurotransmissor seja liberado (exocitose) é preciso que ocorra o influxo de cálcio do meio extracelular para o terminal nervoso. Do ponto de vista didático, o acoplamento do neurotransmissor ao receptor assemelha-se ao sistema chave-fechadura.

Alguns neurotransmissores (aceleradores e freios), logo após a sua liberação, reciclam a vesícula (endocitose) no próprio terminal nervoso. Outros, como os neuropeptídeos, não reciclam suas vesículas, que são produzidas no corpo celular. A ativação de um sistema particular excitatório (acelerador) ou inibitório (freio) depende, principalmente, dos neurotransmissores liberados na sinapse ou sinapses de saída e dos tipos de receptores nas células-alvo. Equivale dizer que qualquer rede neural tonicamente ativa pode ter sua atividade aumentada ou diminuída por sistemas de controle excitatório ou inibitório, respectivamente. Ou seja, uma droga inibidora pode, em algumas circunstâncias, produzir excitação (por exemplo, o álcool em baixas concentrações) e uma droga excitatória, sedação (MINNEMAN, 1997).

Afinal, como os neurotransmissores modulam o comportamento? Os neurônios inervam (ou projetam-se) sobre as estruturas do SNC estabelecendo suas vias neuronais. Muitas vezes, diferentes neurônios projetam-se sobre as mesmas estruturas, ocasionando uma superposição neuronal, que resultará em ativação ou inativação dessas estruturas em comum, dependendo da natureza excitatória ou inibitória dos neurônios. As vias neuronais estabelecidas, portanto, explicam porque cada neurotransmissor “funciona” independente e, algumas vezes, simultaneamente. Já foi mencionado anteriormente que o sistema dopaminérgico é um dos principais sistemas neuronais envolvidos no processamento de informação de recompensa. Entretanto, outros neurotransmissores, como os opióides, gabaérgico, glutamatérgico, noradrenérgico e serotonérgico também estariam envolvidos nesse fenômeno (DI CHIARA, 1995).

E quais estruturas do SNC são essas, qual o papel fisiológico que exercem? A noradrenalina, em sua projeção do tronco cerebral aos centros cardiovasculares, controla a pressão sanguínea, enquanto o controle dos estados afetivos se dá pela projeção do

locus coeruleus (localizado no tronco cerebral, onde se encontra a maioria dos corpos celulares dos neurônios noradrenérgicos no cérebro) para o córtex frontal (humor, atenção, funções cognitivas), ou ao córtex límbico (emoções, energia, fadiga e agitação ou lentificação psicomotora), ou ao cerebelo (movimentos motores, principalmente os tremores). Quando a inervação noradrenérgica se dá no coração, via neurônios simpáticos, que partem da medula espinhal, regula a função cardiovascular, incluindo a frequência cardíaca e, quando no trato urinário, regula o esvaziamento da bexiga (STAHL, 2002).

A acetilcolina, cujos corpos celulares estão localizados no núcleo basal de Meynert, no prosencéfalo basal, projeta-se para o hipocampo e amígdala, bem como ao neocórtex. Pensa-se que esses neurônios colinérgicos, em particular, sejam os mediadores da memória e de funções corticais “superiores”, tais como aprendizagem, solução de problemas e julgamento. Outros neurônios colinérgicos, como os estriatais e os que se projetam a partir da área tegmental lateral não estão envolvidos no distúrbio de memória da doença de Alzheimer. Neurônios colinérgicos, ainda, são responsáveis pela movimentação neuromuscular (STAHL, 2002).

Neurônios serotoninérgicos têm os corpos celulares localizados no núcleo da rafe, no tronco cerebral. Projeções da rafe ao córtex frontal podem ser importantes na regulação do humor; da rafe aos gânglios da base podem ajudar a controlar os movimentos, bem como obsessões e compulsões; da rafe às áreas límbicas podem estar envolvidas na ansiedade e no pânico; da rafe ao hipotálamo podem regular o apetite e o comportamento alimentar; neurônios nos centros do sono do tronco cerebral regulam o sono, principalmente de ondas lentas; neurônios da medula espinhal podem ser responsáveis pelo controle de determinados reflexos medulares da resposta sexual, como orgasmo e ejaculação (STAHL, 2002).

A neuroanatomia das vias neuronais dopaminérgicas pode explicar tanto os efeitos terapêuticos quanto os efeitos colaterais dos antipsicóticos conhecidos. A via nigroestriatal se projeta da substância negra aos gânglios da base, é parte do sistema nervoso extrapiramidal e controla os movimentos; a via mesocortical projeta-se da área tegmental ventral para o córtex límbico, onde pode desempenhar um papel na mediação dos sintomas negativos e cognitivos da esquizofrenia; a via tuberoinfundibular projeta-se do

hipotálamo para a glândula pituitária anterior e controla a secreção de prolactina; a via mesolímbica projeta-se da área tegmental ventral do mesencéfalo para o *nucleus accumbens*, parte do sistema límbico do cérebro que se acredita estar envolvido em muitos comportamentos, como sensações prazerosas, a poderosa euforia das drogas de abuso, bem como os delírios e alucinações da psicose. Acredita-se ser a via mesolímbica a via final comum do reforço e da recompensa no cérebro.

Nosso organismo produz uma verdadeira farmácia de substâncias de ocorrência natural, variando desde a morfina/heroína (endorfinas/encefalinas/dinofirinas), à própria maconha (anandamida), passando pela própria nicotina do cérebro (acetilcolina), bem como pela cocaína e anfetamina do cérebro (a própria dopamina) (STAHL, 2002).

Fazendo um parêntese para reflexão, o mecanismo que leva à dependência não é privilégio de substâncias psicoativas estimulantes, como a cocaína e anfetamina. Aquelas depressoras, como álcool e morfina, assim como substâncias com atividade perturbadora do SNC, como maconha e alucinógenos, também levam à dependência. Disso, pode-se concluir que esse fenômeno não é devido ao tipo de atividade que as substâncias exercem no cérebro. Então, a pergunta é: qual o mecanismo envolvido?

Outro tipo de neurotransmissor, o GABA (ácido gama-aminobutírico), produzido pelos neurônios gabaérgicos, é o principal neurotransmissor inibitório do SNC e está associado às emoções e memória. Dito de forma simples, é o “freio” fisiológico do nosso cérebro. A localização dos neurônios gabaérgicos já foi descrita em várias áreas do cérebro, como neocórtex, cerebelo, hipocampo, *nucleus accumbens*, amígdala, substância negra, na ventrolateral periaqueductal gray, na parte dorsal do núcleo reticular mesencefálico, núcleo reticular caudal pontina, núcleo pontis oralis, núcleo da rafe dorsal, *locus coeruleus*, núcleo reticular paragigantocelular, etc. (SAPIN et al., 2009).

Os neurônios contendo peptídeos opióides concentram-se em algumas áreas do diencéfalo e mesencéfalo, como no *nucleus accumbens*, sendo os segmentos curtos representados por encefalinas e os longos por beta-endorfinas. Acredita-se que sejam liberadas pela hipófise por serem encontradas nesse local em maior

quantidade. Desempenham um importante papel na regulação da dor (STOLERMAN, 1992).

O neurotransmissor glutamato é o principal neurotransmissor excitatório do SNC. Sua área de atuação concentra-se nas conexões entre a amígdala, o córtex pré-frontal, o hipocampo e mais algumas outras estruturas situadas no diencéfalo. Dentre as inúmeras vias neuronais do glutamato, de particular interesse é a via que se projeta do córtex pré-frontal para o estriado ventral, por explicar os comportamentos relacionados aos estímulos recompensatórios.

Deve-se ressaltar que cada neurotransmissor tem seus receptores, fundamentais para completar a atividade do neurotransmissor como dito, em um modelo “chave-fechadura”, não sendo nosso intuito aprofundarmo-nos nos tipos e subtipos de receptores.

Embora o enfoque abordado neste capítulo seja o biológico, outros olhares podem ser lançados sobre a dependência química, como abordado por Beck e David (2007):

A dependência química é o resultado do encontro de uma droga, uma personalidade e um meio sócio-cultural (ACSELRAD, 2000), sendo a droga uma porção química, um objeto, um produto inerte que sempre esteve presente na história da humanidade e na própria natureza. A personalidade é própria e exclusiva do ser humano, o que o diferencia e o destaca de todos. O meio sócio-cultural é o espaço onde este ser transita, interage, relaciona-se, influencia e é influenciado, expondo suas potencialidades e vulnerabilidades, que são dinâmicas e variáveis. Portanto, não existe um fator preponderante que determine a dependência química, mas uma confluência de fatores e condições internas e externas que produzirá o usuário de drogas dependente químico.

Basicamente, três ciências convergem para a compreensão do SNC, a Neurociência, que estuda o cérebro e seu funcionamento normal; a Psiquiatria biológica, que estuda as anormalidades da neurobiologia cerebral associadas às causas ou consequências das doenças; e a Psicofarmacologia, que busca a descoberta de novas drogas com vistas a alvos moleculares, como enzimas e receptores além da compreensão das doenças do SNC.

Esta última ciência tem trazido contribuições relevantes ao entendimento do fenômeno da dependência química, através de metodologia validada cientificamente (modelo de atividade/coordenação motora; exploração/emocional; preferência de lugar “drive”; labirintos; decisão ir/não ir; estímulo condicionado; reflexo;

condicionamento operante; conflito condicionado; discriminação; reforço negativo; autoadministração).

Dentre camundongos, ratos, baratas e aves, os ratos foram os melhores animais para estudo comportamental, desde que se descobriu, em 1920, que esses animais aprendem e têm memória, que se pensava ser atributo de primatas. São animais de fácil manejo, porém, algumas condições devem ser respeitadas, como a quantidade de animais nas gaiolas e os cuidados com alimento, água, limpeza, barulho e luz. Têm ciclo controlado e emitem três ultrassons ao nascer (estou sendo pisado, estou com fome, estou com frio), que perdem com o desmame. É possível estabelecer relação entre o comportamento animal e humano, desde que se respeite o que é inato (espécie/específico) e o que é aprendido. Estudos psicofarmacológicos têm sido utilizados em modelos de depressão, esquizofrenia, estresse, ansiedade, aprendizagem e memória.

Outro recorte de Vasconcelos et al. (2002),

O organismo desenvolve várias formas de comportamento com o objetivo de obter recursos para a manutenção do equilíbrio homeostático e para a reprodução. Um desses recursos é o mecanismo da recompensa, que provoca e reforça determinado comportamento, sendo que necessidades biológicas e cognitivas definem a natureza da recompensa e a disponibilidade da recompensa determina alguns parâmetros básicos da condição de vida do organismo (SCHULTZ, 1998).

Segundo Stolerman (1992), as drogas de abuso podem ser compreendidas através de modelo psicofarmacológico de adição, em que o comportamento pela busca da droga é regulado, mantido e controlado por vários processos. Deve-se, antes, conceituar que *estímulo* é um evento ambiental que produz uma alteração no comportamento de um organismo, enquanto *resposta* é a consequência comportamental de um estímulo apresentado a um organismo. A principal característica das drogas de abuso (toda substância química utilizada para produzir um efeito neuroquímico em um organismo e usada em excesso ao padrão social/biológico esperado) é que produzem efeitos reforçadores positivos. O reforço é um processo pelo qual estímulos aumentam a probabilidade de respostas. A comida, a água e o sexo, por exemplo, são exemplos de reforços naturais. As drogas de abuso provavelmente afetam os

sistemas de reforço do cérebro, pois muitas delas potenciam os efeitos de reforço da estimulação elétrica cerebral. É como se as drogas acentuassem o prazer produzido por determinado nível de estimulação cerebral (KANDEL et al., 1997).

Num dos modelos psicofarmacológicos, quando se utiliza a caixa de Skinner para o condicionamento operante, se o estímulo é uma droga com elevado potencial de abuso, dois comportamentos são registrados, a autoadministração e repetição. Se ratos passam a autoadministrar a droga e repetir tal ato, por que este fenômeno não aconteceria no cérebro humano?

Reforço positivo é o responsável primário pela manutenção do comportamento compulsivo em virtude dos mecanismos neurais envolvidos (e acima citados, dos quais a via mesocorticolímbica dopaminérgica tem papel crucial no sistema de recompensa cerebral, sendo originário das células da área tegumentar ventral e projetando-se de vias do córtex anterior para o *nucleus accumbens*, tubérculo olfatório, córtex frontal e, principalmente, para a amígdala. O circuito inclui conexões com o hipotálamo e vias aferentes do *nucleus accumbens* para o córtex límbico, córtex olfatório e amígdala. O núcleo central da amígdala tem implicação importante na expressão da emoção, incluindo estados de ansiedade e medo, assim como estados associados a respostas de consumação (DAVIES et al., 1994).

No modelo de Stolerman (1992), o efeito reforçador das drogas é modulado por dois outros dispositivos: o mecanismo comportamental (que representa a motivação subjetiva da busca pela droga, seja a euforia, o alívio da ansiedade, o aumento funcional ou o alívio da abstinência) e a modulação variável (porque depende do contexto social, de fatores genéticos, da história comportamental e da história farmacológica), que tem importância ao explicar porque dentre adolescentes que experimentam uma determinada droga de abuso, alguns continuam e outros não.

Assim, o reforço positivo pode ser classificado em primário, como sendo os efeitos farmacológicos agradáveis (de valor hedônico) decorrentes da ação de uma substância nos centros de recompensa do cérebro, que condicionam sua autoadministração; e o secundário, como sendo atitudes sociais ou estímulos ambientais que contribuem para fortalecer um padrão de comportamento de autoadministração de drogas, inteiramente independente de seus efeitos farmacológicos (MÍDIO, 1992).

O estímulo discriminativo das drogas, segundo Stolerman (1992), são os estímulos pontuais indicando ocasiões em que a resposta será reforçada. Por exemplo, a luz pode ser um indicador de como os reforçadores poderão ser obtidos. Ratos aprendem o momento em que receberão a droga de abuso. O estímulo discriminativo tem importância, em humanos, no reconhecimento da abstinência à droga de abuso.

Os estímulos aversivos, que têm a propriedade de ser desagradável para quem o recebe, levam o organismo a minimizar a exposição. O estímulo aversivo é utilizado no reforço negativo (frequência da resposta aumenta com a remoção do estímulo após a resposta) e punição (estímulo que diminui a frequência do comportamento que leva à sua oferta). O reforço negativo acontece, por exemplo, com o aumento do consumo da droga, na tentativa de diminuir os efeitos da retirada da droga (RANG et al., 2001).

Os estímulos condicionados compreendem as respostas aprendidas a um conjunto de estímulos que se associam aos efeitos das drogas, ou com síndromes de retirada, podendo alterar o comportamento pela busca da droga. Dentre os vários modelos psicofarmacológicos de condicionamento, o de preferência de lugar ou "drive", permite outra relação com o comportamento humano: porque após o tratamento e supostamente "limpo", como é dito popularmente, o indivíduo tem a recaída. Nesse modelo experimental, existem dois ambientes totalmente diferentes: de um lado, as paredes da caixa são apresentadas quadriculadas em preto e branco, visualmente agressivo, e o assoalho com barras metálicas, desconfortável de se caminhar. Do outro lado, as paredes são lisas e visualmente agradáveis e o assoalho liso, confortável para o rato se locomover. Ambos os ambientes são separados por uma portinha. A caixa contém fotocélulas para o registro da preferência de lugar. Se os experimentos com drogas de abuso são realizados no primeiro ambiente descrito, os ratos aprendem isso. No dia do teste, a porta que separa os ambientes é removida e o rato pode circular livremente entre os ambientes. Detalhe, no dia do teste os ratos não recebem a droga de abuso. O local onde o animal permanecer mais tempo é o de sua preferência. Um atributo fantástico do cérebro, que uma vez gravado no hipocampo não há necessidade da apresentação. Tal como salivar ao lembrar o quanto o suco de um limão é azedo. Outra aplicação interessante do modelo é para o estudo do fenômeno da tolerância, ou seja, ela é maior quando a

droga é testada em um ambiente onde foi administrada antes (tolerância farmacodinâmica, com necessidade de aumentar a quantidade da droga para produzir o efeito desejado) do que em um ambiente diferente (tolerância reversa, o efeito desejado é alcançado sem necessidade de aumentar a quantidade de droga).

Stolerman (1992) demonstra que os quatro processos acima descritos – reforço, discriminativo, aversivo e condicionado –, levam ao comportamento compulsivo (busca incontrolada da droga) e os mesmos explicam como a dependência química é regulada, mantida e controlada. O uso de modelo experimental para dependência só é possível em animais com capacidade de aprendizagem, não apenas de respostas reflexas. Isto porque o uso de drogas segue modelo de condicionamento, com padrão de repetição, além de ser algo do sujeito, ativo, daí que a droga de abuso necessita ser autoadministrada. Tal como aprender a andar, aprender a dirigir, aprender a ler, aprender a tocar um instrumento, aprende-se a usar drogas, algo presente na fala de usuários: “aprendi a fumar”, “aprendi a beber”, etc. Esta concepção de modelo de dependência química leva a um novo paradigma, de que a farmacodependência é uma doença da escolha (OSHIMA-FRANCO, 2002).

Enfim, é possível delinear uma resposta sobre a reflexão anterior: qual o mecanismo envolvido que leva à dependência química, uma vez que ela não se restringe à atividade farmacológica que a substância psicoativa exerce sobre o cérebro? Conhecidas as estruturas que perfazem o “caminho da recompensa”, área tegmental ventral, amígdala, *nucleus accumbens*, córtex pré-frontal, ou seja, a via mesocorticolímbica dopaminérgica, qualquer superposição neuronal que permita estimular essa via resultará em aumento de liberação de dopamina. Como superposição neuronal a tais estruturas ocorrem com todos os neurotransmissores citados neste capítulo, a explicação torna-se razoável. Novos mecanismos poderão ser descobertos, afinal, a própria ciência é dotada de plasticidade.

Outro fenômeno que ocorre com o cérebro após exposição única ou repetida de uma droga ou fármaco é conhecido como neuroadaptação, que se manifesta pelo aparecimento de intensos transtornos físico e psíquico, quando se interrompe o uso (síndrome de abstinência), ou pela resposta diminuída para uma mesma concentração no sítio de ação (tolerância farmacodinâmica). A

síndrome de abstinência é caracterizada como distúrbio fisiopatológico e é característica para cada tipo de fármaco e/ou droga, evidenciada por um conjunto de sinais e sintomas de gravidade variável, que se verifica após interrupção total ou parcial do uso repetido (geralmente prolongado) e/ou excessivo do composto (MÍDIO, 1992).

Em resumo, de tudo o que foi apresentado, se a ideia fosse produzir em laboratório uma droga sintética com elevado potencial para o abuso, certamente ela teria que preencher os seguintes requisitos, o corolário perfeito: causar prazer (reforço positivo), desencadear no indivíduo a autoadministração repetida e levar ao comportamento compulsivo pela droga, a ponto de passar a ser a coisa mais importante da vida (farmacodependência), causar intenso sofrimento se interrompido o uso (síndrome de abstinência), causar tolerância (necessidade de aumentar a concentração da droga para produzir o mesmo efeito) e, ainda, que contasse com a inexistência de um tratamento medicamentoso ou alternativo eficaz. Para comprovar tal potencial, os modelos experimentais acima citados e cientificamente validados seriam importantes ferramentas. Se a ideia fosse, através de tal droga, atingir não apenas um indivíduo, mas toda a sociedade, então a inobservância de situações de vulnerabilidades – ambientais e sociais – se torna necessária.

Referências

- ABRAHAM, C. **Viajando com o cérebro de Einstein**. Uma investigação sobre o bizarro percurso do cérebro e a tentativa de uma explicação neurocientífica para a sua genialidade. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2005.
- ACSELRAD, G. (Org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.
- BEAR, M.F.; CONNORS, B.W.; PARADISO, M.A. **Neurociência**: desvendando o sistema nervoso. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.
- BECK, L.M.; DAVID, H.M.S.L. O abuso de drogas e o mundo do trabalho: possibilidades de atuação para o enfermeiro. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.11, n. 4, p. 706 – 11, 2007.
- CUNHA, I. A revolução dos bebês. Aspectos de como as emoções esculpem o cérebro e geram os comportamentos no período pré e perinatal. **Psicanalítica**, v. 2, n.1, p. 102-128, 2001.

- DAVIES, M.; RAINIE, D.; CASSEL, M. Neurotransmission in the rat amygdala related to fear and anxiety. **Trends in Neuroscience**, n. 17, p. 208-214, 1994.
- DI CHIARA, G. The role of dopamine in drug abuse viewed from the perspective of its role in motivation. **Drug Alcohol Depend**, n. 38, p. 95-137, 1995.
- KAKU, M. **Visões do futuro**. Como a ciência revolucionará o século XXI. Rio de Janeiro: Rocco, 2001.
- KANDEL, E. R.; SCHAWARTZ, J. H.; JESSEL, T.M. **Fundamentos da neurociência e do comportamento**. Rio de Janeiro: Prentice Hall, 1997.
- MACHADO, Angelo B. M. **Neuroanatomia funcional**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 1998.
- MIDIO, A. F. **Glossário de toxicologia**: com tradução em inglês e espanhol. São Paulo: Roca, 1992.
- MINNEMAN, K. P. Organização farmacológica do SNC. In: BRODY, T.M.; LARNER, J.; MINNEMAN, K.P.; NEU, H.C. (Eds.). **Farmacologia humana**: da molecular à clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997. p. 257-281.
- OSHIMA-FRANCO, Y. Farmacodependência: a doença da escolha. **Cruzeiro do Sul**, Sorocaba, 26 set. 2002.
- RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. **Farmacologia**. 4.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.
- ROBBINS, T.W.; EVERITT, B. J. Motivation and Reward. In: ZIGMOND, M. J.; BLOOM, F. E.; LANDIS, S.C.; ROBERTS, J.L. ; SQUIRE, L.R. **Fundamental neuroscience**. California-USA: Academic Press, 1999. p. 1245-1258.
- SAPIN, E.; LAPRAY, D.; BÉROD, A.; GOUTAGNY, R.; LÉRGER L. et al. Localization of the Brainstem GABAergic neurons controlling paradoxical (REM) Sleep. **PLoS ONE**, v. 4, n. 1, e4272, 2009.
- STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia**: bases neurocientíficas e aplicações clínicas. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1998.
- STAHL, Stephen M. **Psicofarmacologia**: base neurocientífica e aplicações práticas. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 2002.
- STOLERMAN, I. Drugs of abuse: behavioural principles, methods and terms. **Trends Pharmacol Sci**. v. 13, n. 5, p. 170-176, 1992.
- SCHULTZ, W. Predictive Reward Signal of Dopamine Neurons. **The Journal of Neurophysiology**, n. 80, p.1-27, 1998.
- UNODC - United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report**, 2012.

VASCONCELOS, S.M.M.; FEITOSA, L.B.; FELIX, P.A.; AGUIAR, L.M.V.; SOUSA, F.C.F.; VIANA, G.S.B. **Motivação, vias neuronais e drogas de abuso**. 2002. Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol29/n3/130.html>. Acesso em: 31 ago. 2012.

WHO - World Health Organization. **Guidance on the WHO review of psychoactive substances for international control**. 2010.

Identificação das necessidades psicológicas e sociais dos usuários de crack e outras drogas

Ilana Mountian

Introdução

O campo de debate do tema “drogas” encontra-se comumente na convergência de discursos religiosos, médicos e jurídicos, em que discursos morais são com frequência fortemente reforçados. Portanto, para a análise crítica do tema, desenvolvimento de pesquisas e inovação nas áreas da saúde e de políticas públicas, faz-se necessário primeiramente uma desconstrução discursiva desse campo de debates, a começar pela própria palavra “droga”.

É comum, na fala cotidiana, nos meios de comunicação e nos campos religiosos, médicos e jurídicos, o entendimento de drogas como sinônimo de drogas ilegais, ainda que hoje alguns incluam também o álcool e o cigarro nesse âmbito. Portanto, já de início vemos que o que são popularmente consideradas drogas são as drogas não medicamentosas e normalmente utilizadas de maneira recreativa.

Nesse sentido, este capítulo tem dois objetivos: primeiro, uma desconstrução do que se entende por drogas, drogadição e droga-dependência; e segundo, um questionamento e levantamento das necessidades psicológicas e sociais do usuário de crack e outras drogas, ressaltando a importância de se considerar o contexto social nesse uso.

Drogas

O termo 'drogas' é extremamente problemático, conotando coisas como abuso e adição. Por tudo o que carrega, a palavra tem uma grande virtude. É curta. (COURTWRIGJT, 2001, p. 2)²⁶.

O termo drogas, como já apontado, é comumente utilizado para referir-se às drogas utilizadas fora do campo de atuação médica/farmacêutica, e frequentemente entendidas dentro de um campo moral (e muitas vezes de pânico moral). Fazendo-se necessário, portanto, clarificar o que são drogas.

Há controvérsias sobre a etimologia da palavra 'droga' (*drogia* no latim, *daruk* em Irã, *durâwa* em Árabe e *druko* para os celtas), porém, a origem mais aceita é a holandesa: *droghe vate*, que significa "barris de coisas secas" (VARGAS, 2008, p. 42), palavra usada no contexto do comércio de especiarias entre o Oeste e o Leste no século XIV.

Uma definição médica frequentemente aceita do termo é: droga se refere a qualquer substância química exógena que provoca alterações funcionais e/ou estruturais em qualquer setor da economia orgânica. Portanto, drogas são todas as substâncias que causam alterações no corpo, sendo legais e ilegais, independentemente dos efeitos específicos, para fins médicos, religiosos ou recreativos.

É fundamental o entendimento da variedade de funções e usos das drogas, e para tal deve-se contextualizar culturalmente seu uso, pois, como indicado por Escohotado (1998), todos os povos fizeram uso de drogas, com exceção dos do polo ártico, por causa do clima impróprio para a vegetação. As funções sociais das drogas podem ser elencadas como: alimentícia, médica, como veneno, recreativa, ritualística, religiosa e como hábito social (XIBERRAS, 1989, ESCOHOTADO, 1998, SOUTH, 1999, COURTWRIGHT, 2001, DOUGLAS, 1987, LABATE, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), as drogas são classificadas como:

²⁶ Tradução da autora: "The term "drugs" is an extremely problematic one, connoting things such as abuse and addiction. For all its baggage, the word has one great virtue. It is short".

(i) Um termo de uso variado. Para a medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou melhorar o estado de bem-estar físico ou mental; para a farmacologia, significa qualquer agente químico que altera processos bioquímicos ou fisiológicos de tecidos ou organismos. (ii) No contexto do controle de drogas internacional, “droga” significa quaisquer das substâncias na escala I e II da Convenção de 1961, seja natural ou sintética. E substância psicotrópica, como: (i) qualquer agente químico afetando a mente ou processos mentais (ou seja, qualquer droga psicoativa). (ii) No contexto do controle de drogas internacional, “substância psicotrópica” significa qualquer substância, natural ou sintética, ou qualquer material natural na escala I, II, III ou IV da Convenção de 1971²⁷.

Essa classificação explicita a associação entre os campos médicos e legais, inaugurando uma nova era das drogas: regulação médica e controle das drogas. Autores críticos destacam que essa classificação não trata das especificidades das drogas e que, nos discursos populares, o termo drogas acabou sendo usado como sinônimo de drogas ilegais (LOOSE, 2002, DALLY, 1996), trazendo algumas consequências discursivas importantes (SOUTH, 1999, LENSON, 1995, PARASCANDOLA, 1996).

Notamos, assim, que não há uma unidade química e uma especificidade de ação para a definição de drogas. No entanto, as classificações médicas e jurídicas tornaram-se fundamentais para o entendimento da noção contemporânea de drogas, tanto na forma como são usadas, quanto nas consequências (legais) desse uso, assim como os discursos morais (religiosos) sobre as mesmas.

A dependência em debate em matéria de toxicomania, tudo é problemático, tudo é discutível, tudo é polêmico, a começar pela própria palavra (BUCHER, 1992).

A história da medicina e da psiquiatria mostra a relação entre grupos religiosos e campos de atuação da psiquiatria.

²⁷ Tradução da autora: “(i) A term of varied usage. In medicine, it refers to any substance with the potential to prevent or cure disease or enhance physical or mental welfare; in pharmacology it means any chemical agent that alters the biochemical or physiological processes of tissues or organisms. (ii) In the context of international drug control, ‘drug’ means any of the substances in Schedule I and II of the 1961 Convention, whether natural or synthetic. And psychotropic substance as: (i) any chemical agent affecting the mind or mental processes (i.e., any psychoactive drug). (ii) In the context of international drug control, ‘psychotropic substance’ means any substance, natural or synthetic, or any natural material in Schedule I, II, III or IV of the 1971 Convention”.

Comportamentos que antes eram vistos como pecado (discurso religioso), com a organização da psiquiatria, começaram a ser vistos como doença mental; e ainda na aliança com o Estado, em muitos casos, como crime (BERRIDGE; EDWARDS, 1987, MUSTO, 1999). Os discursos médicos acabaram constituindo uma ética de vida, classificando o que é considerado saudável e normal (ROSE, 1994, ILLICH, 1995).

Neste sentido, o uso de drogas, e mais precisamente o usuário, é normalmente visto através dessas perspectivas, o que traz consequências específicas, tanto no uso da substância, quanto nas consequências legais.

Pela perspectiva médica, a drogadição é uma doença mental, focando na toxicologia das drogas, nos efeitos neurológicos, nas explicações genéticas e nas mudanças físicas e de personalidade. É importante apontar as principais definições de drogadição e dependência para a medicina. Drogadição para a Organização Mundial de Saúde (OMS) é:

Drogadição se refere ao uso repetido de uma substância psicoativa ou substâncias, até que o usuário é periodicamente ou cronicamente intoxicado, apresente uma compulsão para usar a substância (ou substâncias) de preferência, tem grande dificuldade em voluntariamente parar ou modificar o uso, e mostra determinação para obter substâncias psicoativas por qualquer meio (ONU, 2003)²⁸.

Interessante notar que, apesar da palavra drogadição estar em uso, no campo científico houve certo consenso em utilizar a palavra droga-dependência no lugar. A OMS abandonou as palavras drogadição e habituação por dependência em 1964 e diferencia as noções abuso de adição baseada no *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (WORD HEALTH ORGANIZATION, 1994).

O DSM (Manual de diagnóstico e estatística de doenças mentais), publicado pela American Psychiatric Association e o CID 10 (Classificação de doença mental e comportamental), publicada pela

²⁸ Tradução da autora: Addiction refers to the repeated use of a psychoactive substance or substances, to the extent that the user is *periodically* or chronically intoxicated, shows a compulsion to take the preferred substance (or substances), has great difficulty in voluntarily ceasing or modifying substance use, and exhibits determination to obtain psychoactive substances by almost any means (Laboratory and Scientific Section United Nations Office on Drugs and Crime, 2003, p. 73, my emphasis).

Organização mundial de Saúde, definem dependência de substâncias em relação às dependências física e psicológica. Para ambos, é uma doença mental, como vemos no resumo abaixo (DSMIV). No fim do capítulo encontra-se o esboço da definição a ser publicada pelo DSMV (dsmv.org)¹.

Critérios DSM IV (resumo): um padrão de uso disfuncional de uma substância, levando a um comprometimento ou desconforto clinicamente significativo, manifestado por três (ou mais) dos seguintes sintomas, ocorrendo durante qualquer tempo, num período de 12 meses: 1. tolerância; 2. abstinência; 3. a substância é frequentemente usada em grandes quantidades, ou por período maior do que o intencionado; 4. um desejo persistente ou esforço sem sucesso de diminuir ou controlar a ingestão da substância; 5. grandes períodos de tempo utilizados em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se de seus efeitos; 6. reduzir ou abandonar atividades sociais, recreacionais ou ocupacionais por causa do uso da substância; 7. uso continuado da substância, apesar do conhecimento de ter um problema físico ou psicológico ou recorrente que tenha sido causado ou exacerbado pela substância.

Como visto, as próprias noções de dependência e drogadição não são muito precisas e são localizadas culturalmente, traduzindo o debate ainda vigente na área de drogas. Ainda, percebemos que comumente essas classificações de doenças mentais são utilizadas com muito mais frequência para drogas ilegais, e para o álcool e tabaco, ou seja, tratando-se muitas vezes apenas de usos recreativos.

Outro aspecto envolvido nesse debate se refere aos discursos sobre dependência quando posicionados em contraposição com autonomia e liberdade de escolha. Alguns pontos são debatidos por autores críticos, como: 1- está implicado nesse discurso que o sujeito não dependente tem mais controle e, portanto, é mais livre do que o dependente (DAVIES, 1997); 2- todo o comportamento em excesso, repetitivo ou problemático começou a ser entendido a partir da noção médica dependência (WHITE, 2004), e de como a afirmação de uma vontade a faz parecer problemática e pareça como adição (SEDGWICK, 1992). Sedgwick (p. 583) discute como, nesse entendimento de adição, está incorporado o “prazer da habilidade em se escolher livremente, e livremente escolher saúde”; 3- a noção de dependência tem um enfoque masculinista; em que autonomia é entendida como um ideal cultural masculino enquanto a dependên-

cia é atribuída ao feminino; 4- existe uma conotação moral na dependência química, vista como menos natural, sendo entendida como menos legítima (MCDONALD, 1994), e a própria palavra química é saturada de conotações negativas, que aparece como o contrário do corpo natural, orgânico (KEANE, 1999) e puro.

O que é o crack?

É fundamental contextualizar o uso de drogas, em particular no caso do crack, e em se rever mitos e fantasias. É claro que o uso do crack pode ser prejudicial à saúde, ainda que para alguns usuários seja fonte de prazer, mas, para refletirmos sobre políticas de saúde, é necessário analisarmos o contexto do uso, afastando-se do saturado campo discursivo sobre o crack e do instaurado pânico moral. Esse pânico moral das drogas, e particularmente em relação ao crack, é reforçado pela mídia, por propagandas antidrogas, e por discursos cotidianos. Aqui notamos uma junção de três pilares discursivos principais: religiosos, médicos e jurídicos, reproduzindo um campo discursivo histórico.

Ao contrário do alarme midiático, o crack não é uma droga nova no mercado. Ela foi desenvolvida nos EUA na metade dos anos de 1980 e introduzida no Brasil (São Paulo) em 1988 (DIAS, 2010). O crack é feito da mistura da pasta-base de coca ou cocaína refinada (folhas da planta *Erythroxylum coca*), bicarbonato de sódio e água. É importante notar, no entanto, que várias outras substâncias são misturadas a essa droga.

Quando aquecido a mais de 100°C, o composto passa por um processo de decantação, em que as substâncias líquidas e sólidas são separadas. O resfriamento da porção sólida gera a pedra de crack, que concentra os princípios ativos da cocaína (www.brasil.gov.br).

Daí o nome crack, que vem do inglês ‘quebrar’, ou da representação do som de quebra, nome dado na alusão ao som gerado na combustão.

O crack é normalmente fumado em cachimbos feitos de latas de alumínio, tubos de PVC (policloreto de vinila), copos de água descartáveis, potes de Yakult, latas de refrigerante, etc. O crack pode ser também utilizado em cigarros, sendo misturado com tabaco (*o pitilho*) ou maconha (*mesclado*). O efeito do crack é

sentido após poucos segundos (15 segundos) e dura de 5 a 10 minutos, potencializando a liberação de neurotransmissores como dopamina, serotonina e noradrenalina. Diferentemente da cocaína inalada, que leva em média 15 minutos para iniciar o seu efeito, e tem efeito mais prolongado. Portanto, ainda que o valor do produto seja baixo, pelo tempo do efeito, o uso do crack é financeiramente custoso.

Como apontado por Dias (2010), o uso da lata é prejudicial, pois muitas vezes é retirada dos lixos, além da toxicidade do alumínio na combustão. Para reduzir esses danos, protetores labiais e piteiras são recomendados, como será destacado na seção 'redução de danos'.

Os efeitos comuns do crack são grandes: excitação, euforia e diminuição de sono e fome; e conforme depoimento de usuários, uma sensação de prazer muito intensa. Porém, o uso pode causar consequências físicas indesejáveis, como doenças pulmonares e cardíacas, sintomas digestivos e alterações na produção e captação de neurotransmissores (fonte: brasil.gov.br). Em relação aos efeitos psicológicos, alguns podem sentir paranoia (daí a gíria "noia" para alguns usuários), ansiedade, fissura, irritabilidade, alucinações e outros.

Uso de crack e de outras drogas no mundo e no Brasil

Contextualizando o uso de drogas no mundo, como apontado por Gorgulho (2011), baseado nos dados do Escritório das Nações Unidas contra Drogas e Crime (UNODC), a população mundial é cerca de 6,5 bilhões de pessoas, sendo que a população entre 15 e 64 anos é de pouco mais de 4,2 bilhões de pessoas. Nos dados da UNODC:

- Pessoas que dizem nunca ter usado uma droga ilícita na vida: 95,1%.
- 4,8% da população mundial usaram drogas na vida.
- Uso no último mês: 2,67%.
- Uso problemático: 0,6% da população.

Ou seja, estamos falando de um percentual específico de pessoas que tiveram contato com drogas e com uso problemático.

Para um debate crítico, é fundamental situar o uso de crack socialmente, o que faremos mais adiante, e também na relação com

outras drogas. Quanto a esse último, a pesquisa da CEBRID (2005) (Quadro abaixo) aponta um percentual estatístico em relação ao uso de drogas no Brasil, em que o crack aparece como a droga menos utilizada. Podemos levar em consideração que essa pesquisa foi realizada há 7 anos, mas considerando o tempo da pesquisa, provavelmente o aumento do uso de crack não superou o das drogas mais comumente usadas (álcool, tabaco, maconha, solventes, cocaína). Esse dado é fundamental, pois, apesar do pânico moral instaurado em relação ao crack, essa não é a droga mais utilizada. Ao mesmo tempo que nos leva a questionar por que não há campanhas de prevenção e redução de danos ao uso de drogas como solventes (5º lugar na lista de mais usados).

Distribuição dos 7.939 entrevistados, segundo uso na vida, uso no ano e uso no mês das drogas mais usadas nas 107 cidades com mais de 200 mil habitantes.

TIPOS DE USO%	Na vida	No ano	No mês
• ÁLCOOL	74,6	49,8	38,3
• TABACO	44,0	19,2	18,4
• MACONHA	8,8	2,6	1,9
• SOLVENTES	6,1	1,2	0,4
• BENZODIAZEPÍNICOS	5,6	2,1	1,3
• OREXÍGENOS	4,1	3,8	0,1
• ESTIMULANTES	3,2	0,7	0,3
• COCAÍNA	2,9	0,7	0,4
• XAROPES (codeína)	1,9	0,4	0,2
• OPIÁCEOS	1,3	0,5	0,3
• ALUCINÓGENOS	1,1	0,32	0,2
• ESTERÓIDES	0,9	0,2	0,1
• CRACK	0,7	0,1	0,1
• BARBITÚRICOS	0,7	0,2	0,1
• ANTICOLINÉRGICOS	0,5	0	0
• MERLA	0,2	0	0
• HEROÍNA	0,1	0	0

Fonte: CEBRID (via UNODC).

Quanto ao uso específico do crack, Dias (2010) destaca que há dois levantamentos domiciliares (CARLINNE et al., 2007, apud DIAS, 2010). Nestes, nos dados de 107 cidades, a notificação

do uso na vida foi de 0,4% e maior utilização por homens de 25 a 34 anos. No segundo levantamento, registrou-se 0.7% de uso na vida para crack no Brasil, enquanto que a região sul 1,1% de uso e sudeste 0,9% de uso na vida. Ainda que o uso por homens seja maior, houve um aumento de consumo entre as mulheres. Na população em situação de rua das capitais, os índices de uso variam entre 15% e 26%, de acordo com a cidade (NOTO et al., 2003, apud DIAS, 2010).

Outro dado importante para pensarmos em políticas públicas é sobre o uso de crack ao longo da vida, em que foi apontado por usuários um uso ao longo dos 15 últimos anos; e fundamental, pesquisas apontam que no caso de mortes envolvendo crack, grande parte dessas mortes se deve por homicídios e por casos decorrentes de HIV. Na pesquisa de Dias (2011) sobre pacientes que saíram de tratamento nos últimos 12 anos, foi apontado que entre os sujeitos da sua pesquisa (N=131), 43 (32.8%) estavam abstinentes no último ano; 22 (16.8%) usavam crack; 13 (10%) estavam presos; 2 (1,5%) estavam desaparecidos e 27 morreram (20.6%). Para a causa da morte, a pesquisa aponta homicídio (n=16) HIV/AIDS (n=6), overdose (n=3), afogamento (n=1), e hepatite B (n=1).

De acordo com esses dados, pode-se questionar o *slogan* “crack mata” e perguntarmos: “Quem mata o usuário de crack?”. Aqui, a questão da ilegalidade da droga e das condições sociais do uso são centrais nesse cenário.

Aspectos psicológicos

Nesta segunda parte do capítulo, o foco é a identificação das necessidades psicológicas e sociais dos usuários de crack e de outras drogas.

Um primeiro ponto que precisa ser clarificado é que nenhum aspecto é um determinante exclusivo para o uso, abuso ou dependência de qualquer droga. Como sabemos, o uso de drogas se dá em todas as classes sociais, entre homens, mulheres e LGBTs, todas as raças e etnias, todos os credos, com famílias estruturadas e desestruturadas e em todas as formas de estruturas psíquicas dos sujeitos.

Porém, considerando alguns desses aspectos, podemos apontar a importância do contexto social para o uso de drogas, as diferenças dos usos, e riscos envolvidos de acordo com esse contexto. Ainda, no caso do crack, vemos o risco de uma inversão da problemática, em que, em alguns discursos cotidianos, muitas vezes obscurecem o problema da falta de condições estruturais em que esses sujeitos estão inseridos e simplesmente culpam a droga crack pela sua condição geral, sendo necessária, portanto, uma análise mais complexa dessa conjuntura, como apontaremos no fim do capítulo.

O crack é utilizado por todas as classes sociais, porém, algumas pesquisas apontam uma porcentagem maior de usuários em situação de rua comparada a outras classes sociais. Nessas situações de marginalidade, alguns perfis foram levantados em pesquisa:

Predominantemente do sexo masculino, adulto jovem (entre 20 e 30 anos), solteiro, inserido no mercado informal de trabalho ou em situação de desemprego. Verifica-se baixa escolaridade (ensino fundamental ou menos) e modesta condição sócio-econômica. Para a maioria, o crack não constitui primeira substância de consumo, embora a sequência de drogas até que se chegue ao crack tenha decrescido, dentre os mais jovens (SANCHES; NAPPO, 2002 apud DIAS, 2010).

Outra característica bastante presente é o uso de múltiplas substâncias (lícitas e ilícitas)" (DIAS, 2010, p. 36). E como já apontado, há um número crescente de mulheres usuárias. Também é relevante apontar os efeitos do racismo nesse contexto.

Centrando na questão de homicídios de jovens, um dado importante epidemiológico é que houve um aumento considerável de homicídios no Brasil. Malvasi (2012, p. 32) descreve que:

Índice de Homicídios de Adolescentes (IHA) divulgado em julho de 2009 aponta para o fato de que metade das mortes de jovens brasileiros entre 12 e 19 anos são causadas por homicídio. E a mesma pesquisa prognostica que, seguindo os números de 2006, entre o ano citado e 2012, aproximadamente 33 mil (trinta e três mil) adolescentes morrerão por homicídio (UNICEF, 2009 apud MALVASI, 2012).

Questões de gênero

A questão de gênero e sexualidade é fundamental nesse campo, tanto em relação às mulheres, quanto em relação às lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, e outros (LGBT). Em relação às mulheres, nota-se um maior estigma, silêncio e vergonha, e em decorrência disso um uso muitas vezes invisível de drogas.

É sabido que o grupo mais medicamentado com drogas psiquiátricas (antidepressivos em particular) é o de mulheres. Essa hipermedicalização leva a algumas questões: as mulheres procuram mais serviços médicos; os médicos e médicas medicalizam mais as mulheres devido a ideias prévias sobre a mulher; as mulheres sofrem mais pressão social; o medicamento é utilizado para silenciá-las; o uso do medicamento é mais adequado para mulheres do que as drogas usadas publicamente (incluindo também o álcool) (ETTORE; RISK, 1995).

No caso do crack, há relatos de mulheres que começaram a usar com seus parceiros e é apontada em pesquisa uma grande violência contra mulheres usuárias de crack. Sobre as características de grupos específicos de usuários de poder aquisitivo baixo, Dias (2010, p. 38) aponta que essas mulheres têm “precária formação escolar (ensino fundamental incompleto); pouca idade (abaixo de 30 anos); má remuneração ou desemprego; e dificuldades no acesso aos serviços de saúde. Consideradas “boas pagadoras”, não costumam contrair dívida de droga. Como uma das formas possíveis (mas não a única) de manterem o consumo; podem recorrer a práticas de troca de sexo por dinheiro ou crack (“trocar-se por pedra”) (SILVA, 2000).

É importante ressaltar que pesquisa, prevenção e tratamento são normalmente ainda baseados no homem. O estigma e preconceito contra a mulher é muito pronunciado; e é visto que algumas políticas públicas para mulheres acabam sendo punitivas (por exemplo, em relação à maternidade, onde as mulheres são normalmente vistas como más mães ou más mulheres).

Em relação ao uso de crack durante a gestação, estudos indicam que o uso pode trazer danos ao feto, porém, os bebês não são dependentes de drogas e

não há comprovação científica de que eles desenvolvam abstinência na ausência do crack. Os sinais e sintomas que eles podem apresentar durante o período neonatal estão mais relacionados a alterações nas substâncias químicas do cérebro (neurotransmissores), que poderão ser ou não temporárias (www.brasil.gov.br).

Em políticas públicas são notadas práticas de retirada de bebês recém-nascidos das mulheres usuárias de crack. Porém, essa prática deve ser revista, pois não são todas as mulheres que não têm vínculo com o seu bebê, sendo necessário oferecer alternativas como moradia e apoio à família, e atentando em particular para a diferença entre a situação de pobreza e o uso de drogas, como apontado por Dartiu da Silveira (2012)

O problema da cracolândia não é a droga, mas a falta de acesso à moradia e à saúde. A criança vai ser tirada da mãe porque ela é miserável e está na rua. Há um uso indevido do argumento de que é a droga [o problema] para justificar a retirada de um filho de uma mãe porque ela é pobre.

Condições sociais

Na análise de casos de usuários de baixo poder aquisitivo, retratados com frequência na mídia, apontamos que essas pessoas estão inseridas num meio social extremamente carente, aliadas a um preconceito e estigma do usuário de crack. É interessante notar, em primeiro lugar, como a problemática da falta de condições estruturais básicas (moradia, escola, trabalho, saúde) normalmente não aparece na mídia ou na falta das políticas públicas, mas sim o crack aparece como problema exclusivo e descontextualizado. É, portanto, fundamental promover uma análise mais complexa da situação em que esses sujeitos se encontram e rever as condições estruturais primárias básicas desses sujeitos e promoção de cidadania.

Em segundo lugar, é fundamental fomentar trabalhos para a diminuição do preconceito com usuários de crack e de outras drogas ilegais. Como aponta Malvasi (2012, p. 245),

o consenso moral em torno do problema das drogas ilícitas – que alimenta a violência social e política contra jovens moradores de bairros de baixa renda – carece de questionamento.

Formas de tratamento

Para finalizar, é relevante apontar que existem diversas formas propostas para tratamento do usuário do crack. Essas perspectivas mostram diferentes entendimentos de sujeito e de posturas éticas, como a patologia, psicanálise, redução de danos, psiquiatria, consultórios de rua, tratamento ambulatorial, internação, comunidades terapêuticas, narcóticos anônimos, entre outros.

Para a psicanálise e algumas escolas existenciais da psicologia, entre outras, a causa e a forma do uso da droga é vista na história do sujeito, pelo sentido que este faz da droga (GIANESI, 2002). Alguns psicanalistas focam na relação do gozo (LOOSE, 2002) e alguns refletem sobre o objeto droga enquanto objeto fetiche (GURFINKEL, 1996). Gurfinkel sugere, baseado no trabalho de Piera Aulagnier, que na drogadição há um tipo de relação – uma relação assimétrica – e fixação no objeto. Há também os que focam na transgressão do uso da droga e na repetição e a relação, como vemos também no trabalho de Olievenstein et al. (1989, p. 18):

Deste perto e deste longe, desta transgressão inútil nasce a necessidade da dependência, cuja função é a de mantê-lo afastado de tudo isso, que lhe traz impotência e desespero. A utilização do produto, quando o prazer deixa de ser onipresente, tem por finalidade ordenar. Lá, onde só havia a incerteza dolorosa, existe agora a certeza da repetição. O importante, na dependência, é que nela se pode afirmar, a cada vez novamente, a fantasia do desejo.

O não-dito do toxicômano é o portador de um saber: este saber é que, se de uma maneira evidente, a dependência restringe a liberdade do homem, em um movimento contrário, ela o emancipa de toda uma série de medos, fantasias e incomplezas, de imagens parciais, que são seu quinhão desde a fratura inicial. E.W.Burroughs diz que 'prazer da droga é viver sob a lei do hábito'.

Já as psicologias cognitivas e behavioristas normalmente têm como foco o comportamento do uso da droga e sua mudança. Para a psiquiatria, como antes apontado, a drogadição é uma doença mental e normalmente o tratamento envolve uso de medicamentosas.

Outro conhecido programa é o Narcóticos Anônimos, conhecido também como 12 passos. De tradição religiosa cristã, visa a abstinência total. Aqui, alguns autores apontam o problema do

contexto religioso, que não incorpora todas as religiões, credos e pessoas ateias. Ainda, alguns desses grupos entendem a homossexualidade como pecado, o que é um obstáculo para o acesso para a população LGBT (ETTORRE, 2005). Esses aspectos também são vistos em um número de comunidades terapêuticas atuais, porém, no caso das comunidades terapêuticas espirituais (muitas são evangélicas), há também um paradoxo quando estas são financiadas pelo Estado, pois o Estado deve garantir a laicidade dos seus serviços. Um outro aspecto relacionado a políticas públicas é que no ano de 2012 houve uma série de denúncias sobre internações compulsórias.

É relevante apontar que algumas das comunidades terapêuticas foram inspecionadas pelo Conselho Federal de Psicologia, que desenvolveu um relatório apontando uma série de irregularidades. No relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas, realizada em 68 instituições, algumas comunidades não tinham acompanhamento psicológico, assim como apresentavam: condições precárias, uso de mão-de-obra não remunerada, proibição de visitas íntimas, 6 meses de internação, desrespeito a outros credos, adolescentes sem acesso à rede de educação, retenção de documentos, punições, isolamento da família e amigos.

Um último aspecto que levantamos referente às políticas públicas envolve a redução de danos. A redução de danos

é um conjunto de estratégias de promoção de saúde e cidadania construídas para e por pessoas que usam drogas, que buscam minimizar eventuais consequências do uso de drogas lícitas ou ilícitas, sem colocar a abstinência como o único objetivo do trabalho em Saúde (PETUCO, 2012, p. 128-129).

A abstinência não é o único objetivo, porém, obviamente ela está também no horizonte do trabalho de redução.

Essa iniciativa nasceu nos anos 90, na Inglaterra, depois Holanda e Estados Unidos, inicialmente com o objetivo da redução da transmissão do HIV por usuários de drogas injetáveis. A redução de danos procura diminuir o uso de drogas e dos danos relacionados a ele. Os principais elementos são: pragmatismo, direitos humanos, diálogo e saúde pública (INCIARDI; HARRISON, 2000).

No contexto da redução de danos, há diversas estratégias para o crack, como a atenção e o cuidado do corpo e seus limites, a

diminuição do uso excessivo, entre outros, e no caso da proteção corporal, há aparatos como protetores labiais e piteiras de silicone, atenção para não compartilhar cachimbos e utilização de alumínio, etc.

Os protetores labiais protegem contra desidratação, rachaduras e queimaduras auxiliando, inclusive, na cicatrização. Já as piteiras de silicone permitem que um mesmo cachimbo seja compartilhado, contanto que as mesmas se conservem como material de uso individual (são práticas de guardar e transportar). Filtros para os cachimbos também vêm sendo testados como “barragem” às partículas sólidas absorvidas, quando do uso de crack (provocando problemas respiratórios). O compartilhamento de cachimbos pode aumentar vulnerabilidades para quadros como tuberculose, herpes e hepatites (DIAS, 2010, p. 26-27).

Conclusões

É consenso que os usuários de crack, muitos deles marginalizados, sofrem preconceito. Quanto aos usuários que vivem em condições sociais precárias, é importante notar que, ao mesmo tempo, essa condição corrobora também para o seu uso. É fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que fomentem condições estruturais básicas, assim como o trabalho para a diminuição do preconceito e estigma direcionados para esses usuários. Vale ressaltar também que o crack, assim como outras drogas, é ilegal, trazendo outras consequências ao usuário, tanto do contato com o crime, quanto do consumo de substâncias sem controle de qualidade.

Ainda, como indicado, é fundamental o enfoque crítico nas políticas públicas voltadas à drogadização, e a necessidade em se considerar as especificidades de gênero, sexualidade, classe, raça e idade. Em relação à gênero e sexualidade (ETTORE; RISK, 1995; CAMPBELL, 2000; ETORE, 2005), é importante a atenção à violência que sofre a mulher usuária de crack, à hiperprescrição de drogas psiquiátricas (antidepressivos) para mulheres, a relação entre uso de drogas (incluindo álcool) e violência de gênero, e à estigmatização. Para concluir, é portanto, ressaltada aqui a importância em se desenvolver pesquisa, prevenção, tratamento e políticas públicas que considerem gênero, sexualidade, classe, raça, idade e suas intersecções.

Referências

- BERRIDGE, Virginia; EDWARDS, Griffith. **Opium and the People** - Opiate Use in Nineteenth Century England. London: Yale University Press and New Haven, 1987.
- BUCHER, Richard. **Drogas e drogadição no Brasil**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos**: locais de internação para usuários de drogas. Brasília: CFP, 2011.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Disponível em: <FP: <http://drogasecidadania.cfp.org.br/episodio-02-crack-epidemia-ou-sintoma/>.> Vídeo.
- CAMPBELL, Nancy. **Using women** – Gender, drug policy and social justice. London: Routledge, 2000.
- COURTWRIGHT, David T. **Forces of habit**: drugs and the making of the modern world. Havard: Harvard University Press, 2001.
- DALLY, Ann. Anomalies and mysteries in the war on drugs. In: POTTER, Roy; TEICH, Mikulas (ed.). **Drugs and narcotics in history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 199-215.
- DAVIES, John B. **The myth of addiction**. Amsterdam: Harwood academic publishers, 1997.
- DIAS, Andrea et al. Mortality rate among crack/cocaine dependents: a twelve year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, issue 3, p. 273-278, 2011.
- DIAS, Andrea. **Estudo longitudinal que acompanhou o percurso de dependentes de crack ao longo de 12 anos**: perfil, evolução da coorte, trajetórias de consumo e principais desfechos após a alta de um episódio de internação. Tese (Doutorado) - Unifesp, São Paulo, 2010.
- DIAS, Andrea et al. Follow-up study of crack cocaine users: situation of the patients after 2, 5, and 12 years. **Substance Abuse**, v. 29, n. 3, 2008.
- DOUGLAS, Mary (ed.). **Constructive drinking** – Perspectives on drink from anthropology. Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
- ESCOHOTADO, Antonio. **Historia de las drogas**. Madrid: Alianza Editorial, 1998. 3v.
- ETTORRE, Elizabeth (ed.). **Making lesbians visible in the substance use field**. Binghamton: Harrington Park Press, 2005.

ETTORRE, Elizabeth; RISKI, Elianne. **Gendered moods**: psychotropics and society. London: Routledge, 1995.

GIANESI, Ana Paula Lacorte. **Toxicômano?** Considerações psicanalíticas sobre a toxicomania, o objeto droga e o sujeito da psicanálise. Dissertação (Mestrado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GORGULHO, Mônica. **Drogas e sociedade**. Álcool e outras drogas. São Paulo: CRP, 2011.

GURFINKEL, Décio. **Sujeito quase**: o drogar-se e a escravidão. Petrópolis: Vozes, 1996.

GURFINKEL, Décio. A droga e a coisa: sobre a delimitação do conceito de toxicomania. In: COHEN, C.; FERRAZ, F. C. ; SEGRE, M. (ed.). **Saúde mental, crime e justiça**. São Paulo: Edusp, 1996. p. 225-238.

ILLICH, Ivan. **Limits to medicine** – Medical nemesis: the exploration of health. London: Marion Boyars, 1995.

INCIARDI, James; HARRISON, Lana. **Harm reduction**: national and international perspectives. London: Sage, 2000.

KEANE, Helen. Adventures of the addicted brain. **Australian Feminist Studies**, v. 14, n. 29, p. 63-76, 1999.

LABATE, B. et al. **Drogas e cultura**: novas perspectivas. EDUFBA: Salvador, 2008.

LENSON, David. **On drugs**. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1995.

LOOSE, Rik. **The subject of addiction** – Psychoanalysis and the administration of enjoyment. London: Karnac, 2002.

MALVASI, Paulo Artur. **Interfaces da vida loka**: um estudo sobre jovens, tráfico de drogas e violência em São Paulo. Tese (Doutorado em Saúde Pública). 2012.

MCDONALD, Maryon. **Gender, drink and drugs**. Oxford: Berg, 1994.

MOUNTIAN, Ilana. **Cultural ecstasies**: drugs, gender and social imaginary. Londres: Routledge, 2012.

MUSTO, David F. **The american disease**: origins of narcotic Control. Oxford: Oxford University Press, 1999.

OLIEVENSTEIN, Claude et al. **A clínica do toxicômano**: a falta da falta. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PARASCANDOLA, John. The drug habit: the association of the word 'drug' with abuse in American History. In: POTTER, Roy ; TEICH, Mikulas (ed.). **Drugs and narcotics in history**. Cambridge: Cambridge University Press, 1996. p. 156-167.

PETUCO, Denis. **Redução de danos**. Álcool e outras drogas. São Paulo: Conselho Regional de Psicologia, 2012. p. 127-138

ROSE, Nikolas. Medicine, history and the present. In: JONES, Colin; PORTER, Roy (ed.). **Reassessing Foucault** - power, medicine and the body. London: Rotledge, 1994.

SEDGWICK, Eve Kosofsky . Epidemics of the will. In: CRARY, Jonathan; KWINTER, Sanford (ed.). **Incorporations**. New York: Zone, 1992. p. 582-595.

SOUTH, Nigel. Debating drugs and everyday life: normalisation, prohibition and 'Otherness'. In: SOUTH, Nigel (ed.). **Drugs - cultures, controls and everyday life**. London: Sage, 1999. p. 1-16.

SILVEIRA, Dartiu da. **Em maternidade para viciada em crack, mãe tem alta, mas bebê fica**. 2012. Disponível em:
<<http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/1198702-em-maternidade-para-viciada-em-crack-mae-tem-alta-mas-bebe-fica.shtml>>

VARGAS, Eduardo Viana. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In: LABATE, Beatriz C.; GOULART, Sandra; FIORE, Mauricio; MACRAE, Edward; CARNEIRO, Henrique (org.). **Drogas e cultura**: novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008. p. 41-65

WHITE, William L. Lessons of language: historical perspectives on the rhetoric of addiction. In: TRACY, Sarah W. ; ACKER, Caroline Jean (ed.). **Altering american consciousness** – the history of alcohol and drug abuse in the United States, 1800-2000. Minnesota: University of Massachusetts Press, 2004. p. 33-60.

WORD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Lexicon of alcohol and drugs terms. Geneva: WHO, 1994. Disponível em:
<<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544686.pdf>>

XIBERRAS, Martine. **A sociedade intoxicada**. Lisboa: Instituto Piaget, 1989.

Vulnerabilidade, modelos de intervenção e busca de potencialidades

*Raquel Barros
Valéria Cristina Antunes Lisboa*

Definição de vulnerabilidade e sua aplicabilidade ao uso e abuso de álcool e outras drogas

Atualmente, na área da saúde, mais precisamente em estudos relacionados à saúde coletiva, é comum a utilização do termo vulnerabilidade para explicar os aspectos que influenciam no surgimento de algum sintoma ou doença em determinada população ou grupo. De certa maneira, pode-se dizer que o emprego do conceito de vulnerabilidade em nosso país e na área da saúde é relativamente novo, sendo as primeiras aparições do conceito observadas em estudos sobre Aids, na década de 80 (MANN et al., 1996).

A palavra vulnerabilidade, em linhas gerais, é empregada para definir a condição de vulnerável de um objeto, ação ou sujeito. Vulnerável é um adjetivo que corresponde a algo que se encontra passível de ser atingido. Neste sentido, pode-se inferir que ser vulnerável implica em estar sujeito ou exposto a uma situação ou evento ao qual o indivíduo pode vir a ser atacado ou atingido. Na área da saúde, estar vulnerável se traduz em estar exposto a eventos que podem favorecer ao surgimento de algum sintoma ou doença.

Com base em Ayres (1996), pode-se dizer que quando se aplica o conceito de vulnerabilidade a um determinado grupo, principalmente na área da saúde, subentende-se que tal população ou grupo em questão se encontra fragilizado ou sem contingência

em diversos aspectos de sua vida que favorecem ao seu adoecimento como um todo. Em outras palavras, uma população pode estar vulnerável a situações ambientais, emocionais, sociais, culturais, políticas, familiares e físicas entre outras, dando a ideia de exposição a situações desfavoráveis e iatrogênicas em que tal grupo se encontra e que pode favorecer ao adoecimento biopsicossocial.

Outro fator importante é a tentativa errônea de compreensão dos aspectos considerados de vulnerabilidade, dando a conotação de uma relação linear e causal, negando as implicações de diversos aspectos que, se integrados, podem influenciar no adoecimento. Nesse sentido, faz-se necessário pensar nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais (que aqui engloba relações, ambiente, cultura, economia e políticas públicas), assim como a capacidade de atuação do próprio sujeito, e que estes aspectos se interagem e inter-relacionam entre si, sendo tal compreensão ferramenta essencial para descrição de um fenômeno, assim como para a elaboração de planos de intervenção nas esferas individual e coletiva (CAMPOS et al., 2006).

Pensar em saúde implica em questionar a interação desses aspectos citados acima e integrá-los com as condições internas do sujeito. Spink (2003), em seus estudos, trabalha o conceito de fatores de produção e coprodução para se pensar em saúde. Nesse sentido, podemos integrar os fatores de risco, que são compreendidos na ótica da exposição, portanto da vulnerabilidade, sendo estes considerados fatores de produção, assim como os fatores inerentes ao ser humano e sua corresponsabilidade para consigo mesmo, ou seja, o seu fator de coprodução frente ao ambiente em que vive.

Um exemplo desses conceitos relacionados ao uso e abuso de substâncias tais como crack, álcool e outras drogas pode ser pensando na seguinte perspectiva: dois indivíduos em situação de vulnerabilidade, expostos a eventos iatrogênicos, como negligência familiar, alcoolismo na família, falta de acesso à saúde e educação e negligência social, entre outros, em que um dos indivíduos acaba por usar e abusar de álcool e crack, mas o outro não. O que difere tais sujeitos? Pensar nos fatores de produção e coprodução se torna uma ideia viável para compreensão e para a elaboração de estratégias de intervenção.

Com base nestas concepções, pensar em uso e abuso de álcool e outras drogas implica em pensar nos fatores que favorecem ao uso (vulnerabilidade às drogas), assim como nas consequências

que a exposição às drogas trazem ao ser humano (vulnerabilidade por exposição às drogas).

Então, podemos definir vulnerabilidade em dois momentos:

1 Vulnerabilidade às drogas: fatores que favorecem a exposição de um sujeito ou grupo ao uso ou abuso de substâncias lícitas ou ilícitas.

Dentre os fatores de risco temos:

– vulnerabilidade física: embora seja alvo de controvérsias no meio científico, a presença de alguns fatores biológicos podem estar presentes nos casos de dependência química. Alguns estudos ressaltam que filhos de dependentes químicos apresentam maior probabilidade para o desenvolvimento de comorbidades psiquiátricas, assim como para o uso de substâncias psicoativas, sendo observado uma probabilidade de até 4 vezes mais chances de serem dependentes químicos quando comparados com filhos de pais não alcoólatras, sinalizando, assim, a interação dos aspectos biopsicossociais como fator de risco (WEST, 1987, MERIKANGAS et al., 1985, FURTADO et al., 2002);

– vulnerabilidade familiar: falta de contingência familiar, dificuldades de relacionamento intrafamiliar, desorganização familiar com papéis indefinidos no ambiente (criança fazendo função do adulto, por exemplo), histórico familiar de alcoolismo ou uso de outras drogas por parte dos pais, violência física, psíquica e sexual no ambiente familiar e abandono, entre outros (HALPERN, 2002);

– vulnerabilidade social: ambiente social violento, violência urbana, violência física e psíquica no ambiente extrafamiliar, dificuldades de acesso à saúde e educação, falta de rede de apoio a famílias em situação de risco, falta de emprego, narcotráfico, tráfico de armas nos grandes centros, influência cultural (legitimação do álcool como forma de prazer, comemoração e inserção a grupos sociais, por exemplo, assim como o uso de medicações para fins estéticos para perda de peso, antidepressivos para enfrentamento de eventos cotidianos percebidos como destrutivos, entre outros), falta de políticas públicas eficazes e economia;

– vulnerabilidade psíquica: características individuais resultantes de vivências de situações de violência não elaboradas

que acabam por se configurar no psiquismo como experiências traumáticas, como traumas decorrentes da exposição à violência física, psíquica ou sexual, necessidade de aceitação, baixa autoestima, falta de referência, labilidade emocional e comorbidades psiquiátricas.

2 Vulnerabilidade decorrente da exposição às drogas: fatores secundários resultantes da exposição ao álcool e outras drogas, tais como:

– vulnerabilidade física: lesões orgânicas, como doenças gastrointestinais, metabólicas e do sistema nervoso central, entre outras, que podem variar de acordo com o grau de exposição e o tipo de substância psicoativa à qual o sujeito está exposto. Vale salientar também que, de acordo com o grau de exposição e o tipo de droga utilizada, pode favorecer a baixa resistência física do sujeito, favorecendo o surgimento de doenças, como a tuberculose. Já o uso de drogas injetáveis e o de crack pode levar as pessoas a contraírem doenças infectocontagiosas, como Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, devido à dificuldade de discernimento para a proteção física necessária para a não contaminação;

– vulnerabilidade psíquica: necessidade de uso de substâncias psicoativas como forma de encorajamento, enfrentamento e aumento das potencialidades para lidar com as situações cotidianas para se sentir melhor (alívio das tensões) ou para fazer parte de um grupo. Na prática, é muito comum observarmos pessoas relatarem que se não ingerirem bebida alcoólica o suficiente para relaxarem ou para se fortalecerem, estas não conseguem se integrar a um grupo. Outros dizem que se não fumarem pelo menos um cigarro de maconha por dia, não conseguem dormir e nem relaxar, entre outros exemplos;

– vulnerabilidade social: aqui pode-se ressaltar os efeitos decorrentes do uso e abuso do álcool e outras drogas no âmbito social. Dentre as consequências encontram-se a falta de inserção no ambiente de trabalho, perda de emprego, perda de moradia, vivência de habitar nas ruas nos casos mais graves, marginalidade, vivência no narcotráfico, prostituição, exclusão social, falta de acesso à educação, entre outras. Também é viável descrever que o abuso de álcool e algumas drogas psicoativas como os “rebites”, usados por

motoristas de caminhões, influenciam consideravelmente nos acidentes de trânsito em nosso país;

– vulnerabilidade familiar: a falta de convívio familiar se torna uma das questões mais presentes em discursos de pessoas que se encontram em situação de dependência de substâncias psicoativas. É muito comum casos em que o uso e abuso de álcool e outras drogas acabem por desestruturar o ambiente familiar, aumentar a exposição à violência familiar, como agressões intrafamiliares, influenciar negativamente no desenvolvimento dos filhos, entre outros aspectos (GROVES, 2002).

Portanto, estas duas vertentes, referentes tanto aos fatores que influenciam ao uso quanto aos fatores que emergem devido à exposição às drogas, são de fundamental importância para o gerenciamento dos casos de uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Vistas as questões relacionadas tanto à vulnerabilidade quanto aos fatores de proteção, é lícito pensar nas estratégias de intervenções que se baseiam nessas duas vertentes.

Possibilidades de intervenção baseadas na (re) inserção social, tendo como estratégia o resgate das potencialidades do usuário de álcool, crack e outras drogas

Muitas são as intervenções possíveis com relação ao uso, abuso e dependência de drogas. Para tanto, é necessário conhecer o usuário e oferecer a ele um conjunto de intervenções para que desestimele a sua relação com a droga. Abaixo, apresentam-se as principais intervenções relacionadas ao uso de drogas.



Estas estratégias de intervenção são dirigidas às pessoas que: nunca consumiram drogas, consomem drogas ou abusam delas e aquelas que vivem relações de risco relacionadas ao uso de drogas, mas não satisfazem os critérios diagnósticos da dependência.

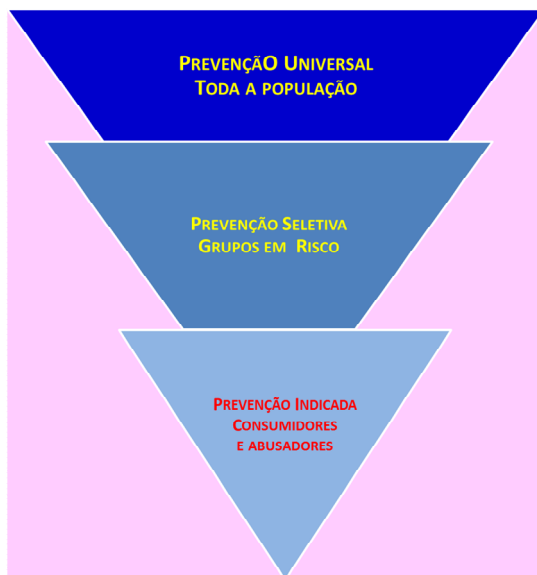
Para um bom trabalho de prevenção deve-se manter o foco na diminuição dos fatores de risco e no aumento dos fatores de proteção (resiliência do indivíduo).

Com relação às estratégias de intervenção, os processos preventivos devem ser integrados às ações de saúde e de assistência social e estar adaptados a diferentes grupos. As estratégias de prevenção estão divididas em 3 momentos:

- **Prevenção Universal:** refere-se ao conjunto de ações, iniciativas ou estratégias, que abarcam uma população em sua totalidade, com a intenção de prevenir ou retardar o início do uso de drogas ou de outras condutas de risco. O fato de dirigir-se a grandes grupos de pessoas faz com que o seu custo seja mais baixo que as demais prevenções, porém são muito difíceis de avaliar.
- **Prevenção Seletiva:** este tipo de estratégia de prevenção é destinada a grupos que já apresentam risco de consumo de drogas, como jovens e mulheres. As características de cada grupo podem se dar a partir de fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, os quais se caracterizam como fatores de risco. São indicadas, principalmente, para a prevenção do **abuso** das drogas. É necessário que se conheçam detalhadamente os fatores de risco que estão submetidos a esses grupos, com o intuito de desenvolver uma ação eficaz. Para estabelecer ações estratégicas para jovens e adolescentes deve-se considerar as características da adolescência.
- **Prevenção Indicada:** são aquelas atividades que desenvolvem as pessoas que já fazem uso de drogas, mas que ainda não apresentam os critérios diagnósticos de dependência. São os consumidores de drogas ainda no início do uso.

Desta maneira, tais estratégias são desenvolvidas para diminuir ou para parar o uso das drogas e devem, portanto, ser intervenções longas e intensivas a fim de obterem-se resultados satisfatórios. Já para desenvolver atividades de prevenção indicada é necessário que os profissionais tenham conhecimento específico sobre questões relacionadas ao uso de drogas, assim como as vulnerabilidades do grupo com o qual se estão trabalhando.

Esquema das estratégias de intervenção



Tratamento:

O termo tratar significa oferecer instrumentos para que o dependente de drogas mude seu comportamento e deixe de usá-las. Como a dependência é um fenômeno polimórfico é necessário que cada estratégia de tratamento seja personalizada.

Segundo a OMS (30º Informe del Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, Serie de Informes Técnicos), o termo "tratamento" se aplica ao "processo que começa quando os usuários de substâncias psicoactivas entram em contato com um serviço de saúde ou serviço comunitário e pode continuar, através de uma

sucessão de intervenções concretas, até que se alcance o nível de saúde e bem estar mais alto possível”.

As entrevistas iniciais, as avaliações, os diagnósticos, as intervenções e o tratamento em si são partes de um processo que dividido em etapas e, sim, faz parte de um processo contínuo de atenção. Compreender esta realidade é importante para poder tomar decisões referentes a cada momento do processo.

Hoje, sabe-se que o melhor tratamento é aquele que engloba várias estratégias e em vários níveis para que possam atender à especificidade da relação usuários x droga.

Tipos de Tratamento:



- Psicoterapia individual: é ideal para potencializar os processos de mudança no indivíduo a partir do vínculo que se estabelece na relação com o terapeuta. As mais frequentes são psicoterapia psicodinâmica, psicoterapia breve ou focal, terapia cognitivo comportamental e psicoterapia de base psicanalítica. Dentre estas, a Terapia Cognitiva Comportamental se propõe a modificar as “distorções” cognitivas do processo que leva à dependência. Já a Terapia Breve, é uma forma de intervenção que considera o estágio em que a pessoa

está em seu uso de droga. Os estágios podem ser: pré-contemplação, contemplação, preparação para ação, ação e manutenção.

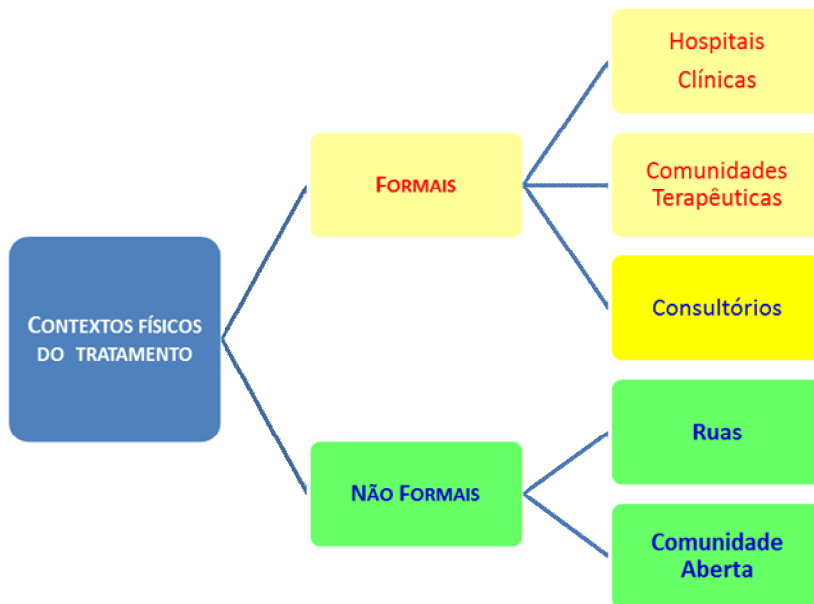
- **Terapia de grupo:** são conduzidos por um profissional capacitado e pode ser aberto, fechado, dirigido ou não dirigido, dependendo a escolha da técnica de intervenção, de acordo com a orientação do profissional a partir da análise do movimento do grupo objeto de intervenção.
- **Terapia familiar:** inclui a família do paciente. É importante que a equipe envolvida faça um diagnóstico inicial antes de iniciar o processo psicoterápico das famílias. Dentre as técnicas de terapia familiar pode-se citar a Terapia sistêmica da família, que considera a dependência uma manifestação da disfunção do funcionamento familiar e que deve ser tratada como tal para resgatar a funcionalidade da mesma com papéis mais claros e definidas na dinâmica familiar;
- **Grupos de autoajuda:** os grupos de autoajuda são uma boa ferramenta para quem quer deixar de consumir. Tal grupo é disponível para qualquer pessoa que deseje parar de consumir e assistir às reuniões. São grupos autônomos, que se mantêm através de colaborações e voluntariado de seus membros.
- **Prevenção de recaídas:** a tendência natural da dependência são as recaídas. Existem técnicas que reforçam a capacidade de manter a recuperação e prevenir a recaída.
- **Comunidade terapêutica:** ambiente residencial protegido, técnica e eticamente orientado, cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Seu objetivo é recuperar os internos, resgatando sua cidadania, buscando sua reabilitação física e psicológica e a reinserção social. Deve haver uma participação ativa dos internos na própria terapia e, dentro de limites, no governo da comunidade. Ainda com relação às

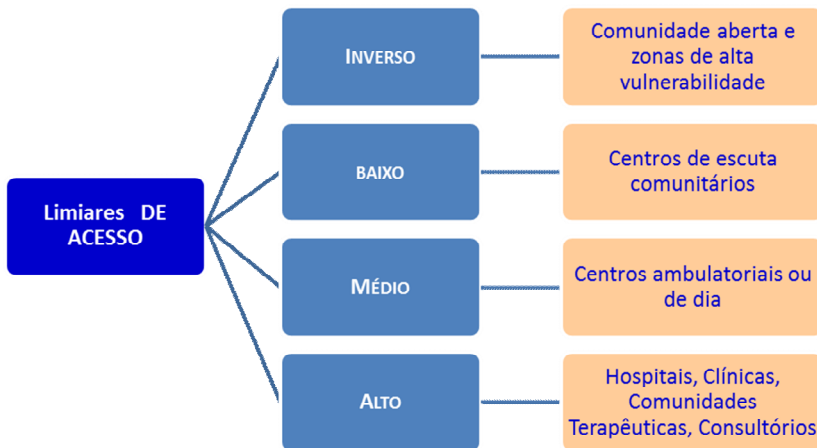
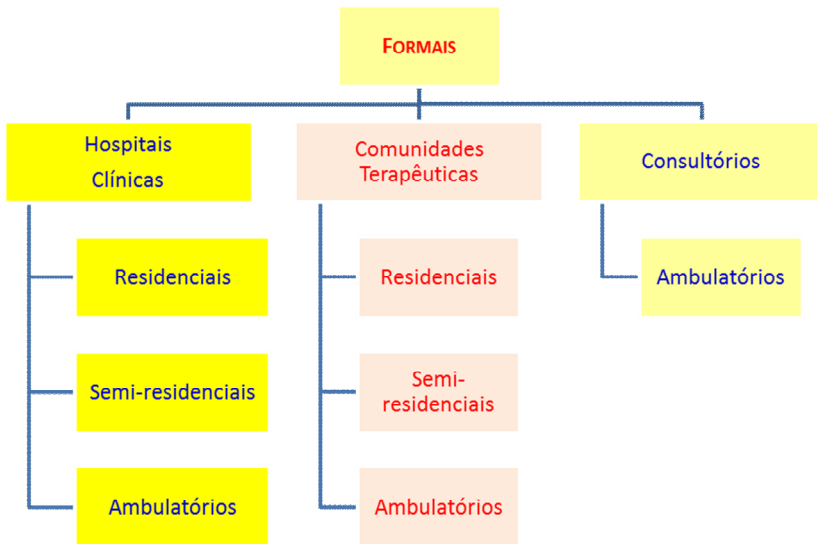
comunidades, Elena Goti (1997) ressalta que existem algumas características para o funcionamento de uma comunidade terapêutica. Dentre elas, pode-se citar:

- deve ser aceita voluntariamente por parte do paciente;
 - não se destina a todo tipo de dependente;
 - deve reproduzir a realidade exterior para facilitar a reinserção;
 - ter um modelo de tratamento residencial;
 - meio alternativo estruturado;
 - atuar através de um sistema de pressões artificialmente provocadas;
- **Ambulatório:** são centros que oferecem tratamento em regime ambulatorial. Hoje, os centros ambulatoriais da política pública brasileira são chamados de CAPS AD – Centro de Atenção Psico Social, Álcool e Drogas.
- **Atividade de rua:** são atividades que se realizam nas ruas e nas comunidades com o objetivo de se aproximar dos usuários e promover saúde, além de fazer uma ponte entre o usuário e os serviços existentes. Podem ser independentes (em lugares públicos, ruas, rodovias e etc) ou itinerantes (estão relacionados a uma instituição, como territórios jovens, centros de escuta). No Brasil, estas atividades são desenvolvidas pelos grupos do consultório na rua e pelos redutores de danos.
- **Farmacoterapias:** é a prescrição de medicamentos para tratar a dependência. Geralmente são ministrados medicamentos para a compulsão, para a síndrome de abstinência ou para sintomas aversivos;
- **Redução de danos:** é uma estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública, que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. Aplica-se aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas. A Portaria n. 1.028, de 1º de julho de 2005, do Diário Oficial da União, define à redução de danos uma política pública nacional.

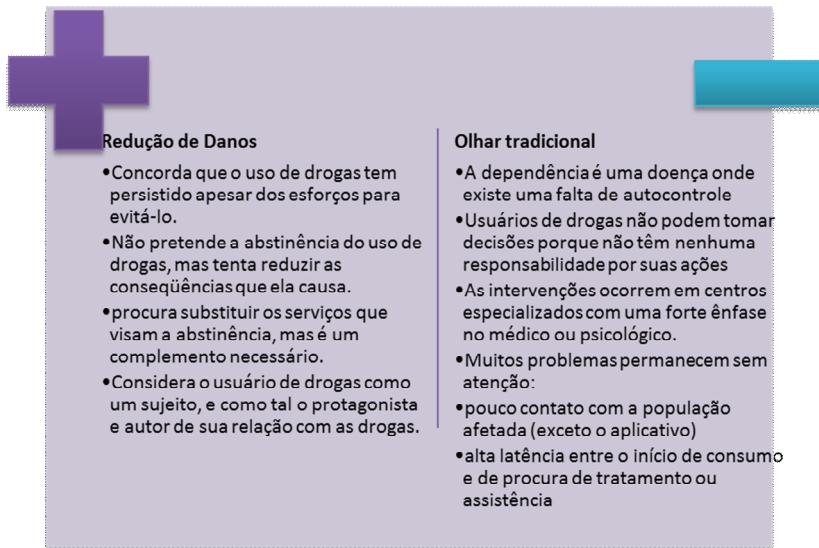
- **Repressão:** é necessário, também, além de reduzir a demanda pela droga, reduzir a oferta por parte do traficante (mediante a repressão). Uma repressão efetiva deve atingir a economia do crime organizado transnacional, ou seja, aquelas especiais associações delinquentes que não obedecem limitações de fronteiras.
- **Inclusão social:** são todas as ações descritas acima de forma integrada, ampliando o espaço de proteção social do usuários e facilitando, assim, a relação do mesmo com outras redes sociais.

A seguir, um esquema referente a algumas classificações de tratamentos para uso de droga, segundo item de referência:





Quadro referente às diferenças entre o modelo de tratamento tradicional e o tratamento baseado na política de redução de danos:



Redução de Danos	Olhar tradicional
<ul style="list-style-type: none">•Concorda que o uso de drogas tem persistido apesar dos esforços para evitá-lo.•Não pretende a abstinência do uso de drogas, mas tenta reduzir as conseqüências que ela causa.•procura substituir os serviços que visam a abstinência, mas é um complemento necessário.•Considera o usuário de drogas como um sujeito, e como tal o protagonista e autor de sua relação com as drogas.	<ul style="list-style-type: none">•A dependência é uma doença onde existe uma falta de autocontrole•Usuários de drogas não podem tomar decisões porque não têm nenhuma responsabilidade por suas ações•As intervenções ocorrem em centros especializados com uma forte ênfase no médico ou psicológico.•Muitos problemas permanecem sem atenção:•pouco contato com a população afetada (exceto o aplicativo)•alta latência entre o início de consumo e de procura de tratamento ou assistência

De maneira geral, pode-se dizer que independentemente da abordagem utilizada, tais como técnicas psicoterápicas, técnicas medicamentosas e intervenções sociais, entre outras, para o tratamento dos usuários de álcool, crack e outras drogas lícitas ou ilícitas, o que vale é poder resgatar no indivíduo aspectos internos que possam ser fonte de estímulo e busca para uma (re) inserção social, como sujeito de potencialidades, e não como um problema social a ser combatido, como são comumente estigmatizados os usuários de drogas. Entre outras palavras, ressaltamos aqui a importância do resgate dos potenciais ou habilidades que cada indivíduo possa ter e que por uma série de fatores, seja falta de estímulo, contingência e referência, entre outros, não foram aproveitados ou descobertos pelo próprio sujeito.

O resgate das potencialidades do indivíduo que se encontra em situação de dependência, pode ser concebido através de estratégias de acolhimento, terapias motivacionais, breves, terapia comunitária e entre outras estratégias. Na prática tais estratégias devem poder olhar para o usuário como indivíduo que

em algum momento não teve ou perdeu a autonomia sobre si próprio e auxiliá-lo a se apropriar de si, e conseqüentemente, de suas escolhas e vivências, resgatando as suas potencialidades e lhe atribuindo o poder suficiente para a sua (re) construção enquanto sujeito. Esta forma de intervenção é uma possibilidade de auxiliá-lo na sua construção humana, ampliando suas referências, garantindo a possibilidade de autonomia para escolhas mais positivas para si e para o seu meio (INTEGRACIÓN..., 2012).

A palavra conscientizar neste contexto, implica em conhecer, desmistificar, se apropriar do assunto e das escolhas pessoais que cada um, seja usuário ou não, possa vir a ter em relação ao uso e fatores que favorecem a dependência, assim como proporcionar referências protetivas para o não uso e manutenção do tratamento.

A reinserção social do usuário de álcool, crack e outras drogas, requer todo um trabalho de resgate das potencialidades e da desmistificação do próprio sujeito, que por muitas vezes já tem internalizado em si, a sua função ou status de “problema social” e portanto de impotência, sendo sua função social a de “causador” de transtornos a sociedade devido a sua dependência (ex.: marginal, delinquente, ladrão e etc), sendo portanto uma ameaça a sociedade. Muitas vezes, cabe a essas pessoas só se sentirem parte de um contexto se for através desta forma ameaçadora de funcionar, tendo esse comportamento como forma de defesa, proteção e acesso ao meio em que vive. Cabe a sociedade como um todo, olhar para estes sujeitos ou escutá-los a partir de suas fragilidades, garantindo assim uma possibilidade de (re) inserção social mais fidedigna a sua condição, mas com os devidos cuidados para não estigmatizá-los como frágeis e, portanto impotentes novamente, impedindo-os de se apropriar de sua vida e de suas escolhas ((INTEGRACIÓN..., 2012).

Vale à pena salientar a importância das políticas públicas de saúde, mas não estabelecê-las como a única forma de resolver a questão das drogas. Políticas públicas de saúde só podem ser efetivas a partir da conscientização por parte de todos e principalmente pelos profissionais que atuam na educação e na saúde, pois o “cuidado” ao usuário deve ser estabelecido na relação com esses profissionais, que incluem desde a recepção e portaria até a assistência propriamente dita, assim como a co-responsabilidade da sociedade como um todo, quer seja na produção de fatores que favoreçam a exclusão e a facilitação para o

uso e abuso de drogas, quer seja para o acolhimento, proteção, tratamento e inclusão destes sujeitos que se encontram vulneráveis as drogas.

Referências

- NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE – NIDA. Preventing drug use among children and adolescents: a research – based guide for parents, educators and community leaders. Bethesda, Maryland: NIH Publication, n. 97-4212, 1997.
- AYRES, J. R. de C. M. **Vulnerabilidade e avaliação de ações preventivas**. São Paulo: Casa da Edição, 1996.
- AYRES, J. R. de C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. (orgs). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418.
- FURTADO E. F.; LAUCHT, M.; SCHIMDT, M. Estudo longitudinal prospectivo sobre risco de adoecimento psiquiátrico na infância e alcoolismo paterno. **Rev Psiq Clin**, São Paulo, v. 29, n. 2, p. 71-80, 2002.
- GROVES, B. M. **Children who see too much**. Beacon Press, Boston, Massachusetts, 2002.
- HALPERN S. C. O abuso de substâncias psicoativas: repercussões no sistema familiar. **Pens famílias**, n. 3, p. 120-5, 2002.
- INTEGRACIÓN social y drogas. In: OEA-CICAD ENCUESTRO SOBRE INTEGRACIÓN SOCIAL Y DROGAS EN AMÉRICA LATINA, 30 Y 31 DE AGOSTO DE 2012. Documento de consulta para el desarrollo de una guía de políticas públicas.
- MANN J., TARANTOLA D. (eds). **AIDS in the world II**. Nova York: Oxford University Press, 1996.
- MERIKANGAS, K. R.; LECKMAN, J. F.; PRUSSOF, B. A.; PAULS, D. L.; WEISSMAN, M.M. Familial Transmission of depression and alcoholism. **Archiv Gen Psychiatr**, Chicago, n. 42, p. 367-2, 1985.
- SPINK M. J. P. A construção social do saber sobre a saúde e doença: uma perspectiva social. In: SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. Rio de Janeiro: Ed. Petrópolis, 2003.
- WEST, M. O.; PRINZ, R. J. Parental alcoholism and childhood psychopathology. **Psychology Bull**, Washington, n. 102, p. 204-18, 1987.

Abordagem Prática

A metodologia utilizada foi a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou Problem Based Learning (PBL), cuja construção coletiva considerou a rotina de trabalho de seus interlocutores e a realidade deu lugar à ficção.

Metodologias Ativas de Ensino-aprendizagem e sua inserção no Projeto CRR-UFSCar

Reinaldo José Gianini

O principal objetivo da educação é criar indivíduos capazes de fazer coisas novas e não simplesmente repetir o que as outras gerações fizeram (PIAGET, 1923-1924).

Breve Histórico

Diversos e conceituados cursos de pós-graduação e graduação na área da saúde têm inserido em seus currículos diferentes modalidades de metodologias ativas, entre elas o Problem Based Learning (PBL) ou Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP).

As raízes das metodologias ativas de ensino-aprendizagem se fundam no Construtivismo, corrente pedagógica que tem como ícone Jean Piaget (1896-1980).

Segundo Mortimer (1996),

na visão construtivista de ensino-aprendizagem,[...] apesar da grande variedade de diferentes abordagens e visões,... há pelo menos duas características principais: 1) a aprendizagem se dá através do ativo envolvimento do aprendiz na construção do conhecimento; 2) as ideias prévias dos estudantes desempenham um papel importante no processo de aprendizagem.

No campo da saúde, a disseminação do PBL ocorreu a partir das inovações ocorridas inicialmente na pós-graduação da Universidade McMaster, no Canadá, ao final dos anos 60, tendo logo se estendido à graduação, e dali para Europa (Maastrich, Holanda), EUA (Harvard, em 1984) e, mais recentemente, a partir dos anos 90, para a América Latina e Brasil. A escola pioneira a usar PBL entre nós foi a Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997, logo seguida pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1998. A Faculdade de Ciências Médicas e da Saúde de Sorocaba/PUCSP introduziu um novo currículo com PBL em 2006, e o curso de Medicina da UFSCar, iniciado em 2006, adotou esse método.

Destaque-se que dada à sua natureza, os cursos da área da saúde sempre utilizaram algum tipo de metodologia ativa. Aprende-se Medicina ou Psicologia em contato com os pacientes, estudando e discutindo os casos, e isso ocorre desde Hipócrates ou Freud. Aprende-se Farmácia ou Bioquímica nas práticas de laboratório, herança dos alquimistas existentes na Idade Média (ALFONSO-GOLDFARD; FERRAZ, 2012), realizando e discutindo o resultado de ensaios.

Portanto, metodologias ativas não são absoluta novidade na área da saúde. Há que se situar bem a razão de serem consideradas inovadoras. O que tem sido novidade mais especificamente é a substituição progressiva das tradicionais aulas teórico-expositivas por outras modalidades de ensino-aprendizagem, principalmente o PBL, e uma melhor estruturação das modalidades já existentes (práticas menos discursivas e mais problematizadoras). Aliado a este movimento, ocorre a integração das áreas de conhecimentos em módulos, deixando de existir a divisão do currículo em disciplinas e a quebra da hierarquia entre ciclos básico e clínico, superando o modelo Flexneriano do século XX, resgatando o primado da vivência da realidade, em que tudo coexiste – teoria e prática; o biológico, psicológico, social e ambiental; o básico e o especializado; o simples e o complexo; o individual e o coletivo.

Neste capítulo procuraremos explorar os diversos aspectos relacionados às metodologias ativas de ensino-aprendizagem e a sua inserção no projeto do CRR-UFSCar.

Características das metodologias ativas

As metodologias ativas procuram uma abordagem integral do ensino-aprendizagem, trabalhando nas dimensões cognitiva, atitudinal e emocional dos alunos. Como se disse, a essência dessas metodologias reside em promover a atitude ativa (*versus* passiva) do estudante ou aprendiz. O aluno é estimulado à busca ativa de informações para a construção do conhecimento e deve fazê-lo com elevado grau de autonomia, mesmo que sob orientação de um professor. Na interação e compartilhamento com outros estudantes ou com as demais pessoas envolvidas no processo de ensino-aprendizagem (incluindo os pacientes), o aluno desenvolve-se emocionalmente e ganha maturidade; torna-se apto para lidar com fenômenos psicológicos (sentimentos) de transferência, projeção e empatia, fundamentais para o trabalho em saúde; familiariza-se com situações de agressividade ou apatia, aprendendo a manejá-las. Tem o desafio e a possibilidade de treinar habilidades motoras e sensoriais, extremamente importantes, tais como a escuta atenciosa e a arguição cuidadosa, competências necessárias para o trabalho ético na atenção à saúde.

No Quadro 1 apresentam-se as principais características que distinguem as metodologias ativas e o ensino tradicional:

Quadro 1 – Características do Ensino Tradicional e Metodologias Ativas

Ensino Tradicional	Metodologias Ativas
Centrado no professor	Centrado no aluno
Transferência de informações	Construção do conhecimento
Aluno receptor passivo	Aluno protagonista ativo
Professor entrega a solução do problema	O aluno se apropria e constrói a solução do problema
Parte do pressuposto que o aluno não tem conhecimento sobre o tema	Pressupõe algum grau de conhecimento anterior e propõe ganhos de conhecimento consolidados sobre o conhecimento prévio

Ensino Tradicional	Metodologias Ativas
Professor é prescritivo	Professor é orientador
Professor é a principal (absoluta) fonte de informação	Várias fontes de informação, de diferentes tipos, com poderes relativos
A aprendizagem tende a ficar restrita à aula	A aprendizagem se estende infinitamente a partir da apresentação do problema
Tendência à especificidade	Integradora

Tipos de metodologias ativas

Além de PBL (que será descrito em tópico específico), encontramos na literatura várias outras formas de metodologias ativas, como segue:

- **Discussão em Classe:** Prévia escolha do tema e definição dos objetivos da discussão, seleção do material que servirá como motivador (texto, vídeo, imagem, objeto ou peça anatômica, etc.), elaboração do roteiro facilitador da discussão, de preferência flexível e com questões abertas. O professor atua como orientador, solicita ao grupo que eleja um aluno coordenador, que atuará como moderador da discussão, e um relator, que registrará sinteticamente o resultado do debate.
- **Seminários:** Difere do anterior porque o professor deve apenas indicar o tema, a apresentação correndo por conta do aluno ou grupo. Entretanto, deve-se enfatizar o valor da discussão em classe que se segue à apresentação nos seminários.
- **Estudo de casos:** Descrição e análise de casos geralmente clínicos, mas não obrigatoriamente, podendo ser ocorrências de natureza coletiva ou social. Procura-se estabelecer um paralelo entre as informações provenientes do caso e o conhecimento existente na literatura, assim como explorar suas lacunas.

- Simulação ou dramatização (ou role playing): – Os alunos assumem diferentes papéis e representam uma determinada situação. Depois, discutem o que observaram, o que sentiram, o que pensaram e o que aprenderam (insight).
- Mapa conceitual: Construção de um diagrama de causas e efeitos sobre um problema qualquer que tenha sido elegido como objeto de estudo. Recomenda-se sua construção antes e depois de uma etapa de estudos, de modo que fique evidente a mudança conceitual resultante do aprendizado.

Ainda, são consideradas metodologias ativas: Ensino auto-dirigido; Ensino à Distância; Team Based Learning; Aprendizagem baseada em projetos; Aprendizagem baseada na prática; Aprendizagem baseada na reflexão.

E, finalmente, a Problematização da Realidade (PR), denominada *Community Based Problem Based Learning* na literatura anglo-americana, que também será explicada mais à frente, em tópico específico.

Justificativas para a utilização de metodologias ativas

Um conceito chave que faz parte dos argumentos favoráveis às metodologias ativas é Aprendizagem Significativa. Segundo Ausubel et al. (1978), “É o processo pelo qual um estudante enxerta um novo saber aos saberes anteriores”, ao que Oliveira (2012) acrescenta: “Aprendizagem significativa é aquela que envolve o estudante como pessoa, como um todo (ideias, sentimentos, cultura, valores, sociedade, profissão)”. Para vários autores, o que caracteriza uma aprendizagem significativa é sua vinculação efetiva ao contexto social, real (ou ontológico). Na contemporaneidade, esse contexto tem apresentado uma produção de conhecimentos com uma rapidez e volume enormes, o que traduz uma evolução das soluções para os problemas cada vez mais acelerada. Assim, qualquer curso, por melhor que seja, nunca preparará o profissional para a vida em definitivo. É imprescindível que se Aprenda a Aprender, o que garantirá a adequação profissional

ao longo do tempo. Segundo Fernandes et al. (2003), o aprender a aprender deve “compreender o aprender a conhecer, o aprender a fazer, o aprender a conviver e o aprender a ser”. Para ele, na formação na área de saúde, surge também o conceito de aprender fazendo, o qual pressupõe que se repense a sequência teoria-prática na produção do conhecimento, assumindo que esta ocorre por meio da ação-reflexão-ação.

Com relação ao PBL, é importante destacar o aspecto formador do trabalho em equipe, que resulta das sessões de tutoria. Segundo Komatsu et al. (1998),

O grupo de tutoria constitui um fórum de discussão, apresentando-se como um laboratório que possibilita uma aprendizagem sobre a interação humana, constituindo-se numa oportunidade para aprender a ouvir, a receber e assimilar críticas.

E, ainda, saliente-se o enorme potencial da Problematização da Realidade (PR):

A problematização tem como objetivo fundamental a mobilização do potencial social, político e ético dos alunos, que estudam cientificamente para agir politicamente, como cidadãos e profissionais em formação, como agentes sociais que participam da construção da história de seu tempo, mesmo que em pequena dimensão (BERBEL, 1996).

Resultados empíricos da utilização de Metodologias Ativas

Existe pouca evidência científica sobre os resultados da aplicação do PBL na área da saúde em nosso meio. Diferentemente da literatura estrangeira, em que encontramos vários “trials” cujos objetivos foram medir e comparar a aceitação, a qualidade e o aprendizado decorrentes do PBL (55 estudos no *Pubmed* nos últimos 5 anos). Estes estudos apresentam resultados consistentes sobre a satisfação com o método, mas não apontam diferenças no ganho de conhecimento ou são pouco conclusivos a este respeito. A lacuna é maior ainda quando se trata de utilizar o PBL no aprimoramento de trabalhadores de saúde. Assim, pode-se afirmar que, no estado atual do conhecimento científico sobre metodologias de ensino-aprendizagem, o PBL mostra-se mais satisfatório enquanto processo, e equivalente ao método tradicional no que se

refere aos resultados do aprendizado na dimensão cognitiva. No entanto, como exige menor proporção aluno/professor, tende a ser mais caro.

A opção do CRR-UFScar por Metodologias Ativas

Um erro infelizmente comum no processo de educação continuada de trabalhadores de saúde é considerar como pressuposto que se tratam de indivíduos formados, e não em formação, para quem basta transferir as informações ou técnicas mais recentes (atualizações, treinamentos, reciclagens, capacitações). Esquece-se que a sociedade está em contínua transformação, em todas as esferas da vida cotidiana e profissional, envolvendo valores éticos, direitos e relações.

Processos de ensino-aprendizagem descontextualizados perdem sentido e o que se observa como resultado deste equívoco cometido pelas abordagens que privilegiam as aulas teórico-expositivas é o absentismo factual, o desinteresse, pouco envolvimento e resultados pífios em termos de mudança de comportamento. Ceccim e Feuerwerker (2004) defendem que para a educação permanente ser bem sucedida, especialmente na área da saúde, é importante ter em mente a articulação, que denominam quadrilátero da formação em saúde, do ensino-gestão-atenção-control social. Significa que o ensino deve considerar as prioridades da gestão, a gestão às necessidades dos serviços, e o ensino deve ser satisfatório perante o controle social, composto de prestadores (gestores e trabalhadores de saúde) e usuários.

As Metodologias Ativas no CRR-UFScar

Incluem-se as estratégias de ensino-aprendizagem Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Problemática da Realidade (PR).

A ABP consiste no estudo e resolução de Problemas por grupo de alunos orientados por um tutor. Este processo é denominado Sessão de Tutoria e inclui as seguintes etapas: abertura do problema (sob tutoria); sustentações teóricas ou práticas (aulas ministradas por professores); consultorias (plantões de especialistas no assunto); fechamento do problema (sob tutoria).

A PR consiste na exposição dos alunos à determinada situação real, orientados por um preceptor, e inclui as seguintes etapas: observação da realidade (problema real); identificação dos pontos-chaves (ou nós críticos, ou, ainda, pontos estratégicos); teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade (que pode ser substituída por recomendações decorrentes do relatório científico de pesquisa de campo). Quando realizada na comunidade, denomina-se Community Based Problem Based Learning.

Os cursos no Projeto CRR-UFSCar são divididos em módulos. Os módulos incluem ABP e PR e são em número suficiente para satisfazer os objetivos e abordar todo o conteúdo do curso. Cada módulo respeita a sequência: abertura do problema (modalidade presencial); sustentação teórica/prática (modalidade presencial); consultoria (modalidade livre); estudo autodirigido (modalidade livre); fechamento do problema (modalidade presencial); exposição à realidade e identificação dos pontos-chaves (modalidade presencial); consultoria (modalidade livre); estudo autodirigido (modalidade livre); reflexão e redação de recomendações ou intervenção (modalidade presencial).

- Composição das Sessões de Tutoria:
 - Abertura do problema.
 - Leitura do problema.
 - Identificação dos termos desconhecidos.
 - Tempestade de ideias (indagação, questionamento, crítica, análise do problema: Por que isso ocorre? Como isso ocorre?).
 - Elaboração de questões – seleção das questões cruciais decorrentes da tempestade de ideias.
 - Formulação de hipóteses – respostas que o grupo daria às questões naquele momento.
 - Objetivos de aprendizagem – temas a serem estudados para responder às questões elaboradas e verificar/refutar hipóteses formuladas.
 - Plano de estudo – quais as fontes de informação que serão consultadas? Livros, artigos, internet, especialistas, outros profissionais, bancos de dados, etc.

- Fluxograma ou mapa conceitual – conjunto de relações de causa-efeito constantes no problema.
- Fechamento do problema.
- Elucidação dos termos desconhecidos.
- Apresentação da resolução das questões
- Avaliação das hipóteses – as respostas da abertura estavam corretas?
- Avaliação do alcance dos objetivos de aprendizagem.
- Correção do fluxograma perante o atual marco teórico [aprendido].
- Avaliação da qualidade do problema.
- Avaliação da participação entre pares.
- Avaliação do tutor.

Sustentações, consultoria, estudo autodirigido são ferramentas auxiliares das sessões de Tutoria e devem ser intercaladas entre Abertura e Fechamento.

• Composição da Problematização da Realidade:

- Exposição à realidade e identificação dos pontos-chaves.
- Apresentação do cenário de prática²⁹.
- Apresentação do roteiro de observação.
- Observação autônoma do aluno.
- Elaboração do relatório de observação.
- Apresentação do relatório ao preceptor.
- Identificação dos pontos-chaves interagindo com o preceptor.
- Teorização-reflexão.
- Redação de recomendações ou proposta de intervenção.
- Execução da intervenção.
- Avaliação de resultados.

²⁹ Diversos serviços de saúde integrantes da rede de atenção à saúde dos municípios/região.

Sustentações, consultoria, estudo autodirigido também são ferramentas auxiliares da Problematização da Realidade e devem ser intercaladas entre Observação-Identificação de pontos-chaves e Recomendações/Propostas de intervenção.

- Estrutura para ABP

- Texto que represente um caso ou uma situação com o poder de despertar interesse sobre os objetivos de aprendizagem selecionados (para aluno e tutor).
- Listagem dos objetivos de aprendizagem e de sua relação com o conteúdo constante na ementa (para tutor inicialmente, revelado ao aluno ao final do fechamento).
- Orientação ao tutor (contextualização do problema e objetivos de aprendizagem (para o tutor).
- Indicação das sustentações e consultorias disponíveis (para tutor e aluno).
- Suporte bibliográfico básico. Sugestões de leituras complementares.

- Estrutura para PR

- Informativo básico sobre o cenário (para aluno e preceptor).
- Roteiro de observação e questões norteadoras (para aluno e preceptor).
- Indicação das sustentações e consultorias disponíveis (para aluno e preceptor).
- Indicação das fontes de dados ou informação disponíveis.

- Estrutura para estudo autodirigido

- Laboratório de informática e biblioteca. Acesso à internet e bases de referência (CAPES, BIREME, PUBMED, SCIELO, etc.).

Expectativas do CRR-UFScar

O Projeto Pedagógico dos Cursos promovidos pelo CRR-UFScar tem por objetivo contribuir não somente para a formação técnica dos trabalhadores em saúde, mas, fundamentalmente, contribuir na sua formação cidadã. Além dessa formação, pretende-se contribuir com a difusão das metodologias ativas em nossa região e promover oportunidades para a sua replicação. Acreditamos que assim favorecemos o aperfeiçoamento da rede de atenção em saúde mental, principalmente a voltada para a atenção em álcool e drogas e o fortalecimento do controle social.

Uma Visão Compartilhada não é uma ideia. [...] é uma força no coração das pessoas, uma força de impressionante poder. [...] Poucas forças, se é que existe alguma, nas questões humanas, são tão poderosas quanto uma visão compartilhada (SENGE, 1998).

Referências

- ALFONSO-GOLDFARB, A.M. E FERRAZ, M. Revelando os processos naturais através do laboratório: a busca por princípios materiais nos três reinos até a especialização das ciências nos setecentos. **Pesquisa FAPESP**, São Paulo, p. 251, maio 2012. Edição especial.
- AMARAL, H. **Metodologias ativas de ensino-aprendizagem**. Disponível em: <: <http://www.ufscar.br/camsa/22/metodologias-ativas-ensino-aprendizagem>>. Acesso em: 21 ago. 2012.
- ARAÚJO, U. L.; SASTRE, G. **Aprendizagem baseada em problemas no ensino superior**. São Paulo, Summus Editorial, 2009.
- AUSUBEL, D.; NOVAK, J. D.; HANESIAN, H. **Educational psychology, a cognitive View**. New York: Holt, Reinhart and Winston, 1978.
- BERBEL, N. A. N. A metodologia da problematização no ensino superior e sua contribuição para o plano da práxis. **SEMINA: Ci.Soc./Hum**, Londrina, v. 17, p. 7-17, nov. 1996. Edição Especial.
- CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-8, 2004.

DIANA, H. J. M.; DOLMANS, H. S. B.; INEKE, H. A. P.; CEES, S. P. Sete princípios para a construção de problemas efetivos para um currículo tipo a Aprendizado baseado em problemas (PBL). **Medical Teacher**, Reino Unido, v. 19, n. 3, p. 185-189, 1997.

FERNANDES, J. D.; FERREIRA, S. L. A.; OLIVA, R.; SANTOS, S. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade da Federal da Bahia. **Rev. Bras. Enfer.**, Brasília, v. 56, n. 54, p. 392-395, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz na Terra, 1987.

GIANINI, R. J. **Dois tipos de metodologias ativas**. Mimeo, 2010.

GIANINI, RJ. Superação de dificuldades no ensino da prática médica em atenção primária à saúde. **Rev Bras Educ Med.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 272-6, 2008.

KOMATSU, R. S.; ZANOLLI, M.; LIMA, V.V. Aprendizagem baseada em problemas. In: MARCONDES, E., GONÇALVES, E. (Orgs.). **Educação médica**. São Paulo: Sarvier, 1998. p. 223-237.

MITRE S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 13, Sup 2, p. 2133-2144, 2008.

MORTIMER, E. F. Construtivismo, mudança conceitual e ensino de ciências: para onde vamos? **Investigações em Ensino de Ciências**, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 20-39, 1996

OLIVEIRA, G. A. Uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem em educação farmacêutica? Disponível em:
<<http://dnanet.dna.com.br/cfrs/dados/Geraldo.pdf>> Acesso em: 21 ago. 2012.

PIAGET, J. **A linguagem e o pensamento na criança**. Trad. Manuel Campos. Rio de Janeiro: Fundo de Cultura, 1959.

ROJAS SORIANO, R. **Guía para realizar investigaciones sociales**. 26. ed. México: Plaza y Valdés, 2001.

SENGE, P. M. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização da aprendizagem**. São Paulo: Best Seller, 1998.

SILVA, R. H. A.; TISUJ, H. A gestão do conhecimento em metodologias ativas de ensino aprendizagem: uma reflexão do trabalho desenvolvido na Faculdade de Medicina de Marília. In: CONGRESSO PAULISTA DE EDUCAÇÃO MÉDICA, 5., 2006, Botucatu – SP. Mimeo.

Avaliação da aplicação das Metodologias Ativas como estratégia de ensino-aprendizagem nos cursos do Centro Regional de Referência - UFSCar-Sorocaba

*Alcirene Helachil Cabral
Fátima Ayres de Araújo Scattolin*

Introdução

O uso de substâncias psicoativas e a dependência química têm chamado a atenção dos diversos segmentos da sociedade, tanto pelo número de pessoas atingidas como pelas suas consequências de caráter individual e coletivo.

O enfrentamento dessa situação é uma demanda mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, pelo menos 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem substâncias psicoativas de modo prejudicial, independentemente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (OMS, 2004).

Estudos epidemiológicos têm detectado índices de uso cada vez maiores nos últimos anos, tanto no Brasil (GALDURÓZ; NOTO, 2004; GALDURÓZ; CARLINI, 2006) como em outras regiões do mundo (HUMENIUK; POZNYAK, 2004).

Todos os profissionais da saúde, da educação e de outras áreas afins, de alguma maneira e em algum momento, entraram em contato com pessoas que apresentavam transtornos decorrentes da dependência química. No entanto, poucos são os profissionais capacitados para o atendimento dessas pessoas, até porque o tema tem sido pouco abordado durante a formação acadêmica. O que se

observa são profissionais que não se envolvem em uma escuta mais apurada que leve a diagnósticos precoces e uma atuação com ações preventivas nessa área.

Portanto, torna-se necessária a capacitação de profissionais para que estes se sensibilizem com ações de prevenção ao uso de substâncias psicoativas e possam prestar ao usuário do sistema de saúde e a seus familiares um tratamento humanizado e com qualidade.

Nesse contexto, foi implantado em Sorocaba o Centro de Referência Regional (CRR), em abril de 2012, como parte do Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas, do Ministério da Justiça (MJ).

Para todos os cursos promovidos pelo CRR-Sorocaba foram utilizadas como estratégias de ensino-aprendizagem a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Problematização da Realidade (PBL), ambas Metodologias Ativas, centradas no aluno e orientadas por um tutor.

O conteúdo programático de cada curso foi dividido em módulos, de forma a contemplar objetivos específicos a serem alcançados. Os assuntos abordados em cada módulo foram divididos entre sessões de tutoria e sustentação teórica. Foi desenvolvido um módulo a cada mês, sendo que as tutorias aconteceram com intervalo de uma semana (entre abertura e fechamento).

Os problemas foram construídos pelos tutores e coordenadores e foram realizadas reuniões prévias com todos os tutores para alinhamento dos problemas, discussão dos objetivos de aprendizagem e socialização de referências.

Este trabalho analisa o desempenho dos grupos nas três primeiras sessões de tutoria (abertura e fechamento) dos três primeiros módulos.

Objetivos

- Relacionar os objetivos alcançados pelos grupos nas sessões de tutoria, com os objetivos propostos para os três primeiros problemas dos Módulos 1, 2 e 3, respectivamente.
- Avaliar a dinâmica das sessões de tutoria dos cursos em andamento nos três primeiros módulos.

Metodologia

Para cada um dos cursos os participantes foram divididos em cinco grupos, privilegiando a diversidade profissional e mesclando alunos de localidades diferentes. Cada grupo com onze alunos no máximo foi acompanhado por um tutor, que atuou como facilitador da discussão, incentivando a integração e a participação de todos. Foram utilizados como material de apoio *flipchart*, em que o aluno escolhido pelo grupo como secretário registrava a memória da tutoria. Para a sustentação teórica os alunos receberam material de consulta/estudo e orientação para a busca de novas bibliografias. Após análise do conteúdo programático de cada um dos cursos, foram definidos os temas que seriam abordados na sustentação teórica e aqueles que deveriam ser trabalhados em tutoria em cada módulo.

a) Os problemas

A seguir são apresentados três dos problemas trabalhados pelos grupos. Os profissionais foram estimulados a participar como agentes de transformação na busca de soluções, vinculadas à prática cotidiana do trabalho.

Problema 1: O encontro que fez a diferença!

Diogo tem 35 anos e procurou atendimento com o clínico geral na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Maria. O acolhimento da UBS conseguiu encaixá-lo no mesmo dia, à tarde, com o dr. José, pois, por sorte, alguns pacientes agendados havia semanas tinham faltado.

- *Boa tarde, Diogo. E então, o que está acontecendo?*
- *Doutor, estou sentindo muita dor aqui perto da barriga e... – abaixando o tom de voz – ...fiz uma merda branca faz 3 dias e fiquei assustado. Ainda bem que foi só uma vez. Sabe, doutor eu gostaria muito de fazer um check-up geral...*
- O médico balançou a cabeça, com ar pensativo, e disse:*
- *Diogo, fale-me sobre os seus hábitos de vida...*
- *Senhor sabe, né... gosto de bebida, como todo mundo. Bebo todo dia... ah!... nem sei dizer pro senhor quanto.*
- *E você usa mais alguma coisa?*
- *Ah... um baseadinho de vez em quando é bom e não faz mal, afinal, é natural, não é, doutor? O crack, veja o senhor, fico até 5 dias sem usar! E quando uso, é só uma ou duas pedrinhas. Nada de exagero, pois sou cuidadoso com minha saúde, doutor.*
- *Diogo, qual a sua ocupação?*
- *Como, doutor?*
- *Qual a sua profissão? Em que trabalha?*
- *Ah, doutor, não vou mentir pro senhor não. Sou eletricitista, mas estou desempregado.*
- *E isso foi por causa das drogas? – perguntou-lhe o doutor.*
- *Sím. A firma se incomodou porque eu bebo! – respondeu-lhe sem graça*
- *Você vive sozinho?*
- *Ah, doutor, é uma longa história. Mas pro senhor entender, eu moro com a minha mãe desde a minha separação. E isso aconteceu há 3 meses. Mas meus filhos, ah! doutor, com eles está tudo bem. Só minha mulher não me entende.*
- *Vamos à sua queixa e examinar seu abdômen. Por favor, deite-se ali na maca.*

No exame físico, dr. José suspeitou de problema de vesícula e solicitou um ultrassom. Os outros dados do exame físico estavam normais.

- *Diogo, apesar de sua saúde física estar boa, sua saúde psicológica e social precisam de cuidados. Perceba que o uso de drogas já prejudicou seu casamento e seu emprego. Se você quer reverter esse processo, precisa parar de usar drogas e álcool. E isso depende fundamentalmente de você querer.*

Diogo ouvia atentamente o que o doutor dizia para não perder nenhuma explicação.

- *Você apresenta sinais de dependência, mas o grau de dependência ainda não chegou ao máximo e isso é um bom sinal.*

O dr. José previa bons resultados se ele realmente desejasse parar com as drogas.

– Diogo, uma equipe multiprofissional poderá ajudá-lo. O CAPS AD conta com vários profissionais: psicólogo, psiquiatra, assistente social e terapeuta ocupacional. Você gostaria de ser encaminhado para lá?

– *Não, doutor! Não quero ser internado não!* – respondeu, quase em desespero.

– *Fique calmo, Diogo. Seu caso não é de internação. Além disso, nada lá será feito contra a sua vontade.*

– *Ah, doutor, então, se o senhor garante isso pra mim, é outra coisa.*

Assim, Diogo aceitou e foi encaminhado no mesmo dia ao CAPS AD, não antes de o dr. José ligar para lá e passar o caso para o colega que estava de serviço.

– *Ah! Vamos marcar retorno para ver o resultado de ultrassom. Por favor, marque a data com a funcionária, sim?*

– *Doutor, muito obrigado por tudo! Deus o abençoe!*

– *Passe bem, Diogo.*

Problema 2: Qual foi a saída?

Adriana acabou de assumir o cargo de coordenadora de Saúde Mental de Itambebe, cidade de pouco mais de 100 mil habitantes, que fica perto de Marivaí e Ituviara, duas cidades com população mais ou menos igual. Itambebe conta com dez equipes de Saúde da Família, uma equipe do NASF, um CAPS II e dois CRAS.

O secretário da Saúde de Itambebe, logo na primeira conversa, disse a ela que o prefeito queria uma solução para o problema das internações de viciados em drogas da cidade, já que estava gastando muito com essas internações.

Analisando as planilhas da Secretaria da Saúde, Adriana descobriu que as internações pagas pelo “caixa” da Prefeitura eram quase todas de jovens. Foi informada por funcionários mais antigos que essas internações ocorriam por determinação do juiz da Vara da Infância e da Família da cidade. Só no último mês, a Prefeitura tinha desembolsado 100 mil reais com a internação de 50 jovens usuários de drogas, em duas clínicas próximas.

Diante da situação, Adriana decidiu estudar todas as alternativas possíveis para apresentar ao secretário da Saúde e ao prefeito. Sabia que deveria ter fortes argumentos, não só técnicos, mas também financeiros.

Ficamos sabendo que Adriana teve êxito na sua empreitada, mas, afinal, qual foi sua saída para reverter o quadro?

Problema 3: “Será que meu filho está usando drogas?”

Esta pergunta ficou martelando na cabeça da dra. Patrícia desde que ela atendeu o filho de sua vizinha na piscina do condomínio num belo domingo de sol. Ficou tão impressionada com a crise de mal-estar do rapaz de 15 anos e tão frustrada com o seu despreparo, que resolveu estudar o assunto para obter respostas sobre o que, naquele dia, desconhecia. Encontrou os seguintes dados:

Tabela da prevalência (%) de uso na vida e dependência de drogas, por sexo e idade, na região Sudeste. (BRASIL, 2005).

Droga	Uso na Vida						Total	Depen- dência
	Idade (anos)				Sexo			
	12-17	18-24	25-34	35 e +	mas c	fem		
Álcool	60,8	84,2	85,3	80,9	87,3	75,1	80,4	12,7
Tabaco	15,3	43,6	47,3	54,8	53,6	42,9	47,6	10,4
Maconha	5,1	20,3	16,1	6,3	15,8	6,6	10,3	1,5
Solventes	3,8	10,4	7,3	4,4	9,5	3,7	5,9	0,3
Benzodiazepínicos	0,1	5,6	6,2	8,3	3,3	8,5	6,6	0,8
Orexígenos	2,8	3,2	3,3	3,3	1,3	4,2	3,1	-
Cocaína	0,4	4,6	7,0	2,7	6,9	1,5	1,7	-
Xaropes (codeína)	0,3	1,0	1,0	2,1	1,7	1,6	1,7	-
Estimulantes	1,6	3,3	5,0	3,7	1,1	5,5	3,8	0,1
Barbitúricos	0,3	0,6	1,2	1,1	0,9	0,9	0,9	-
Esteróides	0,3	1,0	1,2	0,6	1,8	0,1	0,7	-
Opiáceos	0,3	2,1	1,9	1,1	0,6	1,0	0,9	-
Anticolinérgicos	0,0	0,6	0,8	0,2	0,6	0,2	0,4	-

Alucinógenos	0,3	2,1	1,9	1,1	2,0	0,8	1,3	-
Crack	0,0	0,7	2,5	0,6	1,8	0,2	0,8	-
Merla	0,0	0,1	0,3	0,1	0,4	0,0	0,1	-
Heroína	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	-

Fonte: SENAD. Relatório Brasileiro sobre Drogas, 2009.

Descobriu que a prevalência varia de acordo com o tipo de uso, de modo que entre os estudantes do Ensino Fundamental e Médio, das redes municipal e estadual da região Sudeste, em 2004, 23,3% já tinham usado alguma droga psicotrópica na vida; 19,9% tinham usado no último ano; 14,8% no último mês; 3,3% faziam uso frequente e 2,2% faziam uso pesado. Curiosa, foi além nos seus estudos e descobriu, também, que na região Sudeste, em 2007, ocorreram: 448 casos novos de AIDS, 177 casos novos de hepatite B e 1365 de hepatite C em UDI; a mortalidade atribuída ao uso de drogas foi de 3.186 óbitos e o número de internações igual a 63.345; o número de afastamentos e aposentadorias devido ao uso de drogas foi de 7.463 e 396, respectivamente.

O que a dra. Patrícia poderia responder à vizinha depois de conhecer estes dados?

b) A dinâmica das tutorias

Para a avaliação da dinâmica das tutorias foi utilizado um instrumento construído pelos tutores com os seguintes itens: avaliação individual, do grupo, do tutor e do problema. Essa avaliação foi feita ao final de cada tutoria.

Os indicadores para cada item foram os seguintes:

– Avaliação individual:

- Participei ativamente das tutorias (abertura e fechamento).
- Incentivei e permiti a participação dos meus colegas.
- Mantive bom relacionamento com os outros participantes do grupo.
- Ajudei o grupo a atingir os objetivos propostos.
- Trouxe contribuições importantes para o fechamento da tutoria.
- Reconheço meus pontos frágeis e fortes.

– Avaliação do grupo

- Foi interativo.
- Conseguiu atingir os objetivos propostos.
- Manteve foco nas discussões.

– Avaliação do tutor

- Ajudou o grupo a focar os objetivos do problema.
- Encorajou a análise crítica.
- Garantiu um ambiente de aprendizagem amigável.
- Fez perguntas que ajudaram na discussão.

– Avaliação do problema

- Facilitou a tempestade de ideias.
- Foi estimulante.
- A situação do problema auxilia a lidar com situações reais.
- A linguagem estava adequada.

Os alunos fizeram as avaliações ao final de cada fechamento da tutoria utilizando, para cada indicador, os critérios: Satisfatório, Pouco Satisfatório e Insatisfatório.

Resultados

Todos os problemas tinham um conjunto de Objetivos de Aprendizagem (OA), que deveriam ser alcançados pelos alunos.

Foram analisados os OA de 10 grupos de tutoria para o Problema 1. No quadro abaixo, está indicada a intensidade com que os temas foram abordados nos grupos. Zero (0) significa que o objetivo não aparece em nenhum dos grupos; um (1), que o objetivo aparece em até 50% dos grupos analisados; dois (2), que o tema foi discutido em até 75% dos grupos; e três (3), que o objetivo aparece em todos os grupos analisados.

Quadro 1 – Desempenho dos grupos na tutoria em relação ao problema 1

Objetivos propostos para o problema 1	Objetivos alcançados			
	0	1	2	3
1- Analisar o acesso à Saúde Mental				X
2- Compreender que a escuta e a abordagem integral biopsicossocial é indispensável ao atendimento clínico				X
3- Conhecer as modalidades de uso de álcool e drogas				X
4- Identificar as repercussões psicossociais da dependência de álcool e drogas			X	
5- Conhecer a abordagem da equipe multiprofissional nos casos de dependência química			X	
6- Criticar a política de internação				X
7- Conhecer os fluxos e serviços na rede de atenção à Saúde Mental				X
8- Reconhecer a importância do vínculo entre profissional e paciente				X

Dos oito objetivos propostos para o problema 1, seis deles foram atingidos por todos os grupos. Respeitando as regras do método, o grupo ficou com pendências e esses objetivos foram retomados na sessão seguinte de tutoria.

Para o problema 2, foram analisados os OA de 10 grupos de tutoria (quadro 2). Quatro objetivos foram atingidos por todos os grupos.

Quadro 2 – Desempenho dos grupos na tutoria em relação ao problema 2

Objetivos propostos para o problema 2	Objetivos alcançados			
	0	1	2	3
1- Discutir a internação compulsória				X
2- Discutir a judicialização da saúde no Brasil		X		
3- Identificar os componentes já consolidados da rede SUS e SUAS e os papéis específicos que teriam na rede no que diz respeito a jovens usuários de drogas				X
4- Identificar os novos componentes da rede de atenção psicossocial prevista na Portaria do final de 2011, que redefine a rede de atenção psicossocial no Brasil				X
5- Discutir as possibilidades de novas unidades na cidade ou região, em função da população da cidade ou região				X
6- Esboçar uma estimativa dos recursos necessários para se estabelecer as novas unidades de rede			X	

Para o problema 3 foram analisados os OA de 10 grupos de tutoria. Foram propostos dez OA e cinco deles aparecem em todos os grupos. Foi observado que alguns grupos avançaram nas discussões, nas duas primeiras tutorias, e já haviam trabalhado alguns dos objetivos propostos para o problema 3.

Quadro 3 – Desempenho dos grupos na tutoria em relação ao problema 3

Objetivos propostos para o Problema 3	Objetivos alcançados			
	0	1	2	3
1- Conhecer os tipos de drogas existentes em nosso meio				X
2- Conhecer a prevalência do uso segundo tipo de droga, sexo e idade				X
3- Conhecer os diferentes tipos de uso de drogas				X
4- Diferenciar uso e dependência				X
5- Conhecer os danos mais importantes resultantes do uso de drogas				X
6- Identificar situações de vulnerabilidade ao uso de drogas e danos por ela provocados			X	
7- Utilizar dados epidemiológicos para o conhecimento da realidade			X	
8- Utilizar a epidemiologia como ferramenta para estimar a probabilidade de uso, dependência ou dano relacionado às drogas			X	
9- Analisar a relação pais e filhos na questão das drogas				X
10- Analisar o papel da comunidade/círculo social na prevenção das drogas			X	

Em relação à avaliação da dinâmica das tutorias, os gráficos abaixo ilustram a dinâmica do fechamento das tutorias dos três primeiros problemas.

Gráfico 1 – Avaliação do fechamento da tutoria com o problema 1

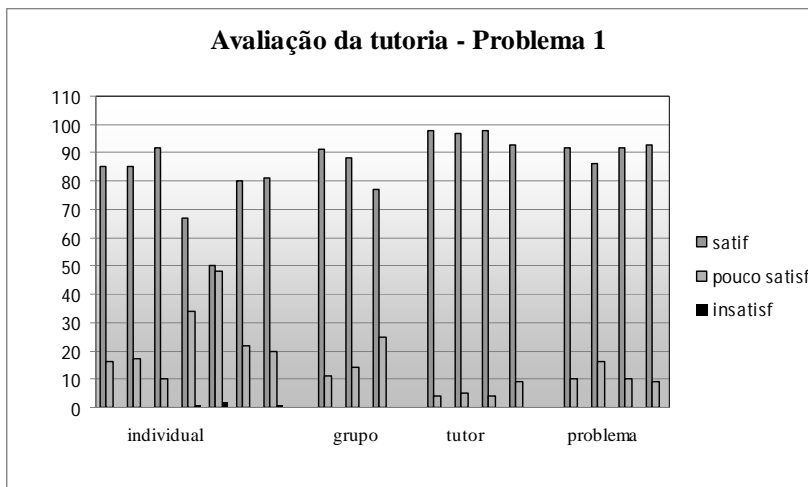


Gráfico 2 – Avaliação do fechamento da tutoria com o problema 2

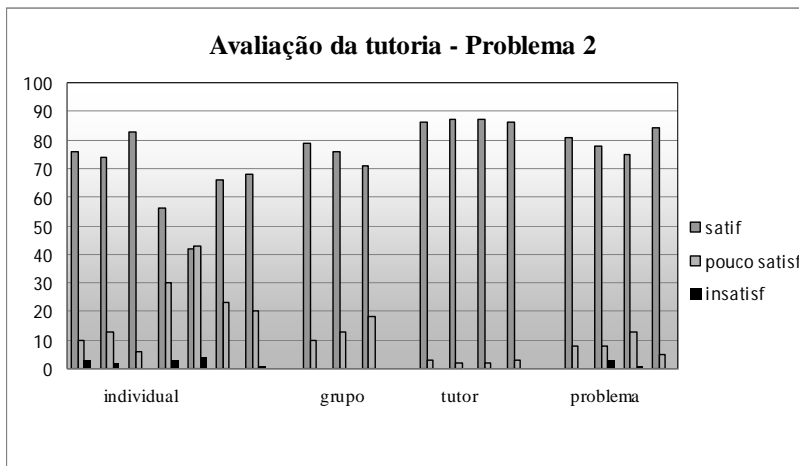
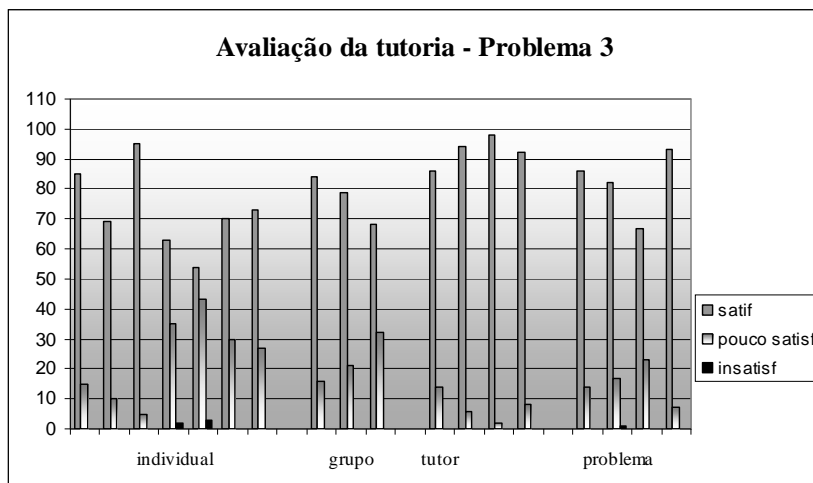


Gráfico 3 – Avaliação do fechamento da tutoria com o problema 3



Discussão

A utilização das metodologias ativas como estratégia de ensino-aprendizagem nos cursos do CRR foi, antes de tudo, um desafio. Reuniram-se em um mesmo espaço profissionais de áreas e instituições diferentes, trazendo conceitos e preconceitos sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas, e dependência química.

Ensinar e aprender devem ser atividades apreciadas por todos que dela participam (ALVES, 2003). Assim, quando o grupo se reúne estimulado pela curiosidade criativa e pela busca do conhecimento, cria-se um ambiente favorável para a aprendizagem significativa. Nessa perspectiva, cada sujeito busca soluções para a sua realidade, o que o torna capaz de transformá-la pela sua própria ação, ao mesmo tempo em que se transforma (FREIRE, 2006). Foi o que aconteceu com os alunos do CRR nos ambientes de aprendizagem.

Os problemas construídos para as tutorias partiram de situações do cotidiano dos serviços que atendem usuários de álcool e outras drogas. Nas discussões, o problema “de papel” trouxe à tona as experiências vivenciadas pelos participantes no seu campo de trabalho e os debates proporcionaram a troca e a reflexão, o que,

segundo os próprios participantes, já provocou mudanças em sua maneira de pensar e agir sobre esses temas.

Nesse contexto, nasceu um resultado novo no processo ensino-aprendizagem: a discussão dirigida a partir dos problemas “de papel” somada à observação e interpretação da realidade objetiva.

Analisadas as avaliações das dinâmicas da tutoria, observou-se que os itens menos avaliados foram aqueles que se referiam ao desempenho individual. Se, por um lado, podemos considerar que os alunos foram exigentes nas suas avaliações, por outro, é importante observar que se trata de uma mudança radical: do método tradicional, em que o aluno vem para o curso e assiste passivamente às aulas com pouca ou quase nenhuma participação, e neste, em que ele é solicitado o tempo todo a dar sua opinião ou explicar um determinado fato.

Uma metodologia ativa requer um grande esforço de todos os envolvidos, desde o preparo dos problemas pelos tutores (quando começa a problematização!), até a participação ativa dos alunos nas tutorias como protagonistas do próprio aprendizado, especialmente para as sessões de fechamento da tutoria, para as quais os alunos devem trazer o produto das suas pesquisas. A participação individual é essencial para o aproveitamento do grupo, o que pode ser prejudicado pela falta de tempo dos participantes, também ocupados com suas responsabilidades profissionais. Ainda assim, os alunos reconheceram a importância do trabalho em equipe como um espaço de sociabilidade, de trocas, em que todos se sentiam responsáveis pelo produto final.

A própria dinâmica do aprendizado favoreceu novos contatos e novas relações entre os profissionais, as quais poderão auxiliar na constituição das redes de atenção em saúde mental como forma de organizar e tornar os serviços mais eficientes (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004).

O conjunto dos objetivos alcançados nos três primeiros problemas foram avaliados como satisfatórios, considerando que os assuntos essenciais de cada módulo serão revisitados nas tutorias e na sustentação teórica, como maneira de rever e avançar nos conceitos.

Considerações Finais

A proposta metodológica do CRR está diretamente ligada aos propósitos dos cursos: espera-se que os alunos sejam capazes de realizar constantes questionamentos/ posicionamentos sobre as políticas públicas no que se refere ao uso e abuso de álcool e outras drogas, assim como, cientes de sua responsabilidade, consigam intervir na busca de soluções para os problemas identificados. E que essa postura, embasada em políticas ministeriais, traduza-se na proposição de novos serviços ainda não valorizados por gestores locais e, por isso, não consolidados na sua região. A contribuição de cada um e o trabalho em equipe tornarão realidade a constituição e a articulação das redes de atenção à saúde mental e, como consequência, a integralidade da assistência.

Este trabalho apresentou uma avaliação dos três primeiros módulos dos cursos em andamento do CRR-Sorocaba. Novas avaliações serão conduzidas nos próximos módulos com o intuito de oferecer subsídio para próximas capacitações.

Referências

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Artmed; 2004.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2004**. São Paulo: CEBRID, 2005.
- GALDURÓZ, José Carlos Fernandes; CARLINI, Elisaldo Luis de Araújo. **II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre drogas -CEBRID, 2006.
- HUMENIUK, Rachel; POZNYAK, Vladimir. **ASSIT - Teste de triagem para álcool, tabaco e substâncias**: guia para uso na atenção primária à saúde: versão preliminar. São Paulo: OMS, 2004.
- ALVES, Rubem. **Conversas sobre educação Campinas**: Versus; 2003.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 33. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006.

VIEIRA FILHO, Nilson Gomes; NÓBREGA, Sheva Maria da. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 2, p. 373-379, 2004.

A Rede Construída

Sozinho... uma gota d'água

Juntos... um oceano

Permeando sonhos,

Rompendo limites,

Recriando possibilidades!

Rede CRR – UFSCar-Sorocaba Construída

Douglas Spalato Marques

Bruno Henrique Pereira

Yoko Oshima-Franco

A Constituição Brasileira, promulgada no dia 5 de outubro de 1988, destacou a saúde como uma das condições essenciais à vida e um direito humano fundamental. A partir deste momento a política de saúde do Brasil foi reformulada, a fim de viabilizar o direito de saúde de todos os cidadãos. A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem o seu funcionamento baseado nas Leis no 8.080/90 e 8.142/90, foi a principal mudança relacionada à saúde ocorrida no Brasil. Com sua implantação a saúde passa a ser uma obrigação do Estado, por meio da responsabilidade das esferas dos governos federal, estadual e municipal. Isto inclui a gestão do sistema de saúde e a participação destas esferas no financiamento e oferta de serviços.

Os princípios ideológicos doutrinários foram instituídos no momento da concepção do SUS, sendo eles: **Universalidade**: "A saúde é um direito de todos"; **Integralidade**: a atenção à saúde inclui os meios curativos e os meios preventivos, tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas (ou de grupos) devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria; **Equidade**: todos devem ter igualdade de oportunidade quando se trata da utilização do SUS.

A partir de 1989, deu-se o início das lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo, porém, apenas no ano de 2001 a Lei Federal 10.216 foi sancionada no país. Esta lei, de uma forma geral, defendia a transformação do

sistema de manicômios fechados para um sistema extra-hospitalar, inserido na comunidade, de caráter interdisciplinar e capaz de evitar o agravamento crônico dos pacientes e o seu isolamento social. Neste novo sistema estão incluídos os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Os CAPS foram instituídos a fim de substituírem, de uma forma organizada e gradual, o modelo hospitalocêntrico para o tratamento de pacientes portadores de sofrimento mental. Os CAPS podem ser de tipo I, II, III, Álcool e Drogas (CAPS AD) e Infanto-juvenil (CAPS i). A implantação destes serviços é definida de acordo com o porte do município:

- municípios de até 20.000 habitantes – Rede básica com ações de saúde mental;
- municípios entre 20 a 70.000 habitantes – CAPS I e rede básica com ações de saúde mental;
- municípios com mais de 70.000 a 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS AD e rede básica com ações de saúde mental;
- municípios com mais de 200.000 habitantes – CAPS II, CAPS III, CAPS AD, CAPS i, e rede básica. No caso dos municípios que não tiverem CAPS AD, está prevista a atenção aos usuários de álcool e outras drogas na modalidade CAPS que estiver disponível no município.

Como já mencionado anteriormente, outro dispositivo de destaque é o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), através das ações do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

Por conta dessa estrutura de rede, o Centro Regional de Referência CRR-UFSCar/Sorocaba selecionou os profissionais que atuam nas redes SUS e SUAS da região, compreendida pelas cidades que integram o Departamento Regional de Saúde de Sorocaba (DRS XVI), composta por 48 municípios (ver implantação do CRR).

Foram capacitados profissionais em quatro cursos (Quadros 1 a 4):

Quadro 1 – Curso A: Curso de Aperfeiçoamento em Crack e outras Drogas para Médicos atuantes no Programa de Saúde da Família – PSF, e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Medicina	APAE	Pilar do Sul
Medicina	UBS	Porto Feliz
Medicina	CAPS	São Miguel Arcanjo
Medicina	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Medicina	Hospital Regional	Itapetininga
Medicina	PSF	Porto Feliz
Medicina	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Medicina	ISAMA	São Roque

Quadro 2 – Curso B: Curso de Atualização em Atenção Integral aos Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais atuantes nos Hospitais Gerais

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Enfermagem	ESF	Pilar do Sul
Enfermagem	CAPS	São Roque
Enfermagem	Hospital Regional	Itapetininga
Enfermagem	Hospital Regional	Itapetininga
Enfermagem	PSF	Salto de Pirapora
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Enfermagem	ESF	Pilar do Sul
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Itu
Enfermagem	Privado	Sorocaba
Enfermagem	CAPS	Buri
Enfermagem	CAPS	Capão Bonito

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Enfermagem	NASF	Itapetininga
Enfermagem	ISAMA	Porto Feliz
Enfermagem	Amb. de Saúde Mental	Salto de Pirapora
Enfermagem	Pronto Atendimento	Guareí
Enfermagem	Hospital Regional	Itapetininga
Enfermagem	Hospital Regional	Itapetininga
Enfermagem	Pronto Atendimento	Votorantim
Enfermagem	UBS	Sorocaba
Enfermagem	Santa Casa de Saúde	Itararé
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Enfermagem	CAPS	São Miguel Arcanjo
Enfermagem	Privado	São Paulo
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Itu
Enfermagem	Santa Casa de Saúde	Itararé
Enfermagem	Hospital Regional	Itapetininga
Enfermagem	Amb. de Saúde Mental	Itararé
Enfermagem	Privado	Sorocaba
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Votorantim
Enfermagem	Amb. de Saúde Mental	Tatuí
Enfermagem	Privado	Sorocaba
Enfermagem	SAMU	Sorocaba
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Votorantim
Enfermagem	CAPS	Boituva
Enfermagem	CAPS	Itararé
Enfermagem	ESF	Itararé
Enfermagem	PSF	Itararé
Enfermagem	CAPS	Itapetininga
Enfermagem	CAPS	Itapeva
Enfermagem	Prefeitura Municipal	Ibiúna

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Ensino Médio	CREAS	Itu
Ensino Médio	CAPS	São Roque
Farmácia & Bioquímica	Amb. de Saúde Mental	Tatuí
Farmácia & Bioquímica	Polícia Científica	Sorocaba
Fisioterapia	NASF	Itapeva
Fisioterapia	UNISO	Sorocaba
Fonoaudiologia	Prefeitura Municipal	Capivari
Odontologia	Trailer Odontológico	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Amb. de Saúde Mental	Sorocaba
Psicologia	AMI	Itu
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Amb. de Saúde Mental	Itapetininga
Psicologia	CAPS	Capivari
Psicologia	Prefeitura Municipal	Salto de Pirapora
Psicologia	CAPS	São Paulo
Psicologia	Prefeitura Municipal	Salto de Pirapora
Psicologia	CAPS	São Paulo
Psicologia	Amb. de Saúde Mental	Votorantim
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Piedade
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	CAPS	Capão Bonito

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Psicologia	CAPS	Buri
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	CAPS	São Miguel Arcanjo
Psicologia	CAPS	São Miguel Arcanjo
Psicologia	Amb. de Saúde Mental	Salto de Pirapora
Psicologia	UBS	Guareí
Psicologia	Prefeitura Municipal	Salto de Pirapora
Psicologia	Centro de Saúde	Ibiúna
Psicologia	UBS	Porangaba
Psicologia	CAPS	Itararé
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	CAPS	Sorocaba
Psicologia	Secretaria Municipal	Sorocaba
Serviço Social	Núcleo de Acolhimento Integrado	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Conjunto Hospitalar	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Pronto Atendimento	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	UBS	Salto
Téc. em Enfermagem	CAPS	Capivari
Téc. em Enfermagem	CAPS	São Roque
Téc. em Enfermagem	CAPS	São Roque
Terapia Ocupacional	Privado	Sorocaba
Terapia Ocupacional	Casa do Adolescente	Capão Bonito
Terapia Ocupacional	CAPS	São Miguel Arcanjo
Terapia Ocupacional	CAPS	Indaiatuba
Terapia Ocupacional	CAPS	Itapeva
Terapia Ocupacional	CAPS	Capivari
Terapia Ocupacional	CAPS	Apiáí
Terapia Ocupacional	CAPS	São Roque
Terapia Ocupacional	CAPS	São Paulo
Terapia Ocupacional	UBS	Tatuí

Quadro 3 – Curso C: Curso de Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas para Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos, Agentes Sociais profissionais que atuam nos Consultórios de Rua.

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Administração	Amb. de Saúde Mental	Sorocaba
Comunicação Social	Privado	Votorantim
Direito	Policlínica de Especialidades	Sorocaba
Direito	Privado	Sorocaba
Educação Física	Privado	Sorocaba
Ensino Fundamental	ESF	Itararé
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Privado	Itapetininga
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Privado	Sorocaba
Ensino Médio	Privado	Sorocaba
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	ESF	Itararé
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	ESF	Pilar do Sul
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	UBS	Sorocaba
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Votorantim

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Itararé
Ensino Médio	ESF	Itararé
Ensino Médio	PSF	Itararé
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Itararé
Ensino Médio	ESF	Itararé
Ensino Médio	Privado	Itapetininga
Ensino Médio	ISAMA	Porto Feliz
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	ISAMA	Porto Feliz
Ensino Médio	ISAMA	Porto Feliz
Ensino Médio	ISAMA	Porto Feliz
Ensino Médio	UBS	Sorocaba
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	UBS	Sorocaba
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Pilar do Sul
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Itararé
Ensino Médio	Secretaria Municipal	Sorocaba
Ensino Médio	UBS	Guareí
Fisioterapia	Secretaria Municipal	Sorocaba
Odontologia	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Pedagogia	CREAS	Salto
Pedagogia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Casa do Adolescente	Itapetininga
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	Privado	Itapetininga
Psicologia	Secretaria Municipal	Votorantim
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Itu
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Secretaria Municipal	Buri
Serviço Social	CAPS	Apiaí
Serviço Social	CAPS	Capivari
Serviço Social	CAPS	Sorocaba
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Votorantim
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	UBS	Guareí
Serviço Social	CAPS	São Miguel Arcanjo
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Secretaria Municipal	Votorantim
Serviço Social	SAAE	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Hospital Psiquiátrico	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Votorantim
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Itapetininga
Serviço Social	Privado	Itapetininga
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Salto
Serviço Social	CREAS	Taboão da Serra
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Itararé
Téc. em Enfermagem	Privado	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	ISAMA	Porto Feliz
Téc. em Enfermagem	UBS	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	CAPS	Capão Bonito
Terapia Ocupacional	Privado	Sorocaba

Quadro 4 – Curso D: Curso de Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS.

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Administração	Secretaria da Juventude	Sorocaba
Aux. de Administração	Secretaria Municipal	Sorocaba
Aux. de Administração	Secretaria da Juventude	Sorocaba
Aux. de Administração	CRAS	Capela do Alto
Direito	Prefeitura Municipal	Iporanga
Educação Física	Privado	São Paulo
Educação Física	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Enfermagem	USF	Sorocaba
Enfermagem	PSF	Itararé
Enfermagem	CREAS	Itararé
Ensino Médio	Privado	Itararé
Ensino Médio	Privado	Sorocaba

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Ensino Médio	Prefeitura Municipal	Ribeirão Grande
Ensino Médio	CREAS	Votorantim
Ensino Médio	Privado	Santa Rita
Ensino Médio	Privado	Sorocaba
Ensino Médio	Fundação CASA	Sorocaba
Ensino Médio	Conselho Tutelar	Iporanga
Ensino Médio	CIRETRAN	Votorantim
Ensino Médio	Privado	Sorocaba
Ensino Médio	CREAS	Votorantim
Ensino Médio	Privado	Tatuí
Pedagogia	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Pedagogia	Secretaria Estadual	Sorocaba
Pedagogia	Secretaria Municipal	Votorantim
Pedagogia	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Pedagogia	Privado	Sorocaba
Pedagogia	CREAS	Itu
Psicologia	CRAS	Pilar do Sul
Psicologia	CISPAS	Sorocaba
Psicologia	Privado	Votorantim
Psicologia	CRAS	Capivari
Psicologia	CREAS	Taboão da Serra
Psicologia	Penitenciária Dr. Danilo Pinheiro	Sorocaba
Psicologia	Amb. de Saúde Mental	Sorocaba
Psicologia	Fundação CASA	Sorocaba
Psicologia	CRAS	Sorocaba
Psicologia	CRAS	Araçoiaba da Serra
Psicologia	UBS	Iperó
Psicologia	CRAS	Iporanga

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Psicologia	CRAS	Itaoca
Psicologia	CREAS	Itararé
Psicologia	CRAS	Cesário Lange
Psicologia	CREAS	Itararé
Psicologia	Prefeitura Municipal	Itararé
Psicologia	CREAS	São Carlos
Psicologia	CREAS	Salto
Psicologia	CRAS	Mairinque
Psicologia	Prefeitura Municipal	Porto Feliz
Psicologia	Secretaria Estadual	São Paulo
Psicologia	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Psicologia	Privado	Sorocaba
Psicologia	CREAS	Sorocaba
Psicologia	CRAS	Sorocaba
Psicologia	CRAS	Ribeirão Grande
Psicologia	CRAS	Sorocaba
Psicologia	CRAS	Votorantim
Psicologia	CRAS	Taboão da Serra
Psicologia	CRAS	Taboão da Serra
Psicologia	Prefeitura Municipal	Tatuí
Psicologia	Prefeitura Municipal	Tatuí
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Itaberá
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	CREAS	Sorocaba
Serviço Social	CREAS	Votorantim
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	Penitenciária Dr. Danilo Pinheiro	Sorocaba
Serviço Social	CREAS	Sorocaba

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	Fórum	Itapetininga
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Araçoiaba da Serra
Serviço Social	CRAS	Capão Bonito
Serviço Social	Secretaria Municipal	Capela do Alto
Serviço Social	Secretaria Municipal	Cesário Lange
Serviço Social	CRAS	Iporanga
Serviço Social	CRAS	Itaberá
Serviço Social	CREAS	Itararé
Serviço Social	APAE	Sengés
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Salto
Serviço Social	CRAS	Salto
Serviço Social	Secretaria Municipal	Votorantim
Serviço Social	CREAS	Porto Feliz
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Porto Feliz
Serviço Social	CREAS	Porto Feliz
Serviço Social	Secretaria Municipal	Porto Feliz
Serviço Social	CRAS	Ribeirão Grande
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Serviço Social	Policlínica de Especialidades	Sorocaba
Serviço Social	Privado	Sorocaba
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Votorantim
Serviço Social	CREAS	Sorocaba
Serviço Social	CRAS	Itu
Serviço Social	CREAS	Itu
Serviço Social	CREAS	Itu
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Itapetininga
Serviço Social	Prefeitura Municipal	Buri
Serviço Social	CREAS	Sorocaba

Formação Acadêmica	Instituição	Cidade
Serviço Social	CRAS	Taboão da Serra
Serviço Social	CREAS	Tatuí
Sociologia	Secretaria Estadual	São Paulo
Téc. em Dep. Química	Fundação CASA	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Privado	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	USF	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Téc. em Enfermagem	Polícia Militar	Sorocaba
Terapia Ocupacional	Prefeitura Municipal	Sorocaba
Terapia Ocupacional	CAPS	Itararé
Terapia Ocupacional	CREAS	São Carlos

O número de vagas previsto para cada curso foi 60. Contudo, o curso A teve uma baixa demanda, o que justificou seu oferecimento junto à turma B; enquanto os cursos C e D superaram a demanda, sendo oferecidas duas turmas. Neste cenário, o total de vagas oferecido foi 300, e concluíram os cursos 251 pessoas (83,6%), sendo 8 do curso A; 43 do curso B; 47 do curso C1; 54 do curso C2; 47 do curso D1 e 52 do curso D2. Dentre os concluintes, 84,38% pertenciam ao serviço público.

Do ponto de vista geográfico, as figuras 1 a 4 representam a rede construída em relação aos cursos A, B, C e D, respectivamente:

Figura 1 – Rede construída com profissionais que participaram do curso A: Curso de Aperfeiçoamento em Crack e outras Drogas para Médicos atuantes no Programa de Saúde da Família – PSF e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF.

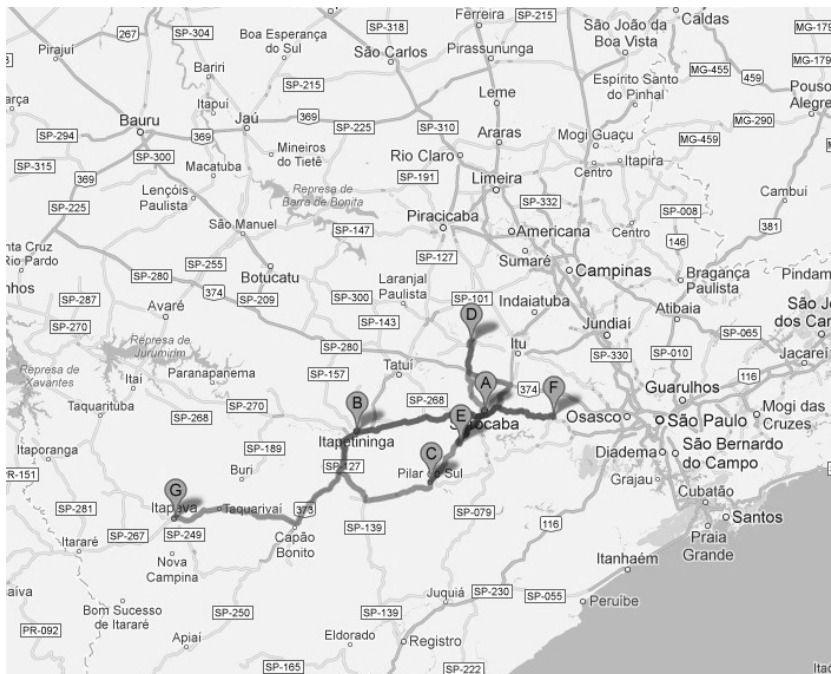


Figura 3 – Curso C: Curso de Atualização sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e outras Drogas para Agente Comunitários de Saúde e Redutores de Danos, Agentes Sociais profissionais que atuam nos Consultórios de Rua.

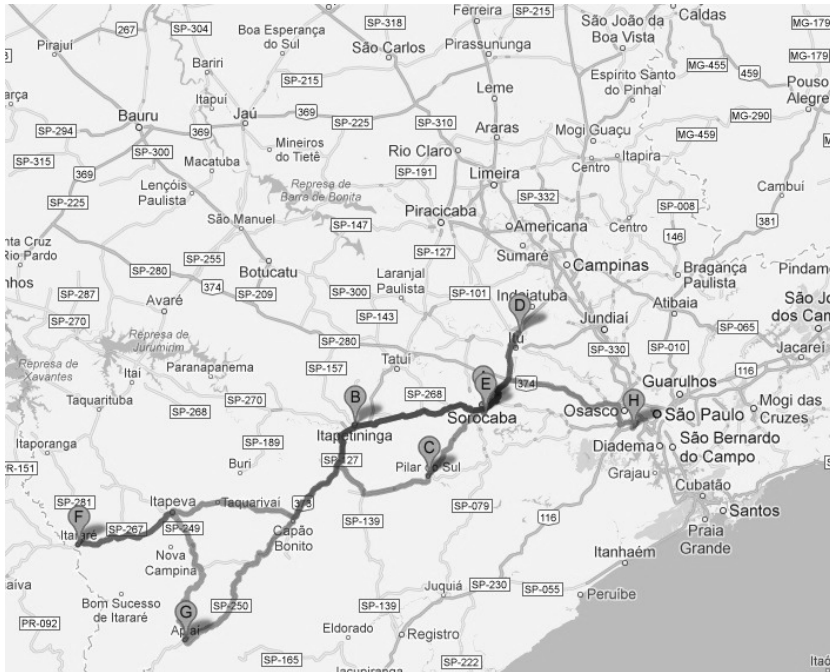
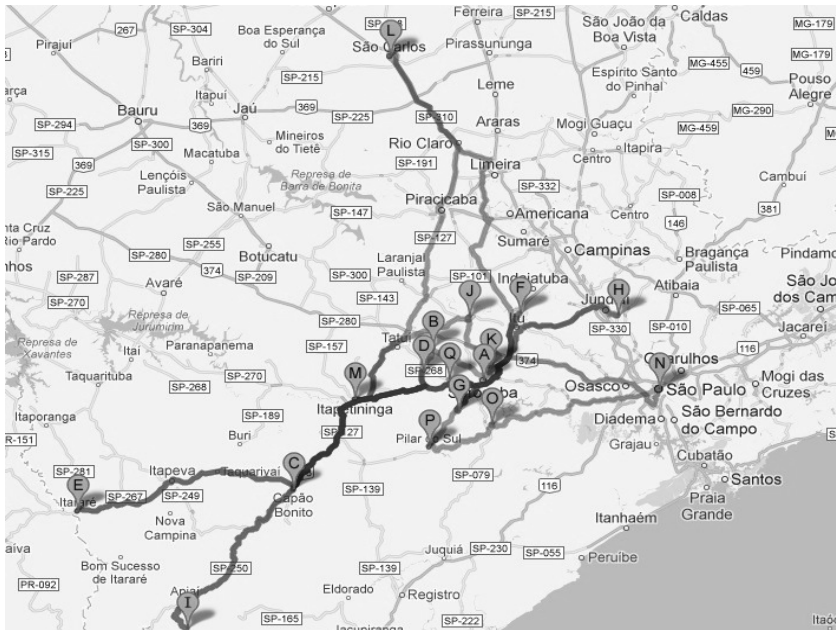


Figura 4 – Curso D: Curso de Atualização em Gerenciamento de Casos e Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas para Profissionais das Redes SUS e SUAS.

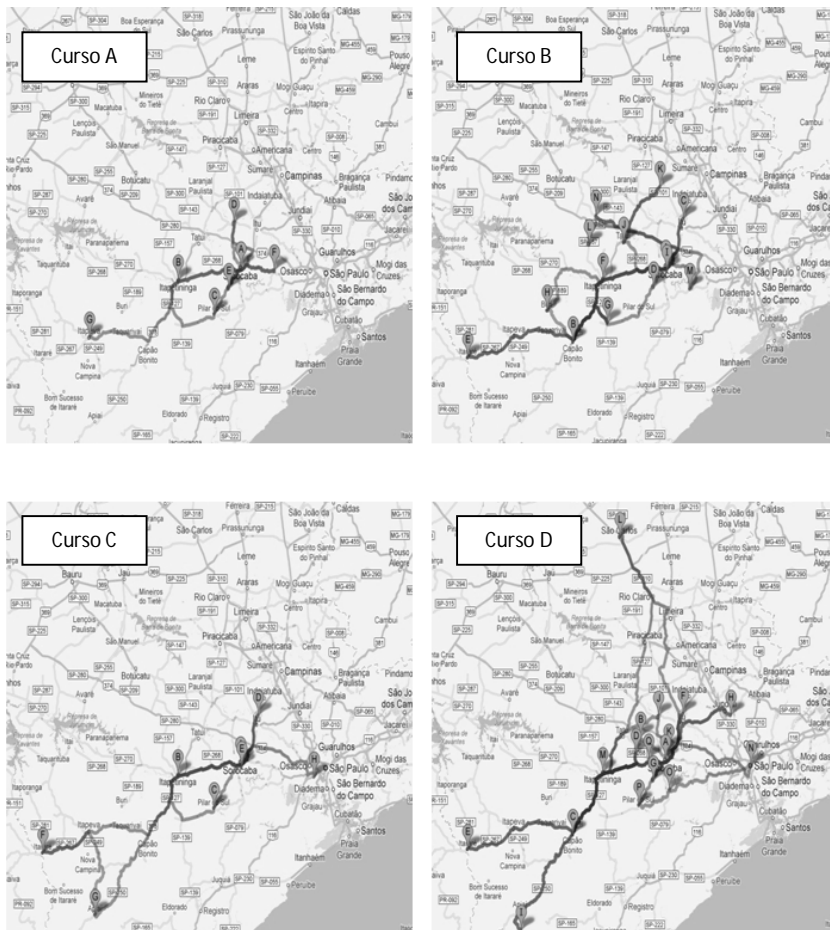


A análise em conjunto (figura 5) da rede construída mostra que o curso D foi o que atingiu maior extensão geográfica, com 17 cidades participantes, seguido pelo B, com 14, e os cursos A e C, com 8. Ou seja: $D > B > A = C$.

Quando a análise é feita pelo número de alunos que foram treinados nos diferentes cursos, tem-se a seguinte ordem: $C (101) > D (99) > B (43) > A (8)$. Se for considerado que o modelo da rede prevê o acolhimento ao usuário de substâncias psicoativas para, em última análise, indicar sua internação, então, a região de Sorocaba conta com excedente de pessoas treinadas em relação ao número de vagas inicialmente proposto.

Analisando-se a escolaridade, grande parte de profissionais do Ensino Médio se inscreveu para os cursos, sendo 6 alunos no curso B (1,9%), 44 alunos no curso C (14,1%) e 20 alunos no curso D (6,4%), resultando em um total de 22,4%.

Figura 5 – Comparação entre os cursos A, B, C e D quanto à extensão geográfica.



Se for considerada a rede entre coordenadores e tutores, que receberam treinamento especializado para aplicação da metodologia PBL, de cada coordenador com seu respectivo curso e tutores, de cada professor que atuou em diferentes cursos, de cada tutor com seus subgrupos e em diferentes cursos, da rede entre os

alunos de seu próprio curso e de cursos diferentes, das instituições proponentes do CRR UFSCar Sorocaba com as diferentes instituições participantes, da origem dos diferentes serviços públicos com outros setores públicos e privados, então, construiu-se uma sólida rede de atenção ao usuário de drogas na região de Sorocaba.

Sob o Viés da Pesquisa

O Centro Regional de Referência – UFScar/Sorocaba foi além.

Além da realidade o diagnóstico.

Além do diagnóstico a constatação.

Além da constatação a confirmação.

Além da confirmação a discussão.

Além da discussão a divulgação.

Além da divulgação a produção de conhecimento.

O CRR-UFSCar-Sorocaba e a produção de pesquisas sobre substâncias psicoativas

Marcos Roberto Vieira Garcia

Os Centros Regionais de Referência foram pensados inicialmente como centros de formação, com a possibilidade de contribuição também na construção do conhecimento na área de uso e abuso de substâncias psicoativas por meio de pesquisas votadas ao tema. Uma dessas pesquisas, ainda em seu início, teve seu projeto aprovado pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, em seleção relacionada a um Edital específico destinado aos Centros Regionais de Referência em crack e outras drogas (Edital nº 001/2012 AMTEPA/SENAD). A pesquisa em questão intitula-se “Avaliação da eficácia do PBL na formação de profissionais de saúde e assistência social em relação à atenção a usuários de álcool e outras drogas, realizada pelo CRR – UFSCar-Sorocaba” e tem previsão de ser realizada em 2013.

Os capítulos seguintes descrevem pesquisas realizadas ou orientadas por profissionais participantes do CRR-UFSCar - Sorocaba, que dizem respeito especificamente ao ab(uso) de substâncias ilícitas, iniciadas em período anterior ao seu surgimento. A importância de disseminá-las no presente livro deve-se ao fato de possibilitar o acesso a conhecimentos produzidos regionalmente sobre o tema.

Os três primeiros capítulos referem-se a resultados de subprojetos de uma pesquisa maior, intitulada “Vulnerabilidade ao HIV/AIDS entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba” e é fruto de um trabalho coletivo de pesquisadores de duas universidades, com experiência no campo da vulnerabilidade às DST/AIDS, do trabalho em comunidade e em intervenções junto à população em situação de rua. Está sendo desenvolvido em parceria

com ONGs que atendem esta população do município de Sorocaba-SP. Tem como participantes o Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia. (UFSCAR/Sorocaba, NEPAIDS), a Profa. Livre Docente Vera Silva Facciolla Paiva (IPUSP, NEPAIDS), os bolsista de iniciação científica Rafael Romão (CNPQ), Daniele Cristina da Rocha e Silva (PIBIC/UFSCAR) e Talita Anunciação Cruz (PADRD/UFSCAR). Visa contribuir, a partir da análise e divulgação de seus resultados, na promoção dos direitos da população em situação de rua, em âmbito regional e nacional, em especial no campo da saúde sexual e reprodutiva, em consonância com a Política Nacional para a População de Rua, criada em 2009³⁰.

O primeiro subprojeto aqui apresentado denomina-se “Sexualidade e uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba” e originou-se de pesquisa de iniciação científica realizada pela discente Talita Anunciação Cruz, do curso de Licenciatura em Geografia da UFSCar, sob a orientação do Prof Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, buscando fazer uma investigação quantitativa do perfil de jovens adultos em situação de rua de Sorocaba que frequentam ONGs voltadas a esta população.

O segundo capítulo refere-se ao subprojeto realizado pela discente Daniele Cristina da Rocha e Silva, do curso de Pedagogia da UFSCar, sob a orientação do Prof. Dr. Marcos Roberto Vieira Garcia, que busca por meio de pesquisa qualitativa compreender as trajetórias de vida destes jovens adultos, tecendo importantes considerações sobre a sociabilidade nômade desses jovens de rua, o que acabou por se constituir como o foco principal de investigação.

No terceiro capítulo é apresentada a pesquisa de iniciação científica de Rafael Romão, discente do curso de Economia da UFSCar, sob a orientação da Profa. Livre Docente Vera Silva Facciolla Paiva, que busca compreender o mercado sexual da cidade de Sorocaba a partir da identificação das trajetórias dos sujeitos que o compõe: os nórias – jovens usuários de crack em situação de rua – e

³⁰ O decreto 7053/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, define esta como: “o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória.”(BRASIL, 2009).

os michês – jovens que se prostituem, que aparecem como os principais atores num mercado onde corpos e virilidade são trocados por valores monetários e pedras de crack. Discute-se, também, sobre a relação entre o mercado LGBT e o mercado sexual, bem como as maneiras como o último se manifesta nas praças, nas saunas e na internet.

O quarto capítulo refere-se a um subprojeto de outra pesquisa, está voltada à análise das práticas discursivas sobre o cuidado de si entre homens de três gerações, que está sendo desenvolvida como tese de doutoramento em Psicologia Social na PUC-SP por Simone Conejo, sob a orientação da Profa. Dra. Mary Jane Spink. O texto busca promover uma reflexão teórica sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas entre homens relacionando-o com diversos aspectos sociais da masculinidade.

Sexualidade e uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba

*Talita Anuniação Cruz
Marcos Roberto Vieira Garcia*

Frente à constatação de alguns indicadores, como o crescimento populacional da cidade de Sorocaba nas últimas décadas – em especial da população migrante de baixa renda –, o aumento significativo das pessoas em situação de rua no município, a alta prevalência da infecção por HIV/AIDS na população em situação de rua no Brasil em geral, vê-se que há um número reduzido de ações estratégicas direcionadas a esse segmento no campo da saúde e da educação, tanto em nível local como nacional.

Diante de tais problemas, o objetivo inicial do projeto da pesquisa de Iniciação Científica descrita neste capítulo propunha uma investigação da trajetória de vida, de uma possível relação do estado atual desses moradores com o não-cumprimento das expectativas de gênero relacionadas à masculinidade, em especial daquelas relacionadas ao trabalho, casamento e cuidado dos filhos, investigando, assim, a trajetória e a construção da masculinidade dessa população.

A hipótese central do projeto era a de que a situação de pobreza em que a população em situação de rua se encontra está articulada ao rompimento de vínculos familiares em decorrência do afastamento das exigências relacionadas à masculinidade em camadas populares.

Porém, investigando e conhecendo a população em situação de rua no município de Sorocaba, constatou-se que há outro indicador muitíssimo relevante, em especial no segmento mais jovem, que influencia de modo bastante significativo na vulnerabili-

dade à situação de rua e à infecção por HIV/AIDS: o uso abusivo de drogas ilícitas e do álcool. Tais indicativos apareceram logo na pesquisa exploratória, fazendo com que este estudo se direcionasse para esse tema, buscando investigar o comportamento sexual e o relativo ao uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba.

A população em situação de rua de Sorocaba

A cidade de Sorocaba tem uma população de 586.3113 habitantes, segundo o Censo de 2010, população que supera um milhão se for considerado o Aglomerado Urbano de Sorocaba, que inclui, também, os municípios de Salto, Itu, São Roque, Alumínio, Votorantim, Mairinque, Salto de Pirapora e Iperó. É sede de uma região administrativa que se caracteriza como a terceira área de concentração da população paulista e apresentou taxa geométrica de crescimento anual da população de 1,98%, entre 2000 e 2007, sendo esta a maior taxa entre as regiões administrativas do Estado (SEADE, 2007). Este crescimento se deve tanto aos movimentos migratórios quanto aos nascimentos, ambos com taxas comparativamente altas na região em relação ao Estado.

A exemplo de outras regiões do estado de São Paulo, nas últimas três décadas a região de Sorocaba observou um contínuo incremento da população por causa de fluxos migratórios intra e interestaduais (ARANHA, 1996), gerando a necessidade de ampliação de políticas públicas direcionadas à população, em especial ao segmento de mais baixa renda. Gayoto (1997), em reflexão sobre os migrantes de baixa renda que chegam a Sorocaba, muitos em situação de rua, considera que estes geram “um dos problemas sociais mais graves da região” (p. 6).

Para Aranha (1996), os migrantes de baixa renda são frequentemente culpabilizados por parte do poder público das cidades interioranas pelo aumento do contingente de pessoas pobres que acompanhou as migrações nas últimas décadas. O albergamento desses migrantes – em alguns casos facultativo, em outros, compulsório – pelas cidades paulistas de grande e médio porte surge como resposta a esta culpabilização. Tais albergues têm o intuito não somente de fornecer moradia provisória, retirando-os da circulação pelas cidades, mas costumam oferecer passagem

rodoviária para os que desejam ir para outras cidades, uma vez que é menos oneroso o mecanismo de dispensa dos migrantes do que a criação de projetos para sua fixação nas cidades (RANGEL, 1997).

Cria-se, desta forma, uma população circulante pelos albergues de diversas cidades, o que dificulta processos de inclusão social efetiva (ARANHA, 1996). Na visão de Aragão (1997), as políticas públicas voltadas à população aos migrantes de baixa renda que afluem à Sorocaba e região, pelo menos até a metade da década anterior, não fogem dessas características.

A única pesquisa disponível sobre este segmento em Sorocaba e região (IPESO, 1997), realizada com uma amostragem de 774 usuários de albergues, mostra algumas características semelhantes à da população em situação de rua no Brasil como um todo, conforme dados do Primeiro Censo Nacional sobre a População em Situação de Rua (META, 2008), embora esta última tenha abordado um número maior de pessoas nas ruas (72,5%) e não em instituições, como é o caso dos albergues. Entre as semelhanças estão: a predominância masculina (82% em ambas as pesquisas), a faixa etária intermediária (em Sorocaba, mais da metade tinham entre 30 e 49 anos; no Brasil todo, mais da metade entre 25 e 44 anos), a pouca escolaridade (em Sorocaba, 81% tinham como escolaridade máxima o Ensino Fundamental incompleto; no Brasil, 64%), o alto índice de indocumentação (em Sorocaba, 34% não possuíam carteira de identidade; no Brasil, 59%). Pelo fato dos questionários e tabulação serem diferentes, não há como comparar outros dados das pesquisas, como trabalho, cor da pele, situação familiar, etc.

População em situação de rua e vulnerabilidade ao HIV/AIDS

As questões relacionadas ao gênero e sexualidade têm sido em geral pouco abordadas nos estudos sobre a população em situação de rua. Devido à pobreza extrema que a afeta, os estudos a ela direcionados priorizaram quase sempre as questões de classe em detrimento das demais. Ao mesmo tempo, a população em situação de rua brasileira é um dos segmentos em que se observa o quanto

a vulnerabilidade de um grupo à infecção pelo HIV e ao adoecimento é resultado de um conjunto de características dos contextos político, econômico e socioculturais que ampliam [...] o risco individual (BUCHALLA; PAIVA, 2002).

A exemplo dos *homeless* norte-americanos, esta tem sido apontada como bastante vulnerável à infecção justamente pela amplificação da situação de miséria econômica que nela observamos, fato que soma ao abuso comum de substâncias psicoativas, à falta de moradia fixa, à marginalização e à violência a que está submetida (MALTA et al., 2005).

A pesquisa de Brito et al. (2007) sugere que no Brasil a prevalência de HIV e hepatite B e C na população em situação de rua é significativamente maior do que na população em geral. Feita com usuários de um albergue noturno em São Paulo, voluntários para a pesquisa, a referida pesquisa detectou prevalências de 1,8% de HIV; 8,5% de vírus de hepatite C; 30,6% de infecção progressiva por hepatite B; 3,3% de infecção aguda ou crônica pelo vírus hepatite B e 5,7% de sífilis. Embora as autoras considerem inadequado generalizar tais dados para a população de rua como um todo, é importante ressaltar que os dados indicam uma prevalência de HIV mais de três vezes superior à da população adulta brasileira, estimada em 0,5% (UNAIDS, 2006).

A prevalência é ainda maior se levarmos em consideração os dados citados do Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua (META, 2008), quando mais de cinco por cento dos entrevistados que afirmaram ter algum problema de saúde citaram espontaneamente terem HIV/AIDS³¹.

³¹ Na pesquisa relatada, cerca de 30% dos entrevistados referiu ter problemas de saúde, o que levaria a um resultado global de 1,5 % de prevalência para o HIV/AIDS. Dado o estigma atribuído ao indivíduo com HIV/AIDS em nossa sociedade e o número de pessoas que não sabem que são portadoras, contudo, esses dados indicam uma prevalência significativamente maior.

Jovens em situação de rua

Se considerarmos as diferenças de idade, percebe-se que há um contingente significativo de adultos jovens que compõem a população de rua. A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (META, 2008) estima que 16,2% da população de rua no Brasil é constituída por jovens de 18 a 24 anos. Excelentes em relação à análise feita de outros aspectos da vida da população em situação de rua, os estudos brasileiros em geral não se concentram na análise dos aspectos relacionados à idade e à sexualidade dessa população. Na literatura internacional, contudo, há um número significativo de estudos sobre esses temas, em especial nos Estados Unidos.

Os estudos disponíveis³² sobre a categoria que os norte-americanos denominam *homeless* fazem com frequência o recorte dos *homeless youths*, segmento que inclui o adolescente de rua ou que vive em abrigos, e se estende, em alguns estudos, até a faixa dos 20 anos. A bibliografia norte-americana indica também algumas peculiaridades entre jovens *homeless* em relação aos adultos mais velhos na mesma condição: são mais sujeitos ao uso de substâncias ilícitas, têm um número significativamente maior de parceiros sexuais, são praticantes mais frequentes do “*survival sex*” (troca de atividade sexual por drogas, alimentos, abrigo ou dinheiro), são mais sujeitos a entrarem no mercado da prostituição e são mais vulneráveis à infecção pelo HIV.

As observações feitas sobre as especificidades dos jovens adultos em situação de rua feitas pelos informantes das instituições parceiras deste projeto e a dificuldade de encontrar estudos que enfoquem a realidade de jovens em situação de rua em nosso país, conjugadas com a literatura estrangeira, que observa um aumento do plano individual da vulnerabilidade ao HIV/AIDS nesse segmento, apontaram a necessidade de um estudo específico sobre o mesmo.

Frente ao que foi exposto, optou-se por uma investigação voltada à compreensão da forma como a sexualidade é exercida entre jovens em situação de rua e de que forma o consumo de drogas interage com essa questão. Como objetivos secundários foram abordadas algumas representações sobre a AIDS e a prática do sexo seguro nesse segmento.

³² Foram pesquisadas as bases de dados MEDLINE e EBSCO.

O estudo proposto se situa no campo da defesa do direito à saúde, articulando-se ao reconhecimento de outros direitos igualmente importantes dessa população, como o de moradia adequada e acesso ao trabalho, uma vez que o conceito de vulnerabilidade às DST/AIDS pressupõe a compreensão do plano social a ela inerente, o que inclui este tema. O não-reconhecimento da cidadania desses atores sociais leva a um aumento significativo da prevalência da infecção pelo HIV/AIDS nesse segmento, conforme exposto anteriormente.

A presente pesquisa busca, portanto, contemplar alguns dos objetivos previstos pelo decreto presidencial nº 7053, de 23/12/2009, que institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua, em especial os de “incentivar a pesquisa, produção e divulgação de conhecimentos sobre a população em situação de rua, contemplando a diversidade humana em toda a sua amplitude étnico-racial, sexual, de gênero e geracional, nas diversas áreas do conhecimento”.

Método

A pesquisa foi realizada com 50 jovens adultos do sexo masculino, com idade entre 18 a 28 anos, frequentadores das seguintes ONGs:

- a) S.O.S – Serviço de Obras Sociais: Entidade vinculada a uma loja maçônica, parcialmente financiada pelos poderes público e municipal e mantenedora de um albergue com 80 leitos, que oferece, também, serviços de higienização e encaminhamentos específicos para documentos e os que necessitam de auxílio médico-hospitalar. Foram pesquisados 34 sujeitos.
- b) ACAP (Associação Christã de Assistência Plena): Instituição com vinculação religiosa evangélica, que tem uma sede onde se realizam os serviços de triagem, alimentação, higienização e encaminhamentos, além do Programa de Acolhimento e Avaliação Motivacional, para os indivíduos recém-saídos da situação de rua. Foram ali pesquisados 9 sujeitos.

- c) “Pode Crer”: ONG que tem como uma das suas populações alvo as pessoas em situação de rua, cuja sede é frequentada para banho, lavanderia e atividades como oficinas e que tem uma proposta de trabalho com usuários de drogas baseada nas estratégias de redução de danos. Foram pesquisados 7 sujeitos.

Os sujeitos foram abordados diretamente nas ONGs no momento de sua estadia, a partir da aparência física compatível com a idade determinada nos objetivos (18 a 28 anos). Do total de 53 sujeitos abordados com idade correspondente à selecionada para este estudo, 50 sujeitos aceitaram participar. Os principais elementos da pesquisa foram explicados aos participantes, que assinaram, ao final da entrevista, um termo de consentimento livre e esclarecido, conforme exigência do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

O instrumento aplicado foi uma versão abreviada do questionário usado na “Pesquisa sobre comportamento sexual e percepções da população brasileira sobre HIV/AIDS³³”, que teve como principal objetivo identificar mudanças e permanências nas representações, comportamentos, atitudes e práticas sexuais da população brasileira com idade entre 16 e 65 anos, e conhecimento sobre HIV/AIDS, com vistas a fornecer elementos que permitam reorientar estratégias de intervenções preventivas das infecções sexualmente transmissíveis (DST) e HIV. Assim como no estudo original, o questionário foi aplicado mediante entrevista individual face-a-face.

O objetivo de utilização do questionário foi a possibilidade de comparação dos dados dos sujeitos da pesquisa com os da pesquisa nacional, uma vez que os integrantes da pesquisa mais ampla em que esse subprojeto se insere tinham acesso ao banco de dados da pesquisa nacional, podendo fazer o recorte dos sujeitos com mesma idade e sexo (masculino, entre 18 e 28 anos). Os resultados serão expostos de forma a proporcionar essa comparação. Foi necessária a abreviação do questionário devido ao fato do pré-teste desta pesquisa ter revelado que a aplicação do instrumento total lhes era cansativa.

³³ A metodologia e os resultados desta pesquisa encontram-se na Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008.

Foram incluídas, em função da observação de campo realizada anteriormente à aplicação do questionário, questões referentes ao uso frequente atual de drogas e experiência prévia de detenção, em função destes elementos serem muito presentes no segmento específico pesquisado em Sorocaba. Nestes casos não será possível comparação com os dados da pesquisa nacional.

A análise dos dados foi feita a partir das incidências de respostas em cada uma das perguntas respondidas. A partir disso foi feita uma comparação com os dados da pesquisa nacional e uma análise das diferenças mais marcantes. Não foi feita uma análise estatística devido à diferença significativa de amostragem (50 sujeitos nessa pesquisa e 563 na nacional).

Resultados e discussão

Os resultados serão expostos por temas, em Quadros, na sequência em que foram abordados na entrevista. Na mesma Quadro, estão descritos os dados da pesquisa nacional com o intuito de facilitar a visualização das diferenças. Após os Quadros são discutidas as diferenças observadas entre a população jovem adulta em situação de rua de Sorocaba e a população jovem adulta do Brasil como um todo.

Identificação pessoal

Quadro 1 – Faixa de Idade

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
18 a 23 anos	20	40%	349	53,4%
24 a 28 anos	30	60%	304	46,6%

Os sujeitos da pesquisa têm média de idade significativamente maior do que os sujeitos da pesquisa nacional.

Quadro 2 – Cor/raça autorreferida

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Branco	17	34%	298	45,6%
Pardo	23	46%	255	39,1%
Preto	9	18%	86	13,2%
Outras respostas	1	2%	14	2,1%

Há menos sujeitos de cor/raça branca na pesquisa de Sorocaba do que na pesquisa nacional. Isto pode estar relacionado ao fato dessa população ser economicamente mais pobre, como também à discriminação racial no ambiente de trabalho. A instabilidade dos vínculos sociais na esfera do trabalho é apontada por Robert Castel (1991) como um dos elementos centrais na constituição do que ele denomina “nova pobreza”.

Quadro 3 – Estado Conjugal

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Solteiro	30	60%	424	64,9%
Casado	3	6%	139	21,3%
Unido/mora junto	6	12%	87	13,3%
Separado/ desquitado	11	22%	3	0,5%

Há menos sujeitos casados na pesquisa de Sorocaba do que na pesquisa nacional e, proporcionalmente, um número muito maior de sujeitos separados. Isso se explica pelo fato da ruptura com a família estar fortemente relacionada à situação de rua (PAUGAM, 2003).

Quadro 4 – Município em que nasceu

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
O mesmo de residência	9	18%	327	50,2%
Outro no mesmo estado	26	52%	211	32,4%
Em outro estado	15	30%	113	17,3%

Há um índice muito maior de migrantes na pesquisa de Sorocaba do que na pesquisa nacional. Isto deve à separação da família de origem, relacionado na bibliografia à situação de rua: pobreza é fator de migração e migração gera rompimento com vínculos (VIEIRA et al., 1992).

Quadro 5 – Tempo em que mora no município atual

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Até 1 ano	30 ³⁴	60%	30	4,6%
1 a 5 anos	5	10%	96	14,7%
Mais de 5 anos	15	30%	527	80,7%

Na pesquisa de Sorocaba, verifica-se um tempo muito menor de moradia na cidade. Isto parece estar relacionado às políticas públicas de circulação de migrantes pelos albergues de diversas cidades (ARANHA, 1996), o que foi observado nos depoimentos informais como algo muito comum com este segmento.

³⁴ Destes, 19 estão a menos de um mês na cidade e 11 de um mês a 1 ano.

Quadro 6 – Situação de trabalho atual

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Empregado assalariado de empresa privada	4	8%	331	50,7%
Trabalhador por conta própria ou autônomo	17	34%	111	17,0%
Desempregado	29	58%	83	12,7%
Outras situações	-	-	128	19,6%

Há índice muito maior de desempregados em Sorocaba do que na pesquisa nacional. Isto pode ser explicado pela relação feita por Castel (1991) entre a inserção no trabalho e a situação de rua: passa-se do emprego estável e regular para modalidades de trabalho precário até atingindo a situação de desemprego.

Quadro 7 – Religião em que foi criado

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Católico	33	66%	466	71,4%
Evangélico tradicional	11	22%	64	9,8%
Evangélico pentecostal	4	8%	81	12,4%
Outras religiões	1	2%	17	2,6%
Nenhuma	1	2%	25	3,8%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 8 – Religião atual

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Católico	19	38%	386	59,1%
Evangélico tradicional	9	18%	57	8,7%
Evangélico pentecostal	9	18%	67	10,3%
Outras religiões	-	-	33	5,1%
Nenhuma	13	26%	110	16,8%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 9 – Importância da religião na vida atual

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Muita	38	76%	424	64,9%
Mais ou menos importante	8	16%	154	23,5%
Pouca	2	4%	52	7,9%
Nenhuma	2	4%	23	3,5%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Conhecimento sobre AIDS e prevenção

Quadro 10 – Em sua opinião, na cidade onde você mora, o risco de se pegar AIDS é:

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Nenhum	1	2%	15	2,3%
Baixo	34	68%	119	18,2%
Médio	7	14%	214	32,8%
Alto	6	12%	286	43,8%
Não sabe	2	4%	18	2,8%
Recusou-se a responder	-	-	1	0,15%

Os sujeitos da pesquisa de Sorocaba não reconhecem o risco de infecção pelo HIV na cidade, embora a prevalência estimada da infecção pelo HIV na cidade (0,6% segundo o PAM – Sorocaba, 2009) seja semelhante à nacional (0,5% segundo a UNAIDS, 2006).

Quadro 11 – E quanto a você? Você considera o risco de você pegar AIDS é:

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Nenhum	16	32%	376	57,6%
Baixo	19	38%	187	28,6%
Médio	7	14%	61	9,3%
Alto	8	16%	24	3,4%
Não sabe	-	-	5	0,8%
Recusou-se a responder	-	-	-	-

Os sujeitos de Sorocaba reconhecem proporcionalmente maior risco próprio de infecção pelo HIV/AIDS.

Quadro 12 – Você conhece ou conheceu pessoalmente alguém que tem o vírus da AIDS?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	40	80%	250	38,3%
Não	10	20%	400	61,3%
Não sabe	-	-	2	0,3%
Recusou-se a responder	-	-	1	0,15%

Chama a atenção o fato dos entrevistados de Sorocaba referirem, em uma porcentagem muito maior, o conhecimento de alguém soropositivo, o que pode ser relacionado a alta prevalência do HIV/AIDS na população em situação de rua.

Quadro 13 – Qual o seu grau de relacionamento com essa pessoa?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Seu pai	-	-	1	0,4%
Seu (sua) namorado (a)	2	4%	4	1,6%
Amigos (as)	23	21%	129	51,6%
Seus colegas de trabalho/escola	13	38%	28	11,2%
Parentes	2	4%	16	6,4%
Conhecidos/vizinhos	-	-	65	26%
Pacientes de hospitais	-	-	4	1,6%
Não sabe	-	-	2	0,8%
Recusou-se a responder	-	-	1	0,4%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 14 – Você poderia me dizer todas as maneiras de uma pessoa se proteger do vírus da AIDS?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Relação sexual com camisinha	47	94%	636	97,4%
Não transar/ abstinência sexual	2	4%	27	4,1%
Transar somente com quem fez o teste	3	6%	18	2,8%
Não ter vários parceiros	6	12%	153	23,4%
Conhecer/confiar na pessoa com quem tem relações sexuais	2	4%	73	11,2%
Não usar drogas	-	-	63	9,6%
Usar sempre seringas novas	5	10%	148	22,7%
Evitar transfusões de sangue	1	2%	50	7,7%
Não ter contato com sangue de outras pessoas	-	-	31	4,7 %
Outros	-	-	39	6,0%
Não sabe	2	4%	5	0,8%
Recusou-se a responder	-	-	2	0,3%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Experiências sexuais

Quadro 15 – Você diria que na sua vida se sentiu atraído/a:

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Somente por mulheres	46	92%	636	97,4%
Somente por homens	-	-	5	0,8%
Por homens e mulheres	4	8%	10	1,5%
Não sabe	-	-	2	0,3%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 16 – Você já teve relações sexuais?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	50	100%	616	94,3%
Não	-	-	37	5,7%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 17 – Você já fez sexo vaginal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	50	100%	611	93,6%
Não	-	-	42	6,4%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 18 – Você já fez sexo oral?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	45	90%	397	60,8%
Não	5	10%	256	6,4%

Chama a atenção o fato da prática do sexo oral ser mais comum entre jovens em situação de rua da cidade de Sorocaba, se comparados com jovens brasileiros em geral, dado este que perguntas posteriores do questionário confirmam.

Quadro 19 – Você já fez sexo anal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	28	56%	299	45,8%
Não	22	44%	354	54,2%

Embora a diferença apontada na Quadro acima não seja tão significativa, dados de perguntas posteriores indicam que a prática do sexo anal é maior entre jovens em situação de rua de Sorocaba se comparados com os jovens brasileiros em geral.

Quadro 20 – Idade da primeira relação sexual

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Até 13 anos	22	44%	107	16,4%
14 a 16 anos	16	32%	334	51,1%
17 anos ou mais	12	24%	173	26,5%

Os jovens em situação de rua na cidade de Sorocaba apresentam iniciação sexual mais precoce.

Uso de preservativo

Quadro 21 – Considerando todos os tipos de relação e parceiros (as) que você teve até hoje. Depois da sua primeira relação sexual, você usou camisinha, masculina ou feminina (mesmo que tenha sido uma única vez)?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	44	88%	604	98,1%
Não	6	12%	12	1,9%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 22 – Quando você usou camisinha masculina pela primeira vez em sua vida?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Há menos de 1 ano	1	2%	21	3,5%
1 a 2 anos atrás	4	9%	37	6,1%
2 a 3 anos atrás	4	9%	58	9,6%
4 a 5 anos atrás	3	6%	120	19,9%
5 a 10 anos atrás	21	47%	275	45,5%
10 a 20 anos atrás	8	18%	83	13,7%
Não lembra	3	6%	10	1,7%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 23 – Você já deixou de usar camisinha por causa do preço?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	1	2,3%	37	6,1%
Não	43	97,7%	567	93,8%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 24 – Onde você costuma comprar/obter camisinha?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Compro na farmácia	14	31,8%	511	84,6%
Compro no supermercado	-	-	22	3,6%
Compro/ganho no bar/motel/hotel	-	-	1	0,2%
Recebo gratuitamente (hospital)	29	65,9%	57	9,4%
Recebo gratuitamente (escola, ONGs)	1	0,2%	1	0,2%
Parceiro traz	-	-	1	0,2%
Empresa	-	-	1	0,2%
Ganha de parentes/amigos	-	-	5	0,8%
Festas/eventos	-	-	1	0,2%
Ao costuma usar camisinha	-	-	4	0,7%

Os jovens em situação de rua de Sorocaba buscam mais o acesso a preservativos gratuitamente, o que possivelmente se explique pelo fato da necessidade financeira maior por parte deles.

Comportamento e práticas sexuais

Quadro 25 – Com quantas pessoas, aproximadamente, você diria que teve relações sexuais na sua vida

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
1 parceiro	1	2%	42	6,4%
2 parceiros	8	16%	22	3,4%
3 a 5 parceiros	3	6%	125	19,1%
6 a 10 parceiros	13	26%	153	23,4%
11 a 20 parceiros	16	32%	139	21,3%
21 a 50 parceiros	6	12%	85	13,0%
Mais de 50 parceiros	2	4%	25	3,8%
Recusou-se a responder	1	2%	2	0,3%

Não é possível afirmar que há diferenças significativas entre ambas as pesquisas, uma vez que o maior número de parceiros na vida se deve também ao fato da média de idade dos jovens em situação de rua de Sorocaba ser maior do que a dos sujeitos da pesquisa nacional.

Quadro 26 – Com quantas dessas pessoas você teve um relacionamento que durou pelo menos 1 ano?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
nenhuma	6	12%	105	17,1%
1 pessoa	21	42%	280	45,5%
2 pessoas	8	16%	114	18,5%
3 pessoas	5	10%	65	10,5%
4 pessoas	3	6%	22	3,6%

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
5 pessoas	2	4%	15	2,4%
6 pessoas	2	4%	8	1,3%
7 pessoas	1	2%	2	0,3%
8 pessoas	1	2%	3	0,5%
Recusou-se a responder	1	2%	2	0,3%

Não é possível afirmar que há diferenças significativas entre ambas as pesquisas, uma vez que o maior número de relacionamentos longos na vida se deve também ao fato da média de idade dos jovens em situação de rua de Sorocaba ser maior do que a dos sujeitos da pesquisa nacional.

Quadro 27 – Com quantas pessoas, aproximadamente, você teve relações sexuais nos últimos 5 anos?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
1 parceiro	11	22%	157	24,0%
2 parceiros	9	18%	60	9,2%
3 a 5 parceiros	9	18%	158	24,2%
6 a 10 parceiros	9	18%	109	16,7%
11 a 20 parceiros	8	16%	74	11,3%
21 a 50 parceiros	2	4%	30	4,6%
Mais de 50 parceiros	-	-	5	0,8%
Recusou-se a responder	1	2%	4	0,6%
Nenhum	1	2%	56	8,6%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 28 – Com quantas dessas pessoas você manteve um relacionamento que durou pelo menos 1 ano?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Nenhuma	10	20%	101	17,3%
1 pessoa	31	62%	381	64,2%
2 pessoas	7	14%	81	13,7%
3 pessoas	-	-	21	3,5%
4 pessoas	1	2%	6	1,0%
5 pessoas	-	-	1	0,17%
6 pessoas	-	-	1	0,17%
Não opinou/ recusou-se a responder	1	2%	1	0,17%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 29 – Você já teve, alguma vez, relações sexuais com pessoas do mesmo sexo?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Não	47	94%	597	96,9%
Sim	1	2%	19	3,1%
Recusou-se a responder	2	4%	-	-

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 30 – Agora, nós gostaríamos de saber se você teve relacionamentos sexuais nos últimos 12 meses (entre os que já tiveram na vida)

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	44	88%	607	93,0%
Não (e nunca teve na vida)	-	-	25	6,8%
Não (mas já teve na vida)	5	10%	17	2,6%
Recusou-se a responder	1	2%	4	0,6%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 31 – Número e tipos de parceiros sexuais no último ano

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Estáveis	33	35%	504	48,5%
Eventuais	60	65%	535	51,5%
Total	93		1039	
Média de parceiros por sujeitos sexualmente ativos no último anos	2,1		1,7	

Na população jovem de rua de Sorocaba, os parceiros eventuais são proporcionalmente em maior número, o que pode ser explicado pelo fato de estarem mais sem parceiros fixos no momento.

Quadro 32 – Relacionamentos sexuais no último ano por tipo de sexo

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Porcentagem em relação às transas	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Vaginal	92	99%	1020	98,2%
Oral	84	90%	513	49,4%
Anal	43	46%	246	23,7%

A exemplo do que afirmado na análise dos Quadros 18 e 19, a prática de sexos oral e anal é mais comum entre jovens em situação de rua de Sorocaba.

Quadro 33 – Relacionamentos sexuais no último ano - Sexo vaginal

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Porcentagem em relação às transas	Jovens Brasil Frequência	Porcentagem em relação às transas
Sim, com camisinha	57	61%	687	66,1%
Sim, sem camisinha	35	38%	333	32,1%
Não fez	1	1%	15	1,4%
Recusou-se a responder	-	-	4	0,4%

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 34 – Relacionamentos sexuais no último ano - Sexo oral

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Porcentagem em relação às transas	Jovens Brasil Frequência	Porcentagem em relação às transas
Sim, com camisinha	44	47%	159	15,3%
Sim, sem camisinha	40	43%	354	34,1%
Não fez	9	10%	521	50,1%
Recusou-se	-	-	5	0,5%

Conforme visto na análise do Quadro 18, a prática do sexo oral é mais comum entre jovens em situação de rua de Sorocaba.

Quadro 35 – Relacionamentos sexuais no último ano – Sexo anal

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Porcentagem em relação às transas	Jovens Brasil Frequência	Porcentagem em relação às transas
Sim, com camisinha	26	28%	162	15,6%
Sim, sem camisinha	17	18%	84	8,1%
Não fez	50	54%	784	75,5%
Recusou-se a responder	-	-	9	8,7%

Conforme visto na análise do Quadro 19, a prática do sexo anal é mais comum entre jovens em situação de rua de Sorocaba.

Útima Relação Sexual

Quadro 36 – Com relação a esse/a parceiro/a, você diria que:

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
É soronegativo/a para o HIV	26	58%	495	86,5%
É soronegativo/a para o HIV	1	2%	2	0,4%
Não sabe / recusou-se a responder	18	40%	75	13,1%
Total	45		572	

Entre os jovens em situação de rua de Sorocaba há um maior desconhecimento do status sorológico do parceiro, o que pode estar associado ao maior número de parceiros eventuais neste grupo.

Quadro 37 – Essa pessoa era:

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Do sexo oposto	44	98%	567	99,1%
Do mesmo sexo	-	-	5	0,9%
Recusou-se a responder	1	2%	-	-
Total	45		572	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 38 – Nessa última relação sexual, você e o (a) seu (sua) parceiro(a) fizeram sexo vaginal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	44	98%	564	94,5%
Não	1	2%	3	0,5%
Recusou-se a responder	-	-	-	-
Total	45		567	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 39 – Vocês usaram camisinha, masculina ou feminina, nessa última relação sexual vaginal

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	17	39%	303	53,7%
Não	27	61%	261	46,3%
Total	44		564	

Embora no Quadro 33 o uso do preservativo no último ano, nas relações sexuais vaginais, não fosse diferente entre os jovens em situação de rua de Sorocaba, se comparados aos jovens em geral, na descrição da última relação, considerada internacionalmente como indicativa do padrão de vida sexual das pessoas, o uso aparece como menos constante.

Quadro 40 – Por que não usou? (espontânea)

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Confio no meu parceiro(a)	12	44%	195	74,7%
Não gosto de usar	9	33%	23	8,8%
Não tinha no momento	2	7%	8	3,1%
Toma pílula/ parceira toma pílula	-	-	7	2,7%
O tesão foi mais forte não deu tempo	3	11%	4	1,5%
Outro motivos	1	4%	18	6,9%
Total	27		261	

O menor uso do preservativo entre jovens em situação de rua de Sorocaba está associado à resistência ao seu uso, o que pode ser percebido pela porcentagem de pessoas que referem não gostar de usar.

Quadro 41 – Para os que usaram: você usa camisinha com essa pessoa há mais de 6 meses?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	2	12%	177	58,4%
Não, transamos há menos de 6 meses	-	-	72	23,8%
Não, começamos a usar há menos de 6 meses	4	24%	10	3,3%
Não estou me relacionando mais com essa	11	65%	42	13,9%
Não lembra/recusou-se a responder	-	-	2	0,7 %
Total	17		303	

Não há como interpretar estes dados em virtude dos parceiros dos jovens em situação de rua de Sorocaba serem proporcionalmente mais eventuais.

Quadro 42 – A camisinha rompeu/ rasgou nesta última relação sexual vaginal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	1	6%	14	4,6%
Não	16	94%	289	95,4%
Total	17		303	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 43 – Vocês usaram outro método para evitar filhos (excluindo a camisinha), nessa última relação sexual?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	22	44%	257	45,6%
Não	17	34%	298	52,8%
Não lembra	6	12%	1	0,18%
Não sabe	5	10%	8	1,4%
Total	50		564	

Na população jovem em situação de rua de Sorocaba há uma maior porcentagem de pessoas des preocupadas com contracepção e DSTs.

Quadro 44 – Que método era esse? (resposta espontânea)

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Pílula anticoncepcional	13	59%	214	83,3%
Injeção/implante	3	13%	19	7,4%
D.I.U	1	4%	5	1,9%
Coito interrompido/gozar fora	4	18%	4	1,7%
Quadro	-	-	2	0,9%
Laqueadura/ligação de trompas	1	4%	11	4,3%
Anel vaginal	-	-	1	0,4%
Não sabe	-	-	1	0,4%
Total	22		257	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 45 – Nessa última relação sexual, você e o(a) seu(sua) parceiro(a) fizeram sexo anal

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	14	31%	29	5,1%
Não	30	67%	535	94,4%
Recusou-se a responder	1	2%	3	0,5%
Total	45		567	

Conforme discutido na análise dos Quadros 19 e 35, a prática do sexo anal é mais comum entre os jovens em situação de rua de Sorocaba.

Quadro 46 – Vocês usaram camisinha nessa última relação sexual anal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	6	43%	20	69%
Não	8	57%	9	31%
Total	14		29	

A população jovem de Sorocaba pratica mais sexo anal sem proteção. Podemos observar quase o mesmo número da pesquisa nacional, que tem número de sujeitos treze vezes maior.

Quadro 47 – Por que não usou camisinha?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Confio no meu parceiro	3	37,5%	6	66,7%
Não gosto de usar	5	62,5%	1	11,1%

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Minha/meu parceiro não quis usar	-	-	1	11,1%
Não tinha no momento	-	-	1	11,1%
Total	8		9	

Conforme vimos na análise do Quadro 40, há uma maior resistência entre jovens em situação de rua de Sorocaba ao uso do preservativo.

Quadro 48 – Você pensa em começar a usar camisinha nas relações anais com essa pessoa?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim, nos próximo 6 meses	-	-	1	11%
Sim, nos próximos 30 dias	1	12%	4	44%
Não.Vou continuar transando sem camisinha	-	-	4	44%
Não estou mais me relacionando com essa pessoa	7	583%	-	-
Total	8		9	

Não há como analisar os dados em função do baixo número de sujeitos nas duas pesquisas.

Quadro 49 – Você usa camisinha na relação anal com essa pessoa há mais de 6 meses?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	-	-	12	60%
Não	-	-	4	20%
Não estou mais me relacionando com essa pessoa	6	100%	4	20%
Total	6		20	

Não há como analisar os dados em função do baixo número de sujeitos nas duas pesquisas.

Quadro 50 – A camisinha rompeu/rasgou nessa última relação sexual anal?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	1	16,7%	-	-
Não	5	83,3%	20	100%
Total	6		20	

Não há como analisar os dados em função do baixo número de sujeitos nas duas pesquisas.

Quadro 51 – Você fez sexo oral no seu parceiro (a) nessa última relação sexual?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	37	82%	146	25,8%
Não	7	16%	416	73,4%
Não lembra / recusou-se a responder	1	2%	5	0,9%
Total	45		567	

Conforme discutido na análise dos Quadros 18 e 34, a prática do sexo oral é mais comum entre os jovens em situação de rua de Sorocaba.

Quadro 52 – O/a parceiro(a) fez sexo oral em você nessa última relação sexual?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	36	80%	171	30,2%
Não	8	18%	391	69,0%
Não lembra / recusou-se a responder	1	2%	5	0,9%
Total	45		567	

Conforme discutido na análise dos Quadros 18 e 34, a prática do sexo oral é mais comum entre os jovens em situação de rua de Sorocaba.

Reprodução e Saúde

Quadro 53 – Você tem/teve filhos, considerando filhos biológicos, adotados, do parceiro?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	29	58%	192	29,4%
Não	21	42%	458	70,1%
Não lembra / recusou-se a responder	-	-	3	4,6%
Total	50		653	

A maior porcentagem de pessoas com filhos pode ser explicada pelo fato da população jovem em situação de rua de Sorocaba possuir uma média de idade maior em relação à pesquisa brasileira.

Quadro 54 – Você já fez teste para o HIV (teste de AIDS) na sua vida?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	32	64%	183	28,0%
Não	18	36%	470	72,0%
Total	50		653	

A porcentagem dos jovens em situação de rua de Sorocaba que já fizeram o teste sorológico para HIV é proporcionalmente maior, o que pode ser explicado, segundo depoimentos informais, pelo fato de muitos já terem passado por centros para tratamento do uso de álcool e drogas, onde tal testagem é comum.

Quadro 55 – Quantas vezes você já fez o teste do HIV/AIDS?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
1 vez	16	50%	78	42,6%
2 vezes	4	12%	37	20,2%
3 vezes	7	21%	26	14,2%
4 vezes	1	0,3%	15	8,2%
5 vezes	1	0,3%	5	2,7%
6 vezes	-	-	4	2,2%
7 vezes	-	-	2	1,1%
8 vezes	2	0,6%	6	3,3%
9 vezes	-	-	1	0,6%
10 vezes	1	0,3%	2	1,1%
11 vezes	-	-	1	0,6%
12 vezes	-	-	1	0,6%
15vezes	-	-	2	1,1%
16 vezes	-	-	1	0,6%
Não sabe	-	-	2	1,1%
Total	32		183	

A diferença pode ser explicada pela mesma razão exposta na análise do Quadro anterior.

Quadro 56 – Quando você fez o seu último teste para o HIV/AIDS (espontânea)?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Nos últimos 6 meses	14	43,7%	65	36,9%
Nos últimos 12 meses	8	25%	44	25%
Entre 12 meses e 5 anos	10	31,2%	66	37,5%
Não sabe	-	-	1	5,7%
Total	32		176	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Uso de álcool e drogas

Quadro 57 – Com que frequência você bebe?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Mais do que 4 vezes por semana	6	12%	12	1,8%
3 a 4 vezes por semana	8	16%	26	4,0%
1 a 2 vezes por semana	13	26%	178	27,3%
Todo mês, menos de 1 vez por semana	5	10%	73	11,2%
Raramente	11	22%	224	34,3%
Não bebe mais	7	14%	93	14,2%
Experimentou apenas 1 vez	-	-	4	0,6%
Nunca bebeu	-	-	43	6,6%
	50		653	

O maior uso de álcool, entre os jovens em situação de rua de Sorocaba, reflete algo que é comum na população em situação de rua no Brasil como um todo (DANTAS, 2007), resultado do círculo vicioso entre beber abusivamente e estar na rua.

Quadro 58 – Em algum período da sua vida você passou a beber regularmente (mais do que 4 vezes por semana)?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	42	84%	110	16,8%
Não	8	16%	543	83,2%
Total	50		653	

A exemplo do discutido no Quadro anterior, os dados corroboram a forte correlação entre beber álcool regularmente e estar em situação de rua.

Quadro 59 – Quantos anos você tinha quando passou a beber regularmente?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
15 anos ou menos	15	30%	5	0,8%
16 a 18 anos	15	30%	58	8,9%
19 a 21 anos	10	20%	35	5,4%
22 anos ou mais	2	4%	12	1,8%
Total	42		110	

Conforme se pode observar, o uso precoce do álcool é muito mais intenso entre os jovens em situação de rua de Sorocaba, que referem ter iniciado seu uso regular com 15 anos ou menos de idade, com uma frequência 40 vezes maior do que os jovens brasileiros em geral. O uso precoce do álcool está fortemente associado à dependência futura da substância, o que, por sua vez, está fortemente correlacionado à situação de rua, conforme visto anteriormente.

Quadro 60 – Depois dessa fase em que você passou a beber regularmente (mais do que 4 x por semana)?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Continuo a beber regularmente até hoje	20	48%	23	21%
Hoje só bebo com moderação, de vez em quando	15	36%	83	75%
Já parei e voltei a beber várias vezes	7	17%	4	4%
Total	42		110	

Os dados deste Quadro corroboram as análises feitas nos três Quadros anteriores.

Quadro 61 – Quantas doses por semana / unidades de álcool?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Não bebe / raramente	12	24%	543	83,2%
1 a 7	7	14%	18	2,8%
8 a 14	10	20%	20	3,1%
15 a 21	9	18%	3	0,5%
22 a 28	4	8%	5	0,8%
29 a 35	2	4%	5	0,8%
Mais de 35	6	12%	42	6,4%
Não sabe / recusou-se a responder	-	-	17	2,6%

Os dados deste Quadro corroboram as análises feitas nos três Quadros anteriores. Cumpre ressaltar que o consumo descrito na pesquisa nacional pode estar superestimado porque investigou-se o consumo de álcool diário e não o semanal, sendo que muitas pessoas concentram seu consumo nos fins de semana.

Quadro 62 – Você, alguma vez, já pensou em parar de beber?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	36	72%	67	60,9%
Não	14	28%	42	38,2%
Recusou-se a responder	-	-	1	0,9%
Total	50		110	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 63 – Você já deixou de usar camisinha por estar sob o efeito do álcool?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	11	22%	95	15,6%
Não	38	76%	490	80,3%
Outros	1	2%	25	4,1%
Total	50		610	

Não há diferenças significativas entre ambas as pesquisas.

Quadro 64 – À exceção de álcool e cigarro, você já usou algum tipo de droga?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Sim	44	88%	119	18,2%
Não	6	12%	533	81,6%
Não sabe	-	-	1	0,2%
Total				

Os dados mostram a frequência muitíssimo maior do consumo de drogas ilícitas nos jovens em situação de rua de Sorocaba, o que vem sendo apontado na bibliografia como algo relevante.

Quadro 65 – Qual a primeira droga que você usou?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Maconha/haxixe	37	84,1%	97	81,5%
Cocaína	4	9,1%	6	5,0%
Crack	3	6,8%	1	0,8%
Inalantes	-	-	12	3,4%
Ecstasy	-	-	1	0,8%
Alucinógenos	-	-	1	0,8%
Não sabe / recusou-se a responder	-	-	1	0,8%
Total	44		119	

Não há diferença significativa quanto à primeira droga ilícita utilizada.

Quadro 66 – Últimos doze meses você utilizou algum tipo de droga (excluindo álcool e cigarro)?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem	Jovens Brasil Frequência	Jovens Brasil Porcentagem
Não usou nenhuma	20	40 %	599	91,7 %
Maconha/haxixe	17	34 %	43	6,6 %
Cocaína	13	26 %	9	1,4 %
Crack	22	44 %	3	0,5 %
Inalantes	2	4 %	5	0,8 %
Ecstasy	1	2 %	3	0,5 %
Alucinógenos	-	-	3	0,5 %
Não sabe / recusou-se	-	-	-	-

Como vimos anteriormente o uso de drogas é muitíssimo mais frequente entre os jovens em situação de rua de Sorocaba. Chama a atenção o uso de crack, que tem uma prevalência de uso aproximadamente 100 vezes maior do que o dos jovens brasileiros em geral.

Quadro 67 – Consumo de drogas regularmente

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem
Sim	28	56%
Não	21	42%
Recusou-se	1	2%

Esses dados corroboram a elevadíssima utilização de drogas ilícitas descrita anteriormente.

Quadro 68 – Drogas de uso regular

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem
Maconha	15	30%
Cocaina	10	20%
Crack	18	36%
Lança Perfume	2	4%

Idem a análise dos dois Quadros anteriores.

Quadro 69 – Frequência de utilização por droga ilícita

	Maconh a freq.	Maconha porcent.	Cocaina freq.	Cocaina porcent.	Crack freq.	Crack porc.
Todo dia	7	14%	-	-	12	24%
2 a 4 x semanais	-	-	-	-	1	2%
1 x semanal	5	10%	4	8%	1	2%
2 a 3 x por mês	1	2%	2	4%	-	-
1 x por mês	-	-	1	2%	3	6%
Sem informação	2	4%	2	4%	1	2%

Chama a atenção, além do que foi analisado anteriormente, o fato de que um quarto dos pesquisados faz uso diário de crack. Nota-se que o consumo de cocaína é um pouco menor se comparado ao da maconha e do crack, o que pode ser explicado por ser esta uma droga mais cara.

Quadro 70 – Você já foi detido ou condenado por algum crime?

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem
Sim	20	40%
Não	29	58%
Recusou-se a responder	1	2%

Conforme previsto em observação exploratória anterior, o questionário revelou uma grande quantidade de pessoas detidas anteriormente entre a população pesquisada. As falas espontâneas revelaram motivos variados para estas detenções.

Quadro 71 – Tempo de detenção

	Jovens de rua Sorocaba Frequência	Jovens de rua Sorocaba Porcentagem
Menos de 1 ano	6	12%
De 1 a 3 anos	10	20%
Mais de 3 anos	2	4%
Recusou-se a responder	2	4%

Os dados revelam que a maior parte das detenções se deu por tempo relativamente curto.

Conclusão

Em relação ao perfil geral dos jovens em situação de rua de Sorocaba, os resultados da pesquisa indicaram algumas diferenças em relação aos jovens brasileiros como um todo: há menos jovens de rua brancos; há mais jovens de rua separados conjugalmente; há muito mais jovens de rua migrantes, com conseqüente tempo de moradia muito menor em Sorocaba; há muito mais jovens desempregados; há um grande número de jovens ex-detentos. Tais dados são concordantes com a bibliografia que aponta a correlação entre pobreza e cor de pele mais escura e entre desemprego, detenção prévia, migração constante e rompimento de vínculos familiares com a situação de rua

No que diz respeito ao comportamento sexual dos jovens em situação de rua de Sorocaba, estes mostram que têm iniciação sexual mais precoce. Não há diferença significativa em relação ao número de parceiros recentes, mas estes são proporcionalmente mais eventuais. Em relação ao tipo de sexo praticado, chama a atenção as práticas bem mais frequentes de sexo oral e anal na relação com os parceiros.

Em relação à percepção do risco para a infecção pelo HIV/AIDS, os jovens de rua pesquisados mostram que concebem um risco individual maior de infecção, mas de um risco menor na cidade de Sorocaba em geral. Referem, também, maior conhecimento de pessoas próximas com HIV/AIDS, o que mostra um cotidiano em que o vírus e a doença estão mais presentes.

No que diz respeito ao sexo seguro, observa-se comportamento de maior risco por parte dos jovens de rua de Sorocaba, o que é indicado por vários elementos, sendo os principais a maior resistência ao uso do preservativo, a frequência muito maior de práticas sexuais desprotegidas (inclusive sexo anal) e o desconhecimento maior do status sorológico do parceiro. Há, contudo, realização mais frequente de sorologia para HIV/AIDS entre eles.

O uso de álcool e drogas é muito intenso entre os jovens de rua de Sorocaba se comparados com os brasileiros em geral, o que evidencia a relação de “círculo vicioso” entre este uso e a situação de rua apontada pela bibliografia. É importante destacar o uso muito mais precoce, frequente e intenso do álcool. Em relação ao consumo do crack, os dados revelam uma situação calamitosa, com quase metade dos pesquisados fazendo uso constante da droga e um quarto deles uso diário.

Os resultados obtidos no geral sugerem uma vulnerabilidade ao HIV/AIDS muito aumentada entre os jovens pesquisados, o que mostra a necessidade do desenvolvimento de políticas específicas voltadas para este segmento, com o intuito de reduzir essa vulnerabilidade, pautadas pelo reconhecimento dos direitos humanos desses jovens.

Referências

ARAGÃO, M. B. C. Um perfil dos imigrantes que recorrem aos albergues da região de Sorocaba. **Travessia**, São Paulo, ano X, n. 29, p. 12-16, 1997.

ARANHA, V. J. Os albergues dos migrantes no Interior do Estado de São Paulo: Programas de Ação Social ou Políticas de Circulação de População? **Travessia**, São Paulo, v. 25, p. 15-35, 1996.

BRASIL. **Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009**. 2009. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D7053.htm.>

BRITO, V. O. C.; PARRA, D.; FACCHINI, R.; BUCHALLA, C. M. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 2, 2007.

BUCHALLA, C. M.; PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, 2002.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1991.

DANTAS, M. **Construção de políticas públicas para população em situação de rua no Município do Rio de Janeiro: limites, avanços e desafios**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2007.

GAYOTTO, D. L. G. Migração: problema nosso. In: IPESO. **Um retrato do migrante da região de Sorocaba**. Sorocaba: FUA, 1997. p 6.

IPESO. **Um retrato do migrante da região de Sorocaba**. Sorocaba: FUA, 1997.

MALTA, M.; PETERSEN, M. L.; CLAIR, S.; FREITAS, F.; BASTOS, F. I. Aderência à terapia antirretroviral: um estudo qualitativo com médicos no Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, 2005.

META - Instituto de Pesquisa de Opinião. **Relatório final do primeiro censo nacional e pesquisa amostral sobre a população em situação de rua**. Porto Alegre, 2008.

PAM - Plano de Ações e Metas. PAM 2009 - Sorocaba. Disponível em: <<http://pam.aids.gov.br/pam/menu/pam2.asp>> Acesso em: 3 abr. 2010.

PAUGAM, S. **Desqualificação social: ensaio sobre a nova pobreza**. São Paulo: Cortez, 2003.

RANGEL, M. C. Migrantes da Casa de Passagem de Presidente Prudente. **Travessia**, São Paulo, p. 17-24, 1997.

SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. **Região Administrativa de Sorocaba. 2007**. Disponível em: <<http://www.planejamento.sp.gov.br/des/textos8/Sorocaba.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2010.

UNAIDS. **Report on the global AIDS epidemic**. 2006. Geneva.

VIEIRA, M. A. C. et al. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Hucitec, 1991.

“Migrando igual nômade”: um estudo sobre a trajetória de vida da população jovem em situação de rua de Sorocaba

*Daniele Cristina da Rocha e Silva
Marcos Roberto Garcia Vieira*

O presente capítulo parte de uma pesquisa qualitativa que teve como objetivo inicial entender as trajetórias de vida de jovens adultos em situação de rua de Sorocaba, incluindo os aspectos sócio-econômicos (escolaridade, histórico profissional, constituição familiar, etc.) e os relacionados à sexualidade e ao uso de álcool e outras drogas. As observações e contatos exploratórios ocorridos na primeira fase do projeto de pesquisa principal levaram à constatação da importância de uma investigação das trajetórias de vida nômades da população em situação de rua de Sorocaba.

Além da constatação da heterogeneidade dessa população, observamos vários pontos comuns entre os membros dessa população jovem pesquisada (de 18 a 31 anos) em situação de rua, como o uso abusivo precoce de drogas (lícitas e ilícitas), a saída prematura da escola, o desemprego ou trabalho precário e os vínculos fragilizados com a família de origem.

O recurso ao estudo das trajetórias de vida foi utilizado como uma tentativa de se entender como estes diversos aspectos se relacionam entre si, motivando um subprojeto específico de pesquisa, que é desenvolvido na sequência.

Percebeu-se, durante o estudo, a possibilidade de compreensão da articulação das trajetórias nômades desenvolvidas por esses sujeitos como possibilidade de resistência frente a imperativos normativos de diversas ordens (higiene, sexualidade,

escolarização, etc.). Ao mesmo tempo, tais trajetórias evidenciaram um cenário de múltiplas vulnerabilidades vivenciadas por essa população, em especial a relacionada à violência em suas diversas formas.

População em situação de rua: definição e características

Segundo Rosa (2005), é cada vez mais expressivo o número de pessoas que habitam os espaços públicos nas grandes e médias cidades brasileiras. Este fato é decorrente das intensas mudanças do mundo do trabalho e, também, do modo como a sociedade brasileira se organiza (marcado por desigualdades sociais, desemprego, condições de moradia, saúde e educação precárias, etc.). São pessoas com diferentes histórias de vida, que passaram a utilizar o espaço da rua como lugar de sobrevivência e moradia.

Esse contexto de exclusão social, no qual a população de rua se inclui, possui sua origem tanto nas questões econômicas como também na perda de autoestima e na falta do sentimento de pertencimento social, de perspectivas frente ao futuro e de informações frente aos direitos (COSTA, 2005).

As denominações para se referir à população de rua são historicamente constituídas e, muitas vezes, assumem uma conotação pejorativa. No Brasil, foram utilizados historicamente vários termos como referência a essa população, como: marginais, mendigos, moradores de rua, sofredores de rua e excluídos sociais. Estas expressões eram relacionadas à forma de moradia, de trabalho, de origem e deslocamento, de saúde e à aparência, além de muitas vezes associadas ao atendimento social de órgãos públicos e organizações não-governamentais, e à suposta transgressão e contravenção dessa população, associação muito presente em jornais e revistas da década de 70 a 90 (ROSA, 2005).

Segundo a caracterização apresentada por Vieira et al. (1992), o termo “população de rua” pode ser definido como “um segmento social que, sem trabalho e sem casa, utiliza a rua como espaço de sobrevivência e moradia” (p. 47). Mais recentemente, os pesquisadores dessa temática preferem utilizar o termo “população em situação de rua”, que enfatiza o caráter transitório dessa situação.

Vieira et al. (1992) identificaram segmentos diferenciados dentro da população em situação de rua. Com diferenças baseadas

no tempo e constância em relação ao dormir na rua, que configuram três tipos de condição: o “ficar na rua”, o “estar na rua” e o “ser da rua” (p. 93-5). O “ficar na rua” caracteriza-se por uma condição circunstancial de pessoas que não têm recursos para pagar por pensões e não conseguem vaga em albergues. Nestes casos, por medo de alguma violência e da própria vulnerabilidade, costumam passar as noites em lugares públicos de maior movimento. O “estar na rua” refere-se à situação daqueles que estão recentemente utilizando a rua como local de moradia, já não percebem a rua como algo tão ameaçador e começam a estabelecer vínculos com pessoas da mesma situação. O “ser da rua”, por sua vez, é a condição de quem já vive há um tempo considerável na rua, passando por um processo de desgaste físico e mental em função da má alimentação, das condições de higiene precárias e pelo uso constante do álcool e outras drogas.

A Pesquisa Nacional sobre a População em Situação de Rua (META, 2008) estima que 16,2% da população de rua no Brasil é constituída por jovens de 18 a 24 anos. Considerando-se a situação de rua como algo que pode ser ocasional (como no caso das pessoas que “ficam’ ou estão” na rua) ou mais permanente (como no caso das pessoas que “são” da rua), é possível pensar que a maior parte destes jovens adultos, em função da idade, encontra-se nas primeiras condições, não tendo passado ainda por um processo de cronificação de sua condição.

Segundo Medeiros et al. (2001), existe uma parcela significativa de adolescentes e jovens que vivem nas ruas por causa da situação de miséria, ou até mesmo, para fugir da violência doméstica que muitas vezes vivem. Porém, não conseguem fugir da violência urbana associada à exploração do mercado informal e ao mercado sexual e da vulnerabilidade ao HIV/AIDS e ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Os mesmos autores observam que os jovens restringem a sexualidade ao ato sexual, que é visto como algo prazeroso, e utilizam os espaços que a rua oferece para sua prática (lotes vagos, casas abandonadas). A homossexualidade e o comércio sexual também são frequentes na vida desses jovens de ambos os sexos, assim como a ausência da prática do sexo seguro em seu cotidiano (MEDEIROS et al., 2001).

Segundo Rosa (2005), se a dependência do álcool marca lugar importante na vida da população de rua (existindo oscilações entre beber e parar), nos últimos anos o crack está surgindo cada

vez mais como uma ameaça, muitas vezes substituindo o álcool. A população em situação de rua vive no limite da possibilidade do uso da bebida ou da droga ilícita pela falta de perspectiva em relação ao futuro e de saída da situação de rua, o que a deixa frequentemente subordinada aos interesses dos comerciantes de drogas ilícitas, expondo-a às típicas situações de violência envolvidas no “acerto de contas”.

Nomadismo e a população em situação de rua

A questão do nomadismo é apontada na bibliografia sobre a população de rua como uma característica marcante deste segmento. Para Escorel (1999), inclui a migração frequente de uma cidade para outra e o deslocamento contínuo pelos espaços públicos da cidade. Tal autora, porém, é bastante crítica em relação às análises que relacionam o nomadismo como algo da natureza intrínseca da pessoa em situação de rua, como se isso fosse, em última instância, uma escolha, e considera seu nomadismo muito mais como uma imposição da pobreza e dos fluxos de circulação das cidades. Neste sentido, a rua é vista por ela não como um espaço de liberdade, mas como “o espaço do imprevisível, da insegurança e da vulnerabilidade, do perigo constante que espreita” (p. 255).

Segundo Vieira et al. (1992), a maior parte da população em situação de rua carrega consigo seus pertences, que não passam muito de uma sacola com os objetos pessoais, o que evidencia a mobilidade característica dessa população.

Mesmo tendo que se movimentar constantemente, os moradores de rua tendem a ter um território de circulação. São itinerantes dentro de um espaço delimitado. Os grupos se organizam em torno de territórios, tendem a ter uma estabilidade na localização, em “pontos” para moradia e sobrevivência, geralmente ao redor dos “centros de consumo”, onde as entidades de ajuda oferecem alimentação e auxílio. Acabam sendo “pontos tradicionais de ocupação” (ESCOREL, 1999), o que faz com que a itinerância e a fixação se intercalem no cotidiano dos moradores de rua.

Em seu estudo sobre o nomadismo na contemporaneidade, Mafessoli (2001), vai focar este como uma “vagabundagem existencial”, fundada no desejo de se estar sempre em outro lugar. Percebe, assim, a antinomia nomadismo-sedentarismo como atre-

lada, ao mesmo tempo, à necessidade de segurança e ao desejo de um desligamento: "ligação conflituosa entre o necessário sedentarismo e a pulsão do outro lugar que, pontualmente, atormenta o corpo social" (MAFESSOLI, 2001, p. 103). Para o autor, esse desligamento do cotidiano não é obrigatoriamente consciente e pode ocorrer por meio de viagens, turismo ou rupturas de qualquer ordem, configurando-se como uma maneira de se viver que deve ser articulada ao enraizamento fruto da necessidade de segurança.

Percebe que, na modernidade, o sedentarismo (tanto individual como social) está dando lugar ao nomadismo e à errância. E estes retornam com força na pós-modernidade, como uma espécie de retorno da "circulação" na vida cotidiana, o que pode ser percebido, hoje, nas migrações no trabalho, migrações sazonais de turismo, mudanças das condições sócio-econômicas, de identidade, de família ou de sexo, estando, o nomadismo e a errância, relacionados, portanto, ao pluralismo de valores e papéis.

Uma das características do nomadismo é que ele não ocorre somente por questões econômicas, mas o desejo pela evasão também movimenta um desejo de outro lugar. Mafessoli (2001) chama de "pulsão da errância", como resposta a um mundo que não satisfaz mais.

Feitas estas considerações, cabe uma reflexão acerca das vivências nômades das populações urbanas. Se estas vivências não são exclusivas da população de rua, por que se dá um "foco" maior para essa população? Por que é vista como um problema social? A resposta a esse questionamento pode passar pela reflexão de que a condição de rua não pode ser vista a partir de um viés de plena negatividade, mas, ao mesmo tempo, como algo que vulnerabiliza os que ali estão, em um cenário cercado de violência, violações de direitos humanos e de não-reconhecimento da própria característica nômade dessa população na formulação das políticas públicas da área da saúde, educação e assistência social.

Objetivos

O presente estudo buscou entender as trajetórias de vida de jovens adultos em situação de rua de Sorocaba, incluindo os aspectos sócio-econômicos (escolaridade, histórico profissional, constituição familiar, etc.) e os relacionados à sexualidade e ao uso de álcool e outras drogas. A análise inicial dessas trajetórias revelou um tipo de sociabilidade nômade, que suscitou uma investigação específica dessa característica marcante da vida desses jovens adultos.

Metodologia

A população abordada no estudo foi a de adultos jovens com idade entre 18 e 31 anos, da cidade de Sorocaba. A abordagem deste grupo foi realizada por meio de instituições que prestam algum tipo de assistência a essa população. Após o contato com algumas ONGs voltadas à população em situação de rua, foi estabelecida uma parceria com a ONG “Pode Crer”, que tem tal população como um de seus públicos-alvo.

A ONG “Pode Crer” foi fundada na cidade de Sorocaba há 4 anos (abril de 2008), inicialmente por uma médica infectologista e dois psicólogos, que atuavam em atendimentos direcionados a usuários de álcool e drogas. A Sociedade “Pode Crer” é uma organização sem fins lucrativos, que visa trabalhar com jovens e adultos das cidades de Sorocaba e de Votorantim, que se encontram em situações de vulnerabilidade social e que envolvem questões como: exploração sexual, uso e abuso de drogas, violência, falta de moradia, gravidez não planejada, desemprego, desagregação familiar, etc. Possui como foco principal o trabalho baseado nas estratégias de redução de danos e tratamento comunitário. Atualmente, a “Pode Crer” conta, além das diretoras fundadoras, com uma equipe de um psicólogo, duas assistentes sociais, um educador social e quatro agentes redutores de danos. A ONG é financiada por meio de projetos específicos, principalmente por meio do Programa Municipal de DST-AIDS de Sorocaba.

Sua sede, no início do presente estudo, encontrava-se na região central de Sorocaba, de onde foi obrigada a sair por pressão dos moradores vizinhos junto ao locatário do imóvel em que ficava.

O local oferecia o acolhimento dessa população, fazia encaminhamentos necessários, possibilitava banho e lavanderia e oferecia várias atividades no formato de oficinas. No início da pesquisa, os portões da ONG encontravam-se com as portas permanentemente abertas. Depois de muitos conflitos com a vizinhança (que não os queria por perto), as coordenadoras começaram a deixar os portões fechados. Em abril de 2011, a ONG mudou sua sede para um bairro da cidade, começando a ter os mesmos problemas de quando estava na região central. Em junho de 2012, mudou-se novamente de localização, porém, nas localidades da segunda casa. Sempre que ocorrem essas mudanças, a ONG fica menos frequentada por um pequeno período de tempo.

A parceria com a ONG “Pode Crer” possibilitou a realização das entrevistas exploratórias e início das entrevistas de trajetória de vida, assim como uma rica observação, documentada em um diário de campo. Todos os entrevistados da pesquisa são/foram frequentadores da ONG.

Como estratégias de pesquisa foram utilizadas metodologias que possibilitaram o estabelecimento de um diálogo efetivo com a população estudada, maximizando o contexto relacional e interativo na obtenção dos dados. Observou-se tanto a interação entre os sujeitos da pesquisa como seu relacionamento com a população de rua como um todo e com as instituições que frequentam, por meio de uma relação horizontal com eles e uma relação de respeito com o grupo pesquisado.

Os sujeitos foram avisados constantemente da pesquisa realizada e do sigilo de sua identidade no manejo dos dados. Uma vez estabelecida uma relação de maior proximidade com os jovens em situação de rua, foi utilizada como um recurso mais formal, a técnica de entrevista semiestruturada com 8 sujeitos (sendo 6 homens e 2 mulheres), que foram posteriormente gravadas e transcritas. Os seguintes temas foram abordados nas entrevistas: as relações com a família de origem na infância, o processo de escolarização, o relacionamento comunitário (com vizinhos, etc.) na infância, as eventuais experiências sexuais precoces, a inserção no mundo do trabalho e histórico profissional, crises e eventuais rompimentos com a família de origem, vida afetiva e sexual na adolescência e no presente, o uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas, os vínculos de amizade e redes de sociabilidade desenvolvidas desde a adolescência, as formas de lidar com o

desemprego e estratégias de sobrevivência, o recurso a entidades assistenciais, os cuidados em relação à saúde, a prática (ou não) do sexo seguro, o relacionamento com outros segmentos da população de rua, o recurso a atividades ilícitas como estratégia de sobrevivência e o contato com a ONG.

No momento de elaboração de resultados e discussão, foi utilizada a análise categorial de conteúdo proposta por Bardin (1977), como técnica principal de análise dos dados. Esta técnica caracteriza-se pela classificação dos elementos a serem analisados por uma diferenciação temática e um reagrupamento subsequente pela analogia estabelecida entre eles. A categorização permite, desta forma, condensar os dados brutos em representações mais simples, o que permite estabelecer inferências e interpretá-los. Está ligada à ideia, portanto, de busca de uma maior visibilidade dos dados, facilitando o trabalho de relacioná-los ao referencial teórico.

O trabalho de análise proposto objetivou identificar os elementos comuns nas trajetórias de vida dos sujeitos da pesquisa de acordo com os objetivos definidos anteriormente, como também buscando compreender essas trajetórias nômades.

Resultados e discussão

A partir das experiências vivenciadas, tanto pela observação participante como pelas entrevistas realizadas, é possível tecer algumas considerações relevantes.

Em relação à frequência, observou-se, desde o início, um número muito menor de frequentadoras do sexo feminino na ONG estudada, o que foi referido por uma das entrevistadas como ligado ao fato de já existir em Sorocaba uma ONG que oferecia atendimento a mulheres em situação de rua e vulnerabilidade, a ONG “Lua Nova”. Segundo ela, foi necessário brigar para poder frequentar a “Pode Crer”, da qual ela gostava mais. Durante o tempo de pesquisa de campo, pude perceber em torno de 10 mulheres (entre 13 a 50 anos) que participavam da ONG, mas sua permanência e quantidade eram sempre menores que dos homens. Por este motivo, houve uma menor participação das mulheres nas entrevistas.

Em sua análise, Costa (2005) percebe que existem diferenças no modo como homens e mulheres enfrentam as dificuldades que se apresentam no cotidiano da rua. Assim, Tiene

(2004 apud COSTA, 2005) trata a questão abordando a diferença que é para as mulheres estarem no espaço público da rua, uma vez que constrata com ambiente ao qual foram criadas e acostumadas, o lar. Diferentemente para os homens, já acostumados com o ambiente das ruas, onde já convivem e buscam a sobrevivência. É perceptível que as mulheres sempre são minoria nas ruas e, aquelas que lá estão têm trajetórias e adotam estratégias diferenciadas de seus companheiros de rua.

Outra característica marcante entre os frequentadores da ONG é a sazonalidade em que aparecem. Muitos frequentam por curtos períodos, outros por mais longos, sendo comum o retorno após um período de ausência. Tal fato está relacionado às próprias vivências nômades da população estudada.

Vivências familiares

A saída da casa da família de origem também é causada por fatores diferentes, que se inter-relacionam. Embora a expulsão direta (às vezes violenta) ou sutil dos jovens de sua casa apareça em alguns casos, em outros este rompimento aparece como motivado por um protagonismo desses jovens em relação à busca por maior liberdade frente às cobranças familiares:

Olha eu. A minha história é meio complicada. Eu não tenho um contato muito assim amigável com a minha família não. Eu vou ser bem claro. Eu saí de casa bem cedo, sempre me virei, nunca precisei. Desde os 11 anos de idade eu já sou independente, assim, em termos. Eee. Eu saí de casa, estou em situação de rua, tô... me viro com o artesanato. Às vezes faço um bico e vai adiante, vai tocando a vida (Eduardo, 31 anos).

É, eu morei com a minha mãe até os 6 anos, e aí depois, por ela ser uma mãe prematura, se assim eu posso dizer, eu vim morar com a minha avó no interior. Sou da capital e vim morar no interior. Aí minha vó me criou até um certo tempo, até que tive diversos problemas relacionados à bebida alcoólica. Sei que, no fim, acabei sendo emancipado aos treze anos e aos quatorze já morava sozinho (Tales, 23 anos).

É isso, com 12, eu ia e voltava. Ela ia direto buscar eu no Cemitério da Saudade aonde eu ficava. Aí, mas só que eu fugia direto do meu pai. Ela e meu pai iam buscar eu, só que eu fugia. Aí um dia ela lavô as mãos (Rosa, 22 anos).

O que eu lembro da minha infância é que eu fui criado assim, pá. Tive um padrasto muito violento [...] Eu era o mais novo na época. E durante uns 15 anos sofri agressão, minha mãe toda ensanguentada. Ele batia muito nela (Fabiano, 29 anos).

As vivências familiares precoces são muitas vezes marcadas por cenário de violência física e/ou sexual. O estudo de Paludo e Koller (2008), que visou compreender a relação das crianças e jovens em situação de rua com suas famílias e os motivos da saída para a rua, apontou como o principal motivo da saída a entrada precoce no mercado de trabalho. Mas também se verificou que as brigas familiares e as iniciativas próprias, ambas relacionadas, de maneira direta ou indireta, à violência doméstica, apareceram como motivações importantes, de forma concordante com diversos estudos citados por estes autores, que confirmam ser a violência doméstica um dos importantes motivos para que as crianças abandonem suas casas.

Tal violência, na maioria dos casos, ocorre dentro da própria residência, possuindo próprio parente como agressor principal. No Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua (META, 2008), problemas com pai, mãe e irmãos aparecem como terceiro fator determinante para a saída às ruas, totalizando 29,1% da população entrevistada, sendo superado somente por “alcoolismo e drogas” (35,5%) e “desemprego” (29,8%). Tal observação é pertinente ao que foi observado na presente pesquisa:

E com 8 anos de idade, ele (irmão) abusou de mim sexualmente com... e aí com... foi até uns 9 anos de idade, né? Aí eu fiquei meio traumatizado, tomei remédio (Rodrigo, 25 anos).

Não, tinha 4, tinha umas par de barra de ferro, e eu brincando lá o (trecho inaudível) caiu de cima e rolou em cima do meu pé. Nessa daí, com o que fez no meu pé, em vez dela [mãe] cuidar de mim, não. Simplesmente ela amarrou um cadeado e me manteve preso na cama um bom tempo. Aí meu tio foi lá e cortou a corrente com uma cequeta e tirou o gesso. Quando tirou o gesso tava quase indo pra... quase perdendo o pé. Assim, na base de amputar o pé já (Tales, 26 anos).

Meu pai, é meu pai. Eu conto pros outros, mas ninguém acredita, falam que eu tô ficando louca, mas não é. Tem casos assim que acontece. Que meu pai, quando eu tinha 6 anos de idade, a minha mãe tinha ido na igreja. E eu dormia no quarto assim, a cama era aqui e meu berço era no canto [...] Aí, o meu pai tava pelado debaixo da coberta. Aí o que aconteceu. Eu adorava, era pequenininha, né? Inocente, não sabia de

nada. Ele falava assim: 'Rafaela, deita aqui na cama'. Eu achava que ele ia sair da cama pra eu deitar. Eu era pequena, a cama grande. Aí menina, sabe quando você deita assim, sente um gelo no coração? Ele pegou a minha mão assim, debaixo da coberta assim, colocou minha mão no no, na parte dele (Rosa, 22 anos).

Escolarização

Um fator bastante comum entre os entrevistados é a saída precoce tanto da casa quanto da escola. A relação entre situação de rua e evasão escolar é apontada de forma incisiva nos estudos sobre a população de rua. O Primeiro Censo Nacional e Pesquisa Amostral sobre a População em Situação de Rua (META, 2008) revelou que 63% das pessoas desse segmento não completou o primeiro grau.

A evasão escolar aparece entre os entrevistados como ligada ao modo de vida centrado nos prazeres citado anteriormente, mas também é relacionada à falta de sentido em relação ao que é aprendido na escola e à não-aceitação por parte da escola de um modo de vida fora dos padrões, que a manifesta sob a forma de advertências, suspensões, expulsões e congêneres:

Terminei até o primeiro ano só. E nisso vai e vem, acabei extrapolando, sendo bipolar ao extremo, e acabei sendo expulso de uma escola. Fui pra outra, fui expulso da outra. E parei. Na terceira eu desisti, porque eu já comecei a trabalhar (Leonardo, 23 anos).

Ahhh, uns 16, 17. Aí eu desanimei da escola. Preguiça (trecho inaudível) (Fabiano, 29 anos).

Han, eu comecei a levar droga na escola quando eu tinha 14 anos. Eu aprendi a lê com 13 anos, em casa, só que nesse mesmo ano eu já saí e fui direto para a 5ª série. Não passei pela 1ª, 2ª, nem muito menos pela 3ª série do Ensino Fundamental (Marilda, 26 anos).

Uso de drogas

É altíssimo o número dos relatos de contato precoce com drogas, tanto lícitas como ilícitas. Segundo Cruz (2010), em pesquisa feita dentro do mesmo projeto amplo que a presente e realizada com 50 jovens em situação de rua da cidade de Sorocaba, 88% dos jovens entrevistados relataram usar ou ter usado algum tipo de droga ilícita, sendo que 56% relatou fazer o uso regularmente. A partir da observação participante, pode-se perceber que muitos

chegavam a frequentar a ONG alcoolizados ou sobre efeito de outra droga. Este tema também apareceu nas entrevistas:

Aí eu peguei e falei: "O quê? Você vai fazer isso?". De raiva botei esse negócio na boca. Daí estraguei tudo minha vida, mais ainda.[...] É. Aí, uns tempos eu comecei a morar pra lá. Aí uns tempos eu comecei a ver tudo. O dinheiro que a gente ganhava não tinha valor. Usava tudo na pedra (Tales, 26 anos).

Um vinhozinho domingo, final de ano uma taçinha de champagne pra criança não ficar com vontade e acabei me envolvendo com o álcool. Acabei gostando. Aí, meu irmão, que é três anos mais velho que eu, pegava e fumava maconha (...) E com 17 anos eu tive minha primeira bebedeira. Foi aí o meu primeiro coma. Aí foi minha primeira internação psiquiátrica também. E foi indo, né? Com 19 eu conheci a cocaína, com 21 eu conheci o crack, mas graças a Deus eu consegui parar, né? (Rodrigo, 25 anos).

Foi com 14 anos, porque eu morava aqui na Vila Santana e a minha destruição foi morar lá, na Vila Helena, porque eu conheci o pai da minha filha, a Renata, que tem 5 anos. Eu via ele, aquele negócio lá, a latinha, furando assim, um baguinho branco. E ele levava pra construção, e eu ficava, eu não sabia [...] E eu não sabia né, que era isso. Eu perguntava: 'O que que é isso?'. Ele: 'É crack, que fuma?'. Aí, nessa, que eu cai. Aí eu peguei, comecei um traguinho aqui, um traguinho ali, comecei a ficar viciada... (Rosa, 22 anos).

E minha vó, quando vim pra cá, ela fazia diversas excursões para o Paraguai pra comprar cigarro, artigos eletroeletrônicos e ainda tinha uma adegã, no qual isso leva um pouco a pesar pelo eu começar a beber muito cedo, né? (Leonardo, 23 anos).

A vivência do uso de drogas foi fortemente associada a um universo juvenil, em que a questão do uso de drogas aparecia associada a um mundo de prazeres de todos os tipos:

Era com drogas, bebidas, baladas, viagens, curtição, rodeios, essas coisas (Marilda, 26 anos).

Quando eu tinha 18 anos mais ou menos. É que ele tinha uma lanchonete (trecho inaudível). Entendeu? Ia um monte de gente. Um monte de menina no meio, lotava. Daí, daí, daí que eu conheci a cocaína (Glauber, 28 anos).

Muitos percebem uma transição entre momentos de vida distintos: um primeiro de "curtição", de "balada", de "liberdade", associados ao uso de drogas, e um segundo, posterior, de vivências destrutiva a ele ligadas:

Ah. Então, foi nessa época e uns 12, 13 anos também. Porque eu sempre me relacionei com pessoas mais velhas que eu. Sempre meu rol de amigos, de colegas, eram sempre mais velhos do que eu. Eu era o caçulinha da turma. Então, já rolava isso aí, eu conhecia sempre. Nunca tive problema com isso. Aí entrei, de espontânea também, né, porque ninguém obriga a fazer isso. E aí você vai tomando gosto, vai tomando gosto. A hora que você vê, não é gosto, é vício mesmo (Eduardo, 31 anos).

Eu, com 18 anos já era viciado em cocaína, crack, maconha, LSD, cogumelo. Eu tive três overdoses (Eduardo, 31 anos).

Sexualidade

É possível perceber, a partir das falas, que são frequentes práticas sexuais no ambiente da rua e que isso ocorre em qualquer local escuro e escondido. Relatam, também, que os parceiros sexuais muitas vezes são pessoas em situação de rua. Mas são comuns também as situações de troca do sexo por drogas ou dinheiro e como forma de interação com camadas sociais de maior poder aquisitivo:

Ah, vai na casa abandonada, como se diz, o 'matel'. (Tales, 26 anos).

É. Comecei a fazer programa, tudo. Comecei a beber mais ainda. Aí eu fui conhecer o crack. Daí não prestou muito não (Rodrigo, 25 anos).

Por interesses mesmo, financeiros. Não que eu era um garoto de programa. Por interesses. Às vezes, se era uma garota, e fosse bonita, e tivesse sei lá, bebendo ou alguma coisa, e eu chegasse bem apresentado e ela topasse, nossa! Esse interesse mais fisiológico. Agora, se fosse um garoto, e ele quisesse pagar uma bebida pra mim, e curtir, curtir, curtir. Depois pá, tudo bem. Se fosse um cara bem apresentável [...] Interesses assim, tipo... de sair da rotina, de só ficar na rua (Leonardo, 23 anos).

Observou-se que, muitas vezes, nas interações da observação participante, falavam mais sobre temas relacionados à sexualidade do que nas entrevistas gravadas, o que pode estar relacionado à inibição causada pela gravação. Isto se manifestou em especial em relação a temas que envolvem uma possibilidade de estigmatização, como é o caso da homossexualidade, bastante presente no cotidiano:

É, eu não consegui trabalhar essas questões de como sair do trauma [referência a abuso sexual praticado pelo irmão], sair do medo e... Aí eu comecei a achar que eu era mesmo, digamos assim, gay. Aí eu comecei a ter mais amizade com mulher do que com homem. É, eu comecei a ter

mais amizade com mulher do que com homem e eu tinha umas amigas travestis, umas amigas trans. E eu até... eu até falava pra elas que eu ia me travestir, eu ia me transformar mesmo. E elas falavam: 'Veja bem o que você vai fazer'.... E assim foi. (Rodrigo, 25 anos).

Eu comecei a sentir atração por mulheres quando eu tinha, já com treze anos mesmo. Só descobri aos 16, logo que eu comecei a ir pra escola. Então, eu comecei a ficar com elas dos 16 até os 19. Até os 25. Eu tô com 26 anos (Marilda, 26 anos).

Vivências de violência sexual no cotidiano das ruas também foram citadas, o que é concordante com a bibliografia, que aponta ser essa correlação muito comum, dado o cenário de vulnerabilidade à violência aumentada nesse segmento:

Foi. Então aí. Só que daí eu fui em 2009 acabei tirando a vida de uma pessoa por causa de eu tá com droga na cabeça. De eu tá com bebida, uma pessoa pegou uma faca queria estuprar uma amiga minha e eu. Eu peguei e matei o cara, tô respondendo um processo e tal. (Rodrigo, 25 anos)

[...] aos 16 anos foi a época mais difícil pra mim, né? Passei por muito preconceito, fui agredida, sofri estupro [...] (Marilda, 26 anos).

É também evidente, nas falas, o aumento da vulnerabilidade no plano individual às DSTs, por conta do frequente sexo sem proteção. Muitos relatam terem feito testagem sorológica para o HIV, mas não recentemente:

Se eu não for com a cara da pessoa nem saio. Se eu souber de alguma coisa eu nem vou.[...] Tava aqui embaixo, vendia chapa de latinha. Perto do terminal, não tinha... perto do Terminal São Paulo. Aí os cara já saíram com a mina. A mina olhou pra minha cara, ela olhou na minha cara. A maioria já falou que ela tem o bicho da golaba³⁵. Ela olhou pra minha cara e falou: 'Cê vai?'. Eu falei: 'Não' (Tales, 26 anos).

Então. Como eu disse, eu posso. É, eu tenho HIV. Sou soropositivo. Sou soropositor, no caso. Eu não sei ao certo com quem... com quem eu contaminei com esse tipo de coisa, mas hoje em dia eu me trato. Sou consciente disso, sei dos riscos que eu posso oferecer a uma pessoa, preservo as pessoas com relação a isso, e sei que isso daí não é nenhum bicho de sete cabeças. Significa que você é soropositor. Não significa que você vá morrer em semanas. Eu vi casos de pessoas que tão há 30 anos com a doença e tão um brinco. Se assim eu posso dizer. É como eu disse, né? Promiscuo. Promiscuidade é isso que dá. Eu acho que não tinha muita. Não era dotado de informação suficiente, sobre preservativo, esses tipos de coisa. Ou a condição financeira não permitia de eu ir comprar. Ou

³⁵ Giria comum para ser portador do vírus HIV entre a população de rua,

a mulher do posto não dava porque achava que eu tinha treze anos de idade. Enfim, [...] Eu tô me tratando desde que eu entrei na ONG (Leonardo, 23 anos).

Eu não sei se peguei do meu marido. A hora que fiz o teste, tinha pegado sífilis. Só que tava no comecinho, deu pra tratar. A médica explicou lá que com três injeções matava o vírus, que tava no começo (Rosa, 22 anos).

Vivências Nômades

A questão do nomadismo nas vivências dos jovens adultos em situação de rua é, antes de mais nada, fortemente marcada pelos deslocamento geográficos entre cidades ou entre bairros de uma mesma cidade, seja na história de vida ou no cotidiano de vida atual de circulação dentro da cidade.

Isso. Foi logo depois, 14, 15. Eu fui migrando assim, igual nômade, sabe? O que me interessava, como uma criança, você pega, mostra um brinquedo pra ela aqui, se ela achar outro melhor, ela vai atrás. E foi assim um... durante quase um ano. Conheci a grande São Paulo. São Paulo, capital, por contas próprias. Cheguei a parar em Trindade, no Rio de Janeiro, uma praia no interior (Leonardo, 23 anos).

Isso desde moleque, desde ché. Eu catava e sumia. 'Pô, meu, tá calor pra caramba aqui! Quer saber de uma coisa? Vou a pra Santa Catarina! Vou lá pra Floripa, catar uma praia lá!'. Catava, ajeitava minhas coisas, juntava o dinheirinho que tinha. O dinheiro tá pouco, então, guardava pro rango e vamo a pé mesmo! Pedindo carona, dando ideia pra um, ideia pra outro, mangueando aqui, mangueando ali, arrecadando aqui, arrecadando ali. E vai que vai, chegava lá, ficava uns dois ou três dias, injuriava e voltava a pé de novo, embora (Eduardo, 31 anos).

Itararé, Itapebá, Capão Bonito, Itapetininga, de cidade passei em Avaré... (Marilda, 26 anos).

Um dos fatores que motiva o deslocamento em relação à rua ou à praça que escolhem como "base", principalmente para passar a noite, é a repreensão dos policiais, que chegam até a violentá-los. É importante ressaltar que em Sorocaba existe um forte movimento que requer a expulsão das pessoas em situação de rua das regiões centrais, assim como das prostitutas e travestis, o que gera a atuação constante do poder público neste sentido.

Olha, uma vez a gente tava numa praça, por sinal. A gente tava numa praça. Eu tava trabalhando, peguei um vale de 400 reais, 450 reais. Aí eu cheguei, a galera já tava loca, já tava, já tava assim, a galera já tava ligada.

Galerinha tomando, só tomando. A galerinha lá da maconha lá, só preparando o deles, cada um no seu quadrado. Aí eu vi chegar a polícia. Chegou os policiais, né? [...] Eu tava na rua, tipo, eu trabalhava, mas não estava em condições de morar sozinho. Aí, eu chego no pessoal, conversa vai, conversa vem, todo mundo feliz, a gente tava lá numa praça pública. Aí chega a polícia, dá enquadro, né? Tava meio alterado de bebida alcoólica e drogas. O policial me pergunta do dinheiro e e não consegui me explicar muito bem. Eu falei assim: 'Isso daí é meu vale, é?'. Tentei explicar, tentei explicar, e chegou uma hora que ele bateu no meu ombro e falou assim: 'Ó, seu vale é maior que o meu'. Aí, no fim, disseram que iam levar pra delegacia. No mínimo, acharam que eu estava envolvido com tráfico de drogas. Com 450 reais, 3 da manhã, no meio de uma roda de viciado?! Trabalhador, não sei explicar. Se tivesse são é uma coisa, né? Aí, nisso, o meu dinheiro sumiu. Deixaram só na frente da delegacia. Não deixaram eu prestar nenhum depoimento nem nada. E outras histórias mais, muito mais. (Leonardo, 23 anos).

Todavia, a questão das vivências nômades extrapolam também o aspecto de deslocamento meramente geográfico, transformando-se, de certa forma, em um “modo de vida”.

As entrevistas mostraram uma relação entre modos de vida de certa forma antagônicos entre o que seria uma expectativa da família de origem e das instituições que frequentam (ou deveriam frequentar), de presença constante e de formar vínculos – que chamaremos aqui de vivências sedentárias –, e aquelas associadas a uma vida sem tais compromissos e a uma maior liberdade de ir e vir, por nós chamada de nômades. Esses conflitos apareceram entre o ir para escola (sedentarismo) ou abandonar os estudos (nomadismo), ter família (sedentarismo) ou ficar nas ruas (nomadismo), ter uma jornada de trabalho regular (sedentarismo) ou trabalhar esporadicamente (nomadismo), dentre outras.

No geral, a percepção de momentos de vida “nômades” em contraposição aos “sedentários” ocorre quando as entrevistas são analisadas de forma vertical, uma a uma. Mas há situações em que isto fica evidente em um mesmo trecho de narrativa. Na sequência, são apresentadas algumas dessas falas, com relação à relação mantida com as instituições família, escola e trabalho. Os momentos de vida tipicamente sedentários estão ressaltados com sublinhado simples e os momentos nômades com sublinhado duplo:

Família

Não, não fui casado assim, legalmente, mas morei 3 anos e meio com ela. E assim, a gente se conheceu pequeno, adolescente mesmo, 11, 12 anos. Teve uma amizade legal, tudo. Aí, de repente a gente se separou, sumiu, ficou 12 anos sem se ver. Aí depois ela voltou e a gente ficou junto, se casou e ficou junto (Eduardo, 31 anos).

Depois que eu separei da minha ex-mulher eu voltei pra rua... (Rodrigo, 25 anos).

Ah, desde criança sempre foi aquele vai e volta (Fabiano, 29 anos).

Tava ainda morando na minha casa, só que eu não parava em casa. assim, como te falei. 10, 15 dias, ficava um mês fora de casa, dois meses, três meses, nas cidades vizinhas. Apanhei de policial, muitas vezes já apanhei de policial (Marilda, 26 anos).

Ela ia direto buscar eu no Cemitério da Saudade, aonde eu ficava. Aí, mas só que eu fugia direto meu pai. Ela e meu pai iam buscar eu, só que eu fugia. Aí, um dia ela lavô as mãos. Lavô as mão como eu [...] (Rosa, 22 anos).

Escola

E vim pra cá. Comecei a estudar, estudei em ótimos colégios aqui, localizados em bairros bons. É Santa Rosália, região da Vila Santana. Você deve conhecer. E estudei durante um certo tempo. Aí, no fim, comecei a ter desvios de conduta, assim posso dizer?! E atrasei minha escolaridade durante um tempo. Voltei, tentei, mas daí já não tava mais a mesma coisa (Leonardo, 23 anos).

Entreí na escola. Só que eu falei, com 14 anos eu fui expulsa, obrigada a ser expulsa não porque... (trecho inaudível) o ano seguinte. Eu fui a outra escola. Eu fui expulsa, né? Fui expulsa dessa escola. Aí, quando... na 5ª série, eu fui expulsa dessa escola. Aí, com 16, depois de dois anos, com 16 anos, fiz supletivo, 5ª e 6ª séries. Eu repeti a quinta [...] (Marilda, 26 anos).

Eu estudava de manhã, ficava durante a tarde. E quem estudava à tarde, ficava de manhã. Quem estudava à noite ficava o dia inteiro. Aí, meu caso, eu não estudava à noite porque eu tinha sido expulsa da escola à noite. Eu já tinha saído da escola já 4 ou 5 vezes. Com uns 16 anos, na sétima série, eu só enrolava. Ficava com caderno assim, copiava de algum colega. Passava: 'ah, eu tô estudando'. Na verdade, eu não estava estudando. E eu (trecho inaudível), eu tava com fome. Tudo, tudo pronto, registrado assim, com 16 anos. Só que daí comecei a dar muito problema quando eu comecei a sair do do (trecho inaudível) da escola, eles não sabia. Eu também ia pra cachoeira, rios, assim né? E todo mundo me via, os pais de crianças me viam lá (Marilda, 26 anos).

Trabalho

Então, era difícil porque eu andei muito. Então, não tive amigos assim, chegados mesmo. Eu tinha bastante conhecido, porque eu viajei o Brasil inteiro, então, sempre trabalhei por fora. Trabalhei numa empreiteira. Era um mês em cada cidade, então, não dava tempo de fazer uma amizade sólida [...] (Eduardo, 31 anos).

Tava trabalhando. Daí, eu acho que é assim, dá um estalo, injúria, falo: 'Pô meu, vida loka! Vamo aí de novo!'. E aí, vai que vai... (Eduardo, 31 anos).

Eu tinha amigos, eu ia pra boate, pros baile e tal. Mas eu, aquela coisa normal mesmo. Vinha pra cá. Aí, quando tinha trabalho, eu trabalhava, entendeu? (Fabiano, 29 anos).

Você perguntou de algo bom. Aos 16 anos eu tive um emprego. Tava de experiência ainda, onde, assim, várias crianças de rua. Eu também tava na rua né? (Marilyda, 26 anos).

Aí, nesse tempo, eu comecei a trabalhar, ter meu dinheiro. Mas lá foi um rio de perdição porque lá era todo mundo drogado. Aí, um dia eu tinha recebido, e ela tava lá (mãe) e falou assim: 'Dá o dinheiro pra mim (Tales, 26 anos).

As vivências associadas ao uso de drogas também são apresentadas como marcadas por momentos de uso intenso, associados a um “perder-se de si mesmo” e de abstinência ou pouco uso, associados a um “controle de si mesmo”. Como vimos anteriormente, Mafessoli (2001) define a antinomia nomadismo-sedentarismo como atrelada, ao mesmo tempo, à necessidade de segurança e ao desejo de um desligamento, desejo este que envolve rupturas de qualquer ordem. Os momentos de uso intenso e pouco uso/abstinência de drogas podem, portanto, ser entendidos dentro do mesmo processo de alternância entre sedentarismo e nomadismo.

Ah. Eu fiquei um ano limpo e tudo. Mas ela fumava também. Então pô é difícil, imagina você ver uma pessoa na sua frente usando e você não vai usar meu [...] Aí eu voltei a usar e começa a surgir os problemas, porque gera muito problema. Pra você não extrapolar em casa você enche a cara. Enche a cara começa a não dar mais, aí você quer uma coisa mais forte. Aí você cai pro crack, cocaína, coqueleto de novo, aí pronto. É complicado (Eduardo, 31 anos).

Aí comecei a fumar maconha, depois conheci o crack. Aí eu fumei, só que era assim, não era aquela pessoa compulsiva. Entendeu? Viver 24 horas pra que? Sempre minha vida é? De drogas, foi tipo, sempre foi recaída. Às vezes demora um mês, eu fico anos sem usar. Eu não posso é beber (Fabiano, 29 anos).

[...] E com 17 anos eu tive minha primeira bebedeira. Aí foi o meu primeiro coma. Aí foi minha primeira internação psiquiátrica também (Rodrigo, 25 anos).

As idas e vindas foram observadas também em relação à ONG aonde foi feito o estudo. Tal fato está relacionado às mudanças frequentes de localidade de moradia e de bairro, embora, muitas vezes, acabem retornando para a região central.

Conclusão

Observamos um contingente expressivo de jovens em situação de rua, que saem de casa por dificuldades de relacionamento com os pais e/ou motivados por um desejo de viver em liberdade ou por outros motivos. Até mesmo no ambiente de rua ocorre rotatividade dos lugares que costumam ficar, tanto na mesma cidade como no migrar entre cidades diferentes.

O nomadismo, enquanto um estilo de vida, pode ser percebido na saída precoce do ambiente familiar, geralmente na juventude, momento em que a alternância entre nomadismo e sedentarismo ficou mais evidente: o ir para escola (sedentarismo) ou abandonar os estudos (nomadismo), ficar com a família de origem (sedentarismo) ou ficar na rua (nomadismo), trabalhar (sedentarismo), não trabalhar ou “fazer bicos” (nomadismo), entre outras.

A saída/afastamento precoce de casa e da escola apareceu relacionada também ao fato de serem estas instituições tipicamente sedentárias, não condizentes com sua forma de sociabilidade nômade, em virtude de horários ou regras a serem seguidas.

As vivências nômades também puderam ser percebidas na relação que os jovens estabelecem com a ONG na qual ocorreu a pesquisa, pois havia certa rotatividade quanto à permanência e ausência naquele espaço.

A violência surgiu como fenômeno onipresente na vida deles. É um fator determinante para a saída às ruas, devido à presença de brigas, conflitos e violência intrafamiliar, mas também na situação de rua, por conta da violência física frequentemente sofrida, inclusive de ordem sexual.

Em comum também apareceu o contato precoce com as drogas, tanto lícitas como ilícitas. A vivência com substâncias psicotrópicas foi apresentada pelos entrevistados por meio de

períodos em que predominava uma sociabilidade nômade (um “perder-se de si mesmo”, em contraponto ao “controle de si mesmo” dos períodos de abstinência ou pouco uso, associados à sociabilidade sedentária.

As práticas sexuais estão muito presentes na rua, aparecendo, por vezes, associada somente ao próprio desejo e em muitos casos, também ao sexo pago ou ao abuso sexual, no caso dos episódios de violência. Foram relatadas, também, as mais diversas práticas sexuais. Ainda relacionado ao tema, foi possível perceber o aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS em seus diversos níveis (individual, programático e social).

Os resultados apontam para a necessidade de reflexão sobre a importância de políticas públicas nas diversas áreas (assistência social, saúde, educação, habitação, segurança pública, etc.), que levem em consideração o fato da existência de diferentes modelos de sociabilidade na população estudada, sem a imposição de um modelo único baseado na sociabilidade sedentária. A aceitação da sociabilidade nômade por eles incorporada em muitos momentos implica em um reconhecimento do direito à diferença e no respeito aos direitos humanos dessa população, que os tem frequentemente vilipendiados.

Referências

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

COSTA, A. P. M. População em situação de rua: contextualização e caracterização. **Revista Virtual Textos & Contextos**, Porto Alegre, 4 dez. 2005. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/993/773>>. Acesso em: 7 fev. 2012.

CRUZ, T. **Sexualidade e uso de drogas entre a população jovem em situação de rua de Sorocaba, SP**. Sorocaba: Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), 2010. Relatório de Pesquisa.

SCOREL, S. **Vidas ao léu**: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

MAFFESOLI, M. **Sobre o nomadismo**: vagabundagens pós-modernas. Rio de Janeiro: Record, 2001.

MEDEIROS, M.; FERRIANI, M. G. C.; MUNARI, D. B.; GOMES; R. A. sexualidade para o adolescente em situação de rua em Goiânia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 35-41, 2001.

META - Instituto de Pesquisa de Opinião. **Relatório final do primeiro censo nacional e pesquisa amostral sobre a população em situação de rua**. Porto Alegre, 2008.

PALLUDO, S. S.; KOLLER, S. H. Toda criança tem família: criança em situação de rua também. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 20, n. 1, p. 42-52, 2008.

ROSA, C. M. M. **Vidas de rua**. São Paulo: Hucitec/Rede Rua, 2005.

VIEIRA, M. A. C.; BEZERRA, E. M. R.; ROSA, C. M. M. **População de rua: quem é, como vive, como é vista**. São Paulo: Hucitec, 1992.

O mercado sexual de nórias e michês em Sorocaba

Rafael Romão Silva

O presente capítulo descreve um estudo que busca compreender o mercado sexual da cidade de Sorocaba a partir da identificação das trajetórias dos sujeitos que o compõe: o nória – jovem usuário de crack em situação de rua –, e o michê – jovem que se prostitui –, que aparecem como os principais atores num mercado onde corpos e virilidade são trocados por valores monetários e pedras de crack. Discute-se, também, sobre a relação entre o mercado LGBT e o mercado sexual, bem como as maneiras como o último se manifesta – nas praças, nas saunas e na internet.

Esta pesquisa também representou o desafio de abordar a questão da sexualidade – e dos espaços informais em que ela se mercantiliza –, dentro de uma ciência social que há muito deixou de ser “humana”: a Economia. Embora haja algumas exceções, as graduações em Economia no país (e talvez no mundo), hoje, muito pecam ao não fornecerem aos seus discentes o instrumental teórico que a filosofia, a sociologia, a psicologia e a antropologia podem oferecer para se ter uma visão mais ampla sobre a sociedade (CHADAREVIAN, 2011).

Tal recusa pelos projetos político-pedagógicos evidencia justamente a deficiência que os que fazem essa ciência têm em não encarar as relações econômicas além das que se reproduzem pelo mercado, o que acaba criando a falsa impressão de que os profissionais que devem ser formados devem ser, em última instância, para esse mercado. Torna-se efetivamente um problema quando se enfatiza por uma formação técnica e não por uma plural e

crítica, diminuindo as possibilidades de autoquestionamento, que podem ser oferecidas ao aluno “sem luz” durante uma graduação.

Assim, o primeiro desafio apresentado foi o de buscar referenciais teóricos que preenchessem esse vazio que minha formação deixava. Esta busca se deu principalmente em etnografias antropológicas e obras de psicólogos e sociólogos, o que também já evidencia que dentro das ciências econômicas a sexualidade é pouco tratada. Sobre a prostituição masculina, ainda, as obras são mais escassas, sendo Néstor Perlongher (2008) um dos poucos que produziu algo sobre o tema no Brasil.

Outro desafio foi o de percorrer, enquanto indivíduo, um trajeto que questionou muitos valores e conceitos que em mim estavam enraizados. Esta iniciação científica permitiu que eu aprendesse além da prática científica, que me reconhecesse enquanto um indivíduo dotado de experiências próprias dentro de um mundo feito também de experiências, estas, por sua vez, de outrem. Este processo de tomada de consciência constantemente influenciou tanto a forma como eu encarava o objeto de pesquisa quanto a minha dedicação quanto ao processo de investigação.

Por último, enquanto um indivíduo que não partilha da heterossexualidade dominante, estar próximo de pessoas que transformam diariamente sua libido diretamente em labor, permitiu que eu me questionasse a respeito de minha própria sexualidade – da forma como eu a encarava, da forma como ela é reflexa das contradições e acidentes que vivi.

Como um homem branco, por toda minha vida fui tratado, tanto no ambiente familiar quanto na própria sociedade, sob o manto do respeito que envolve o dominante, o dominador. Minha homossexualidade, um fator depreciativo, nunca chegou a me afetar tanto quanto afetaria uma mulher negra, por exemplo. Porém, esse processo também me trouxe a consciência de que somos cruzadores de fronteiras. “Somos uma mistura que prova que todo sangue é intrincadamente ligado entre si, e que somos crias de almas similares” (ANZALDÚA, 2005, p. 712).

Sou visível – afinal, as crianças do condomínio de minha infância não me chamavam de viadinho? –, e também sou invisível, quando não tenho meus direitos reconhecidos. Também estou sob uma máscara imposta pelo costume dominante. Também não me foi permitido ser o meu “eu mesmo” completamente.

Este processo de pesquisa acabou sendo, então, um primeiro esforço sistematizado rumo à compreensão de minha própria existência. O movimento de estudar o outro me permite um retorno que clareia a minha condição perante o mundo e as fronteiras em que estou enraizado. A fronteira entre a sexualidade e o mercado, a fronteira entre uma sexualidade e outra, a fronteira entre um estudante de economia e o mundo. Acabo de finalizar um começo do meu esforço para transpassá-las.

Método

Indo na contramão da grande massa de trabalhos em Ciências Econômicas, aqui se utiliza da pesquisa qualitativa, pois esta tem como foco de estudo o processo vivenciado pelos sujeitos (QUEIROZ et al., 2007).

Ainda, dentro das condições que me encontrei perante minha graduação, a pesquisa-ação se mostrou o melhor método a ser empregado. Sendo um dos inúmeros tipos de investigação-ação, “que é um termo genérico para qualquer processo que siga um ciclo no qual se aprimora a prática pela oscilação sistemática entre agir no campo da prática e investigar a respeito dela” (TRIPP, 2005, p. 4), a pesquisa-ação se diferencia da prática rotineira e da pesquisa científica em alguns aspectos que torna seu processo, de certa forma, mais autônomo.

Sendo “inovadora, contínua, proativa estrategicamente, participativa, intervencionista [...]” (p. 4), a falta de literatura específica e o caráter inédito da pesquisa – nenhuma referência ao mercado sexual sorocabano foi encontrada –, justificam a utilização desse método nesta investigação. Além de tudo isso, “a possibilidade de a prática, ao ser analisada, gerar novas abordagens aprimoradas nestes sentidos” (TILLOTSON, 2000 apud TRIPP, 2002, p. 7) torna o método adequado.

A observação participante também foi utilizada. Esta consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, interagindo por longos períodos com os sujeitos, alcançar a experiência do outro, estando ao seu lado em cada situação (QUEIROZ et al., 2007).

Também cabem algumas considerações sobre a minha postura enquanto pesquisador durante o período de investigação. Enquanto dentro do centro Drop In, a ser explicado mais adiante,

coube manter uma postura mais “profissional” e utilizar de ferramentas que enriqueceriam a tradução de signos apenas em algumas situações específicas.

O próprio caráter ilegal da atividade e a condição nômade e fugidia da grande maioria dos indivíduos que a exercem acaba transformando o bloco de anotações e o gravador de voz em terceiros e quartos elementos presentes nas conversas e entrevistas, que acabavam influenciando a identidade que aquele queria que fosse perpetuada naquele momento. Portanto, grande parte das informações que colhi e situações que vivenciei – principalmente os trabalhos de campo junto dos agentes redutores de danos – só consegui registrar depois da situação, geralmente retornando no último ônibus para minha residência.

Assim, através da Associação “Pode Crer”, uma organização sem fins lucrativos que trabalha com Tratamento Comunitário (MILANESE, 2011) e redução de danos nas cidades de Sorocaba e Votorantim, interior de São Paulo, pôde-se exercer a observação participante através de suas ações de Redução de Danos e dentro de seu centro *Drop in*.

As ações de Redução de Danos que a instituição pratica consistem na intervenção em cena, em que os agentes redutores de danos transitam por espaços e regiões onde determinadas populações em situação de vulnerabilidade social estão, realizando encaminhamentos à Rede Básica de Saúde e disseminando informações sobre sexo seguro e consumo seguro de drogas, bem como pela distribuição de camisinhas, gel lubrificante e seringas, todos fornecidos pelo poder público. O Redutor de Danos acaba sendo o ator social que mais proximidade consegue estabelecer com os indivíduos em situação de rua, já que os abordam em momentos de extrema fragilidade.

Já o centro *Drop in* consiste em um espaço com as funcionalidades de uma casa, que busca, através da reinserção socioeconômica, o distanciamento dos usuários das condições que os tornam vulneráveis ao consumo de drogas. Funcionando das 14h às 20h, os usuários possuem local para tomar banho, lavar roupas, cozinhar, participar de oficinas de geração de renda, oficinas de artes e cineclubes, além de contar com um grupo de psicoterapia, educadores sociais e uma psicóloga, que acompanham suas atividades diárias.

Embora a ONG atuasse em várias regiões da cidade, era na central, onde alguns “mocós” e bares com concentração de moradores de rua eram percorridos, a região onde os garotos de programa ficavam – mais especificamente na Praça do Fórum e a Praça do Barco

Também pesquisei por sites voltados para esse fim – blogs de garotos de programa, por exemplo – ou que foram apropriados pelo público que se relaciona sexualmente com homens, como redes sociais e salas de bate-papo. Estes se mostraram uma importante fonte de informações sobre a atividade na cidade.

O mercado LGBT em Sorocaba

Sorocaba, apesar de ter sido em 1979 o berço do primeiro grupo homossexual organizado do interior brasileiro, o Grupo Somos/Sorocaba (MOTT, 2004), possui tímidos espaços de sociabilidade para pessoas que buscam se relacionar com pessoas do mesmo sexo, ainda mais se comparado com outras capitais regionais com semelhante relevância dentro do país, como Campinas.

Essa falta de espaços é causa e consequência da falta de iniciativa popular que, ao abdicar de elevar o nível do debate na cidade, projeta a recusa da heteronormatividade para dimensões que dentro do seu imaginário não cabem a uma cidade do interior. Ao se abdicar da conquista de novos espaços de sociabilidade, faz-se com que o avanço no debate sobre políticas públicas que reconheçam as especificidades das diversas sexualidades que existem se dê a passos muito lentos.

Hoje, pode-se afirmar que não existe nenhum grupo LGBT com uma atuação política relevante dentro da cidade, embora algumas tentativas tenham sido feitas nos últimos anos, principalmente através dos grupos Girassol, Identidade e Mandala (ORTOLANO; SILVA, 2012), além do Fórum LGBT de Sorocaba, que organizou, em 2011, a Terceira Semana do Orgulho LGBT de Sorocaba (BARRETO, 2011).

Dentro deste quadro, relegou-se, então, à iniciativa privada, a tarefa de propiciar espaços de sociabilidade para o público que se identifica enquanto LGBT.

O mercado LGBT, principalmente nos EUA, é um exemplo de interseção entre mercado e movimentos sociais (PEÑALOSA, 1996 apud LOPES JUNIOR, 2005), já que uma consciência de grupo foi desenvolvida como resultado de uma história comum de reivindicações de direitos e solidariedade contra a discriminação. Assim, uma identidade seria criada como reflexo dessa convergência, que estaria intimamente ligada ao consumo de bens específicos, criando-se um segmento de mercado.

Em Sorocaba observa-se um descompasso entre organização popular local e esse mercado segmentado, o que permite que as vivências das sexualidades e a consequente construção de identidades estejam submetidas às relações de mercado, e não o contrário.

A Parada do Orgulho LGBT de Sorocaba é um claro exemplo desse fenômeno. Ela, que até 2012 teve sete edições, foi atrelada até 2009 a uma boate declaradamente LGBT, a Blanco, que, inclusive, era sua principal organizadora. Com o fechamento desta, a organização ficou a cargo da recém-criada, em 2012, Associação da Parada do Orgulho LGBT de Sorocaba. Embora possa ser o início da reversão desse processo, ela não é o resultado da busca por reconhecimento e afirmação das identidades, mas uma busca, ainda, por espaços de sociabilização. Na última edição também chamou a atenção de quem a frequentou um recorte de classes que começa a surgir nessa manifestação. A Parada acaba se tornando atrativa para classes mais abastadas, que não possuem um alto poder de consumo e, portanto, não possuem acesso à variedade nas opções de lazer homoerótico na cidade e no estado.

Controversamente, não existe nenhum espaço que se declare exclusivo para o público LGBT na cidade, embora este ocupe majoritariamente duas “baladas”: o Terceiro Andar e o Pub (neste último sendo mais avesso a assumir essa “identidade” por parte tanto dos proprietários quanto da clientela não-LGBT). Fernando, um jovem de 20 anos frequentador de ambos os estabelecimentos, relata: *“Sorocaba não tem balada gay, não. As duas [Terceiro Andar e PUB] que têm renegam o título com medo de perder a clientela heterossexual. Mas todo mundo sabe que só dá gay.”*

Ambos não tinham em suas pretensões iniciais ter um público com uma sexualidade específica (ainda mais diferente da heterossexual), mas diante dos diversos fracassos de outras casas em se manterem abertas (Blanco, Mustache e Eros, iniciativas do

mesmo grupo de empreendedores, fecharam entre 2010 e 2012), a população, principalmente a homossexual, transitou para esses espaços. O que se observa também é a tendência do público de uma classe relativamente média-alta se deslocar para cidades da região com mais opções de lazer homoerótico (Piracicaba, Campinas e São Paulo), tendo as “baladas” sorocabanas o predomínio de uma população de classe média-baixa, principalmente moradores da zona norte e de outras pequenas cidades da região.

Felipe continua: *“A bicha rica, hoje, não fica mais em Sorocaba. Ela vai pra São Paulo, vai pra Campinas. Vai pra boates descentes com gente bonita, que aqui em Sorocaba só dá ‘exu’.”*

Boates voltadas para o público homoerótico existiram na cidade desde a década de 70 (MOTT, 2004), embora isto pouco tenha contribuído para o desenvolvimento de uma consciência tolerante na cidade. A boate Madonna é um exemplo disso. Em 2002, ela foi incendiada como um protesto homofóbico.

Outro episódio que evidencia o conservadorismo da cidade é o editorial do jornal “Bom Dia” do dia 27 de agosto de 2012, um dia após a realização da 7ª Parada do Orgulho LGBT de Sorocaba. Levando o título de “Menos mentira”, comenta-se que a cidade está atingindo certo grau de maturidade em relação à temática, mas que os *“homossexuais [...] precisam aprender que a sociedade foi feita somente para os heterossexuais e o momento é de aprendizado e aceitação”*.

Já as saunas não se reproduzem na cidade como as do Rio de Janeiro, confirmando o que Blanchette e Silva (2011) disseram sobre a prostituição feminina quando comparada entre RJ e SP – a preferência dos cariocas por termas e dos paulistanos, e talvez os paulistas, por boates. Aqui em Sorocaba, a única que existe – na região central, bem discreta – acaba funcionando mais segundo um modelo tradicional de bordel feminino (SIMÕES, 2010; GASPARELLO, 1985) do que como um ambiente de sociabilização, já que os clientes não podem se relacionar sexualmente entre si, apenas com os garotos de programa. Ainda, ela acaba sendo um ambiente muito restrito aos que conhecem a dinâmica, sendo poucos na cidade que sabem o que realmente se passa naquele espaço. A sede, por exemplo, nem tem um letreiro ou qualquer indicio de que qualquer atividade econômica acontece no local.

A vida homoerótica na cidade acaba presa dentro de um verdadeiro círculo vicioso, já que a falta de espaços de sociabilidade

não contribui para que se fomente a constituição de uma identidade. Ainda, o mercado tenta suprir esta demanda, mas falha ao copiar um padrão de consumo que não é inteiramente compatível com a identidade do sujeito homoerótico local. Conseqüentemente, faltam espaços para a vivência dessa sexualidade. Ou seja, as vivências homoeróticas ocorrem de forma relativamente desconectada do processo de formação e manutenção das identidades LGBT.

Os banheiros de diversos locais da cidade (terminais de ônibus Santo Antônio e São Paulo, dos hipermercados Extra Santa Rosália e Wall Mart, e de praças como o do Parque das Águas) acabam se tornando esses espaços, sendo ocupados e transformados em verdadeiros espaços de “pegação” – e conseqüentemente de sociabilização –, onde, dentro das cabines, ocorre da masturbação ao voyeurismo, do simples toque à penetração anal. Ainda, na rodoviária da cidade, a população conta com duas opções para relações sexuais: tanto o banheiro público quanto o banheiro privado, em pontos extremos do prédio – o “banheirão”, como a prática é conhecida, ocorre nos dois espaços. Felipe continua:

Banheirão todo garoto da cidade já fez uma vez na vida. Se não fez, já ficou manjando a rola do cara do mictório do lado. Certeza. E é uma coisa que acontece tanto que às vezes as bichas se empolgam e acabam fazendo tudo muito explicitamente. Aí vai lá a administração do local e acaba com a graça de todo mundo.

Perlongher (2008, p. 177) comenta que o mictório é um dos lugares considerados mais baixos para engate homossexual na São Paulo da década de 80. Em Sorocaba, eles serem um dos principais espaços mais de 30 anos depois da análise do autor demonstra o quanto, na cidade, as relações homossexuais são pouco desenvolvidas.

Ainda, mais recentemente, há a internet, principalmente através de três sites: o ManHunt³⁶, o Disponível³⁷ e as 12 salas de bate-papo da UOL³⁸ (os dois primeiros exclusivos para homens, criados para isso, e o último aberto, como qualquer sala de bate-papo, apropriado como os banheiros públicos). Neles, pessoas de todo o mundo podem buscar parceiros sexuais de acordo com suas

³⁶ MANHUNT. <Disponível em: <http://manhunt.com>> Acesso em: 12 mar. 2011.

³⁷ DISPONÍVEL. <Disponível em: <http://disponivel.com.br>> Acesso em 12 mar. 2011.

³⁸ UOL: sala de bate-papo. <Disponível em: <http://batepapo.uol.com.br/>> Acesso em: 13 mar. 2011.

preferências, permitindo, assim, que se tornasse um substituto para todo o processo de conquista que acontecia, até pouco tempo, quase que exclusivamente em boates.

Os sites também evidenciam a verdadeira miríade de sexualidades que se tenta esconder por baixo da massificação das identidades LGBT. Ali, anunciam-se os que buscam por relacionamentos sérios ou apenas sexo, os que buscam por garotos novos e os que buscam pelos “maduros”; os casados que buscam outros casados e os que buscam casais para transar. Todos possuem a oportunidade de buscar por seu objeto de desejo. Se eles vão encontrá-lo e o grau de veracidade dos anúncios já é outra discussão.

O mercado sexual

Prostituta, segundo Gaspar (1985, p. 11), refere-se à mulher que vende serviços sexuais efêmeros e descomprometidos em troca de uma quantidade de dinheiro ou de outros bens materiais, previamente estipulada. O mercado sexual ou prostituição, então, nada mais é que o resultado de oferta e procura por bens ou serviços sexuais, tendo o cliente como quem demanda e a prostituta como quem oferta. Aqui, estende-se esta definição aos homens.

Obviamente, se esse mercado é composto por indivíduos, estes com as mais diversas trajetórias de vida, já se pode falar de um único mercado sexual.

Isso porque uma rubrica como mercado de serviços sexuais pode camuflar gramáticas sociais, moedas e tipos de transações tão distintas que chegam, cada uma delas, a constituir mercados diferenciados e singulares (LOPES JUNIOR, 2005).

Assim, o mercado sexual de Sorocaba é tratado aqui no singular, embora fique evidente que este compreende vários outros, já que nem a demanda, nem a oferta são uniformes – já que se tratam de interseções de gênero, raças, classes socioeconômicas etc. Compreender as relações que se dão através da prostituição masculina em cada lugar e tempo é, então, reconhecer as diferentes configurações que ele apresenta em cada cidade e em cada época, entre diferentes tipos de indivíduo.

A partir do que tive acesso, a prostituição em Sorocaba é praticada por dois tipos de indivíduo, que representam trajetórias distintas de vida: o nóia e o michê.

Nóia é a categoria nativa de identificação utilizada por usuários de crack em situação de rua apresentada por Gomes (2010) no contexto da chamada Cracolândia, de São Paulo, próxima da estação da Luz. O que se observa, porém, é o uso generalizado da palavra pelos próprios usuários de crack em situação de rua, a partir dos contatos provenientes das vivências na Associação “Pode Crer” ou até em uma simples conversa com qualquer um deles na rua. Isto evidencia que o termo pode ter surgido em São Paulo, mas já virou praticamente uma identidade difundida pelo resto do país.

Usar o termo nóia para se referir a esses indivíduos pode ser resultado de uma abreviação da palavra paranoia. Paranoia vem do grego “para”, que significa próximo, quase, também, contra (em dois sentidos: perto de alguém, juntos, íntimos, mas também lutar ou guerrear contra alguém); e “nóia”, que significa razão, compreensão, entendimento. Paranoia é usado para designar aquilo a que se confronta a razão ou a compreensão, em ambos os sentidos.

Da paranoia sobra apenas o nóia, a razão. A sociedade se torna, então, aquela que compreende que a guerra contra ele é a da opressão e não a da educação. Ela se torna aquela que se exime de ser o alguém que deveria estar junto, íntimo. A sociedade escolhe pelo afastamento e pela condenação. Sendo a contradição da sociedade, que clama ser racional, o nóia é a contradição da própria razão. Sem o para, só sobra o nóia.

O nóia que se prostiteui é a versão hodierna do michê, proveniente de baixas classes sociais, que era relacionado à delinquência pelos próprios membros da comunidade de homens que se relacionavam com homens (PERLONGHER, 2008, p. 136).

Já michê é o garoto de programa, o prostituto. Segundo o dicionário “Novo Aurélio” (FERREIRA, 1999), o termo teria também outro sentido, o de que fazer michê pode ser uma “expressão utilizada por quem se prostiteui para se referir ao ato próprio da prostituição”.

Sobre a origem etimológica do termo, o autor afirma ser obscura:

Aluizio Ramos Trinta, na sua tradução de *A Sombra de Dionísio*, de Michel Maffesoli (1985, p. 120), relaciona, baseado no *Dictionnaire historique de argots français*, de G. Esnault, *michette* ('seio'), *miches* ('nádegas'), *michê* ('doença venérea'),

michet ('o que paga o amor') e *michetonner* ('pagar o amor'). Monique Augras (1985, p. 107) remete a origem do termo ao *argot* francês, que até hoje designa 'o homem que dá dinheiro a mulheres para conquista-lhes os favores', significado semelhante ao recolhido pelo *Novo Dicionário da gíria brasileira*, de Manuel Viotti (1957). Para Augras, essa duplicidade do termo desvelaria certa indistinção básica do mecanismo da prostituição, onde 'quem vende se iguala a quem compra'(PERLONGHER, 2008, p. 43).

Perlongher, que escreve sobre a São Paulo da década de 80, diferencia os michês segundo os distintos módulos de atribuição de valor presentes no mercado sexual (p. 139). Bofe, michê-gay, erê, bicha-baby, michês-profissionais, michês ocasiocanais e semi-michê são algumas das categorias que ele define. Prostituição viril, porém, aparece como sua forma de delimitar o objeto de estudo, já que ao trabalhar com a noção de virilidade, o autor aponta para um mercado de representações, em que tudo giraria em torno de um jogo de valorização da identidade máscula. O michê é o travesti do homem, enquanto a travesti o é da mulher (FRY; MACRAE, 1983 apud PERLONGHER, 2008; OTTONI, 1981 apud PERLONGHER, 2008).

Waldorf, Lauderback, Reinarmar e Marotta (1990 apud ARENT, 1999) separam os profissionais masculinos em *hustlers* (que agem em locais públicos) – que podem ser *trade* (homens bissexuais ou heterossexuais que trocam sexo por dinheiro), *drag* (travestis e transsexuais que atuam no comércio sexual) e *young* (jovens rapazes homossexuais ou bissexuais que vendem serviços sexuais) – e em *call men* (que anunciam seus serviços de alguma forma) – podendo estes, ainda, serem *erotic masseurs* (que anunciam seus serviços dentro de casas de massagens), *call book men* (que possuem uma agenda de clientes fixos), *models/escorts* (que anunciam seus serviços sexuais e de acompanhamento) e *stars of erotica magazines, stage and screen* (profissionais do mundo pornográfico).

Earls e David (1989 apud ARENT, 1999) apresentam os *street hustlers* (que usam a rua como meio de contato com clientes), *bar hustlers* (atuam em bares, saunas, bordéis), *call boys* (que possuem o contato telefônico como meio de agenciamento) e os *kept boys* (aqueles que se associam a pessoas mais velhas, por tempo não específico, em troca de moradia, comida, roupa e dinheiro).

A confluência desses dois tipos, o michê e o nória, sobre o mesmo território, acaba sendo uma contiguidade instaurada pelos últimos entre o território de onde eles vieram, um território

psicotrópico, e a zona de prostituição masculina, que acaba perdendo o espaço que possuía exclusivamente para seus passivos, a praça do Barco, para os nórias que se prostituem.

Um território psicotrópico é um lugar onde a vida gira em torno de drogas ilícitas (FERNANDES, 1998 apud GOMES, 2010). O autor se referiu à cocaína e à heroína em vidas da cidade do Porto e Gomes à Cracolândia de São Paulo. Coincidência entre as duas análises e o que se observa em Sorocaba – o que chamo de território psicotrópico é a região da rua Padre Luiz (MENDES, 2012) –, é que o território psicotrópico fica no centro da cidade. No Brasil, ambos também partilham de estarem localizados em espaços de transição – em São Paulo, próximo da Estação da Luz, e em Sorocaba, do terminal de ônibus suburbano São Paulo e, ainda, da rodoviária da cidade –, sem contar todas as pequenas pensões e hotéis que circundam estes espaços.

Nesse tipo de território, as esferas pública e privada se misturam, já que ele é reconhecido pela função que desempenha, sendo interesse tanto do consumidor quanto do traficante da droga.

O espaço público é utilizado de forma privada para o consumo de drogas e sua venda, ao mesmo tempo em que o espaço privado das residências se torna público pela constante entrada e saída de usuários para compra e consumo da droga (GOMES, 2010).

Obviamente, se falado aqui de níveis diferentes de desenvolvimento das relações entre os indivíduos nos territórios de São Paulo e Sorocaba, tanto qualitativamente quanto quantitativamente.

Já sobre a zona de prostituição masculina, refere-se à área entre a Praça do Fórum e a do Barco, bem como a sauna gay, que fica no extremo oposto da região central. Ainda, a boate Terceiro Andar e o cinema pornô Cine Dom José, que ficam nas adjacências, bem como a zona de prostituição feminina (esta bem maior) e a de travestis, convergindo todas para um esboço de uma região moral na cidade.

O resultado do choque entre nórias e michês foi que a Praça do Barco, antes conhecida como o local onde ficavam os garotos que aceitavam assumir a posição passiva numa relação sexual, com os ativos ficando na parte “de cima” – a Praça do Fórum. Cabe ressaltar que a primeira possui menos vias de acesso que a última, o que a torna relativamente mais fechada aos olhos dos que transitam pelas vazias ruas centrais durante as madrugadas.

Aqui pode se aplicar a noção de territorialidade (PERLONGHER, 2008, p. 159), que se trata de ocupar espaços que possuem códigos inscritos, estes mutáveis com o tempo, incorporando-se valores ali presentes (no caso da prostituição me refiro a trejeitos, indumentárias, postura, etc.). A territorialidade é entendida no espaço físico e no próprio espaço de código, o que permite que os sujeitos transitem por diferentes identidades que se desenvolvem a partir dos códigos inscritos. Assim, podemos analisar essa transição do passivo para o nória em Sorocaba: simplesmente se modificaram os signos incorporados naquela região.

A partir das observações feitas, pode-se considerar que a prostituição masculina em Sorocaba se distribui em três segmentos: o das ruas do centro da cidade; o dos estabelecimentos fechados, representado pelas saunas; e o do ambiente virtual, da internet e do telefone. Cabe pontuar que não são espaços excludentes entre si, tendo grande parte dos garotos com que conversei passado por mais de uma dessas “modalidades” em que se poderia ofertar seus serviços.

As praças

A Praça do Fórum é um ponto de “pegação” homoerótica há muito tempo conhecido na cidade. O jornalista Raymundo Pereira já relatava, em 1996, sobre os percursos ali realizados por homens que se relacionam sexualmente com outros homens.

Hoje, a prática se mercantilizou e a região é ocupada, durante a noite, por garotos de programa, que oferecem seus serviços por ruas que chegam até a Praça do Barco. Observa-se uma divisão nesta região, sendo o Fórum ocupado por michês e a Praça do Barco e suas ruas próximas (em rosa no mapa abaixo) pelos nórias que se prostituem.

Pode Crer e, mais recentemente, a CREAS-POP⁴⁰), todas próximas dos locais onde ele tinha seu mocó⁴¹ e seu ponto. Um garoto moreno, extremamente simpático, Renan, na grande maioria das vezes, estava extremamente disposto a conversar comigo e com as agentes redutoras de danos. Muitas foram as vezes em que ele recusou um cliente para não interromper um diálogo. O ponto de Renan fica na própria Praça do Barco e ele diz ser dependente do crack desde os 15 anos.

Como sai pelas ruas quase que semanalmente, acompanhei a trajetória de Renan de dezembro de 2010 a outubro de 2011, período pelo qual o conheci tanto em fases de abstinência e livre de crack quanto em momentos em que a dependência e o consumo estavam muito fortes. Sobre estes últimos momentos ele pouco comentava, sendo que ele também os passava longe da Praça do Barco – como o momento em que Fernando, um rapaz que o acompanhou por um bom tempo, foi preso em uma das operações do Centro Seguro (PROENÇA, 2011).

Renan dizia topar tudo. Fazia do passivo ao ativo com homens, mulheres e casais. Cobrava R\$ 30 por programa, que se consumava, na maioria das vezes, no próprio carro, dentro de um *drive in* ou em algum hotel ou pensão barata. O conteúdo de um programa chega a variar bastante, já que os R\$ 30 seguem um cálculo em que se somam e subtraem variáveis, como risco e a beleza e jovialidade do cliente, por exemplo. Outro fator que influencia esse cálculo feito nóia é o grau de dependência que ele tem pelo crack em determinado momento. Passar por uma forte abstinência, em um pico de consumo, pode levá-lo a trocar a própria relação sexual pela pedra.

Interessante é notar como o próprio garoto que está nesse consumo ascendente de crack é desvalorizado pelos próprios nóias. *“O nóia, quando tá usando muito crack, topa dar o cu por qualquer dez real e acaba roubando todos os clientes da noite”* (Renan). Estas situações acabam em movimentos de expulsão, organizados pelos próprios nóias, já que aquele que fere a lei do preço vigente acaba atrapalhando a obtenção de clientes pelos outros garotos.

⁴⁰ A instituição agora só oferece seus serviços para quem comprova estar em Sorocaba há mais de 6 meses.

⁴¹ Mocó é uma gíria usada pelos sujeitos em situação de rua para se referirem ao local onde dormem e guardam seus pertences.

Trajatória de michê

Na grande maioria das vezes em que percorri a região onde a prostituição masculina acontece na cidade, encontrei garotos que nunca tinha visto e que nunca mais voltaria a ver. Estes, nas poucas vezes em que consegui estabelecer um diálogo, diziam estar lá apenas por aquela noite, ou que só iam de vez em quando. A grande maioria deles afirmou possuir outra fonte de renda, e que só estavam ali por curiosidade ou por serem, na maioria das vezes, fim de mês e haver a necessidade de se complementar sua renda.

Dentre esses garotos, apareceram os que se afirmavam homossexuais, bissexuais e heterossexuais, os que diziam só aceitar clientes mulheres ou os que só aceitavam se relacionar ativamente com homens. A diversidade de comportamentos é uma evidência do caráter esporádico que esses garotos mantêm com a prostituição, já que a identidade que apresentavam a mim ficava carregada de mecanismos de defesas. Renan, uma vez, disse-me que *"é óbvio que os garotos vão ter medo. Por mais que você diga que é da universidade, eles vão desconfiar que você vai denunciar eles ou expor eles de algum jeito"*. Um exemplo desse mecanismo é a recorrente recusa em se receber tubos de gel lubrificante das mãos do agente redutor de danos, geralmente acompanhada de alguma fala que aponta no sentido de que *"eu não faço isso"*.

Mariano representa o perfil do michê de rua da Sorocaba de hoje. Sendo um amigo pessoal, contou-me das muitas vezes em que foi até a praça do Fórum, onde trocou um relacionamento sexual por dinheiro. Contou que da última vez em que ofertou seu sexo foi para conseguir recursos para pagar um curso de cinema em que estava interessado.

Das primeiras vezes, Mariano conta que tinha muito receio em ocupar algum ponto, já que são famosas as histórias de conflito entre profissionais de sexo por disputa de espaço. Porém, conta que nunca sofreu nenhum tipo de repressão.

O que rola é o preconceito com quem tá indo lá só pelo prazer. Aquele cara que tá caçando eles arrumam treta. Eles batem, espancam e fazem ele sair do rolê. Quem tá por dinheiro mesmo, não.

Enfatiza-se, dentro da própria dinâmica, a primazia da lógica econômica na territorialidade daquela região. Semelhante ao

caso de expulsão do nória que cobra um valor muito baixo para alimentar um consumo intenso de crack.

Mariano afirma que há uma grande transitoriedade entre os garotos. *"Tem gente que vai lá e só pega um programa. Já é o suficiente pra quantidade de grana que ele queria. Tem gente que vai lá de sexta-feira antes da balada"*.

Jorge, outro garoto que conheci junto das redutoras de danos, representava outro lado dessa moeda. Jorge afirmava que tinha se "viciado" na prostituição, o que se resultava na frequência mensal com que acabava ofertando seus serviços. Segundo ele, todo fim de mês, quando acaba o salário que recebe como atendente de telemarketing em uma empresa da região, ele vai até a Praça do Fórum.

Ambos afirmam que nem sempre as relações sexuais são caracterizadas por programa, já que nem sempre acontece uma troca monetária.

Teve alguns que trepava de graça até. Quando eu conseguia desenrolar uma conversa legal, porque você consegue assimilar algumas coisas assim que você entra no carro. É tipo quando você tá numa fila, ou num ponto de ônibus e simplesmente flui. E aí, às vezes, o cara era bem bonito, e a conversa fluía legal, e o cara me levava pra um motel e não tinha como eu cobrar. Porque não era mais programa, era um rolê⁴² (Jorge).

Interessante pontuar essa ausência da moeda em algumas situações. O nória, às vezes, troca a relação diretamente pela pedra de crack, como citado anteriormente. A relação sexual acaba exercendo o papel de moeda, já que preenche as três condições: ser meio de troca, reserva de valor e unidade de medida.

Uma "trepada" acabou se constituindo uma moeda extremamente usada nessa face do mundo em que o mercado formal não está presente, o que ajuda a questionar a visão hegemônica de que ele, necessariamente, precisa ser sustentado por trocas monetárias. Nas ruas você pode trocá-la por drogas, por um "rolê" e até por um alibi junto à polícia militar, como Marcelo, um usuário dos serviços da Pode Crer, confessou-me uma vez: *"O policial chega e descobre que o michê tem uma pedra de crack. E o que ele faz? Obriga o michê a chupar ele para ele não ir parar na delegacia"*.

⁴² Rolê é uma gíria utilizada por jovens que faz alusão a alguma experiência relacionada ao lazer. "Dar um rolê" seria como passear pela cidade, ter vivido uma experiência.

Deriva é o movimento que leva esses garotos até as ruas para se prostituírem (MAFFESOLI, 1985 apud PERLONGHER, 2008), já que este se caracteriza como um espaço de circulação desejante, de errância sexual. Confirma isto o recorrente relato de como ocorreu o primeiro programa de muitos garotos:

Eu tava andando pelo centro, voltando de uma festa numa quadra de escola de samba, e uma maricona parou e perguntou quanto eu cobrava pra transar. Eu tava precisando de dinheiro e o cara só queria me chupar. Topei por R\$ 50. Aí foi que começou tudo, porque depois da primeira vez que te pagam, você vai usar de novo esse recurso quando estiver precisando (Renan).

Quando não envolve um contato direto na rua, o primeiro programa acaba surgindo como um relacionamento sexual remunerado inesperadamente ou, ainda, como um convite feito por algum conhecido.

A sauna

Depois das inúmeras recusas feitas pelo proprietário da única sauna da cidade para que me recebesse enquanto pesquisador (a qual só tive conhecimento após uma pesquisa na internet), conheci Giovani, no centro *drop in* da Associação Pode Crer, um garoto de 23 anos, que frequenta a ONG desde sua abertura. Sua trajetória se mostra extremamente caótica, sendo o pai um traficante morto enquanto ele era criança e a mãe prostituta em São Paulo. Sendo criado pelos avós, fugiu de casa aos 13 anos, ficando em situação de rua e começando a usar maconha e cocaína.

Conforme já dito anteriormente, nesta, que é a única sauna da cidade, é vedado aos clientes se relacionarem entre si, o que torna os garotos as únicas possibilidades para se relacionarem sexualmente. Um valor fixo é cobrado na entrada (em 2011 eram R\$ 30), devendo ainda o cliente pagar ao garoto pelos seus serviços (que Giovani afirmou ser em média acima de R\$ 70) e à casa pelo aluguel do quarto (cerca de R\$ 50), que também fica dentro do local. Caso o cliente queira levar o profissional para outro lugar, o preço a ser cobrado pelo garoto é ainda maior, já que se diminuem as possibilidades do michê em conseguir mais clientes na noite – que ele aponta que podem ser de cinco a sete.

Dentre as demandas feitas nos programas, o anal-passivo, segundo Giovani, é o mais recorrente, seguido pela estimulação oral. Aqui, Giovani acusa que são poucos os garotos que aceitam se relacionar anal-passivamente dentro de um programa, já que esta é a modalidade que os clientes pagam mais caro. Segundo ele, a maioria omite aos clientes, num primeiro momento, que aceita ser o passivo, uma forma de manter a virilidade como um atributo. “*Mas eu não dou o cu nem por todo o dinheiro do mundo*”, foi como ele encerrou este assunto.

Outro serviço que o profissional do sexo acaba tendo que exercer é suprir as demandas afetivas de seus clientes durante os programas – com o cliente pagando o mesmo se fosse com sexo.

Muitas das vezes os gays nem querem transar. Eles vêm e ficam choramingando porque são viados, porque a esposa não pode saber. Passo o programa inteiro só conversando e consolando eles (Giovani).

Arent (1999) comenta que até essas práticas trazem um custo psíquico ao profissional, já que estes nunca passaram por nenhuma formação que os capacitem a essas situações.

Novamente se observa a primazia pela lógica econômica e não pela constituição da sauna como um espaço de sociabilização. Esta acaba permitindo que se desenvolva um estabelecimento comercial com uma dinâmica que muito remete aos bordéis femininos. Ainda, permite que a figura do cafetão de michês surja – que não consegui encontrar referência alguma na literatura analisada –, conforme a fala de Giovani confirma:

O Márcio [o proprietário da sauna] é como um pai pra nós. Ele nos liga durante o dia falando dos clientes que estão nos procurando, leva pra outras cidades em outras saunas durante o fim de semana... Ele cuida da gente. Ele é tipo um pai.

A Internet

Com a massificação dos computadores e do acesso à internet, seja através da compra de um produto ou do uso de serviços de lan houses ou cyber cafés, criaram-se os meios para que sites como o ManHunt e o Disponível se popularizassem, combinando a demanda dos homens que se relacionam sexualmente com

homens com a necessidade da discrição, já que se permite que se use de artifícios para se manter certo anonimato, como nomes falsos e fotos que não mostram o rosto. Ainda, para o mercado sexual, a internet se mostrou uma ótima ferramenta, já que permite ao cliente buscar um michê no conforto e anonimato de sua casa e até através de um telefone celular.

Os michês que anunciam seus serviços na internet em Sorocaba, de forma semelhante aos que anunciavam nos jornais e em telefones públicos, fazem-no através de blogs pessoais, nos quais descrevem seus atributos e postam fotos e até vídeos; de páginas em redes sociais, que possuem a vantagem de facilitar o acesso, já que o compartilhamento de informações dentro delas é mais eficaz (no sentido de alcançar seu público-alvo) e por salas de bate-papo, no caso de Sorocaba as do site UOL, as mesmas referidas como espaço de sociabilização.

O perfil do garoto de programa que anuncia seus serviços na rede a que eu tive contato é o que tem de 17 a 23 anos de idade (embora eles sempre falem para seus clientes que já atingiram a maioridade), que se declara com identidade bissexual e estudante, na maioria das vezes universitário, ou possui outra ocupação de meio período. É o caso de Fábio, que aos 22 anos tem como única fonte de renda os programas, com os quais ainda paga a graduação em Administração em uma universidade privada da cidade.

Ele conta que quando começou a se prostituir ainda mantinha um emprego como subgerente em uma loja de roupas em um shopping da cidade, mas que o abandonou ao perceber que seus programas possuíam uma lógica mais rentável e que lhe permitia ter uma rotina mais próxima da que ele achava ideal.

Hoje eu ganho três vezes mais do que naquele emprego e trabalho quase a metade do tempo que eu trabalhava. Sem contar que agora acordo a hora que eu quiser, consigo me dedicar ao que quero, tudo sem ter que dar satisfações a ninguém (Fábio).

Fábio deixa evidente o quanto a recusa do trabalho formal, e da maneira como ele está costumeiramente estruturado, acaba sendo uma motivação para se manter no mercado sexual. Seria uma tentativa de reverter o que Marcuse (1975) aponta quando diz que o trabalho hoje é a sublimação da libido em labor. Acaba sendo uma tentativa que não obtém pleno sucesso, já que a prostituição traz

para o indivíduo uma carga psíquica tão pesada quanto qualquer outro trabalho alienante, principalmente pelo estigma atribuído.

O próprio Fábio salienta isso quando diz que não recomenda a ninguém entrar no comércio sexual, pois este acaba se tornando um mundo paralelo e fechado no qual o garoto acaba se alienando da sociedade, da comunidade e da família. *“É como se eu não fizesse mais parte desse mundo. Agora não tenho mais amigos, não tenho mais almoço em família. Eu tenho os clientes”*.

Diferente de Mariano, que dependendo da situação que vivia com seu cliente, acabava transformando-o em uma “trepada” descompromissada, Fábio diz que não tem mais interesse no sexo que não como meio de troca para obter dinheiro.

Não consigo mais sentir prazer no sexo. O que me dá prazer agora é o dinheiro. Até quando eu digo que eu vou tirar férias é porque eu não vou transar por esse tempo. O sexo virou o meu trabalho e meu trabalho é o meu prazer (Fábio).

Esta fala demonstra que os diferentes indivíduos se relacionam de maneira distinta com a sublimação da libido em labor, especificamente no caso da prostituição. Enquanto alguns, como Fábio, colocam-na em sua totalidade no exercício de seus programas, outros, como Mariano, separam o que é postergação de prazer. – *“Às vezes, quando o programa se torna muito desagradável, eu fico pensando no por que estou ali, e aí consigo fazer tudo o que preciso fazer”* – do que é a vivência imediata do prazer – o transar de graça. Seria a diferença de vivências que se pode ter dentro do mercado sexual. De um lado há os que o encaram como trabalho, única e exclusivamente, como uma maneira de sustento, e os que o vivem como uma “muleta”, um artifício que pode ser explorado na sociedade capitalista em que vivemos – que demanda, e está disposta, a pagar pelo prazer – e, assim consegue re-significar o prazer além da troca monetária.

Referências

- ANZALDÚA, G. La consciência de la mestiza / Rumo a uma nova consciência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 320, set./dez. 2005.
- ARENT, M. **O preço do prazer**: uma análise psicossocial do trabalho dos garotos de programa. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.
- BARRETO, M. Gincana abre a III Semana do Orgulho LGBT de Sorocaba. *Jornal Ipanema*, Sorocaba, 14 ago. 2011. Disponível em <<http://www.jornalipanema.com.br/novo/Sorocaba/GINCANA+ABRE+A+III+SEMANA+DO+ORGULHO+LGBT+EM+SOROCABA.html>> Acesso em: 2 mar. 2012.
- CHADAREVIAN, P. O ensino de economia na encruzilhada. **Operamundi**, São Paulo, 3 set. 2011. <Disponível em: <http://operamundi.uol.com.br/conteudo/opiniao/17310/o+ensino+de+economia+na+encruzilhada.shtml>> Acesso em: 25 jan. 2012.
- DEL PRIORE, M. **Histórias íntimas**: sexualidade e erotismo na história do Brasil. São Paulo: Ed. Planeta do Brasil, 2011.
- EDLUND, L.; KORN, E. A theory of prostitution. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 110, n. 1, p. 181-214, 2002.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.
- GASPAR, M. L. **Garotas de programa**: prostituição em Copacabana e identidade social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1985.
- GOMES, B. R. Tornar-se nória: trajetória e sofrimento social no centro de São Paulo. **Coletivo DAR**, São Paulo, dez. 2010. <Disponível em: <http://www.coletivodar.org/2010/12/cartas-na-mesa-tornar-se-%E2%80%9Cnória-%E2%80%9D-trajetoria-e-sofrimento-social-no-centro-de-sao-paulo/>> Acesso em: 12 fev. 2011.
- GREEN, J. N. **Além do carnaval**: a homossexualidade masculina no Brasil do século XX. São Paulo: Ed. UNESP, 2000.
- ISLAM, A.; SMYTH, R. The economics returns to good looks and risky sex in the Bangladesh commercial sex market. **Monash**, p. 1-40, ago. 2010.
- LOPES JUNIOR, E. Amor, sexo e dinheiro: uma interpretação sociológica do mercado de serviços sexuais. **Política e Sociedade**, Florianópolis, n. 6, p. 165-193, abr. 2005.

MARCUSE, H. **Eros e civilização**: uma interpretação filosófica do pensamento de Freud. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1975.

MENOS mentira. Jornal Bom Dia, Sorocaba, 27 ago. 2012. <Disponível em: <http://www.redebomdia.com.br/blog/detalhe/11502/Menos+mentira>> Acesso em: 29 ago. 2012.

MENDES, A. Moradores denunciam a existência de Cracolândia na Rua Padre Madureira. Jornal Cruzeiro do Sul, 30 jan. 2012. Disponível em <<http://portal.cruzeirosul.inf.br/acessarmateria.jsf?id=361513>> Acesso em: 23 mar. 2012.

MILANESE, E. **Tratamento comunitário**: manual de trabalho I. 2011.

MOTT, L. A homossexualidade em Sorocaba (1729 – 2004). **Enciclopédia Sorocabana**, Sorocaba, 2004. <Disponível em: <http://www.sorocaba.com.br/enciclopediasorocabana/?local=titulos&tipo=verbetes&ler=1093226628>> Acesso em: 24 jul. 2011.

ORTOLANO, F.; SILVA, R. R. Grupo Mandala – UFSCar Sorocaba. In: MARTINS, M. F. (Org.). **História dos movimentos sociais da região de Sorocaba**. Holambra: Ed. Setembro, 2012.

PACHU, M. J. **Auto-estima e condições sociais das prostitutas em Porto Alegre**. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1982.

PARKER, R. **Abaixo do equador**: culturas do desejo, homossexualidade masculina e comunidade gay no Brasil. São Paulo: Editora Record, 2002.

PERLONGHER, N. **O negócio do michê**: a prostituição viril em São Paulo. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2008.

PROENÇA, Z. "Centro Seguro" faz sua terceira operação em Sorocaba. Jornal Ipanema, Sorocaba, 15 dez. 2011. <Disponível em: <http://www.jornalipanema.com.br/novo/Pol%C3%ADcia/%E2%80%98CENTRO+SEGURO%E2%80%99+FAZ+TERCEIRA+OPERACAO+EM+SOROCABA.html>> Acesso em: 12 abr. 2012

QEIROZ, D. T.; VALL, J.; ALVEZ e SOUZA, A. M.; VIEIRA, N. F. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83, 2007.

SILVA, A. P.; BLANCHETTE, T. G. Amor um real por minuto – a prostituição como atividade econômica no Brasil urbano. In: CORREA, S.; PARKER, R. (Orgs.). **Sexualidade e política na América Latina**: histórias, interseções e paradoxos. Rio de Janeiro: ABIA, 2011.

SIMÕES, S. S. **Vila Mimosa**: etnografia da cidade cenográfica da prostituição carioca. Niterói: EdUFF, 2010.

TILLOTSON, J. W. Studying the game: action research in science education. **The Clearing House**, v. 74, n. 7, p. 131-135, set./out. 2000.

TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 443-466, set./dez. 2002.

VALLADARES, L. Os dez mandamentos da observação participante. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, n. 63, p. 153-155, 2005.

Copos cheios: brindando à saúde, aos homens, ao consumo e seus contextos

Simone Peixoto Conejo

A história humana aparece permeada de momentos “temperados” pela ingestão de bebidas alcoólicas. São situação que vão se tornando íntimas por meio da transmissão oral de nossos hábitos e crenças, das artes, das ciências, do nosso cotidiano. Quem de nós chega à vida adulta sem ver alguém ingerindo bebidas alcoólicas? Este tipo de consumo vai ficando íntimo aos nossos olhos.

Para que o ato de beber seja reproduzido, transmitimos geração após geração os modos de produção, uso e ingestão. As pessoas dividem conhecimento sobre dosagens, frequência, resultados, superação de efeitos indesejados e dicas de como não se embriagar. As bebidas alcoólicas umedecem muitos de nossos encontros. Elas estão em nosso imaginário, em nosso cotidiano, concreta e simbolicamente. O consumo de produtos alcoólicos pelo ser humano é um costume “envelhecido” lentamente em diversas sociedades.

Nossas conversas cotidianas sobre a ingestão de produtos alcoólicos costumam ter modos simpáticos e receptivos, assustadores e excludentes. Sobretudo, elas mostram um grande espaço para serem mais reflexivas. Nesse momento, percebemos a necessidade de problematizar o modo que as pessoas estão encontrando para lidar com a ingestão de bebidas alcoólicas. Entretanto, cabe problematizar ainda mais a tentativa de algumas pessoas de “saciar”, por meio de copos cheios de bebidas alcoólicas, outras necessidades (sejam elas: pessoais, socioculturais ou basicamente humanas).

Neste trabalho procuramos fazer um recorte em que destacamos o encontro de elementos da ingestão de bebidas

alcoólicas com questões problemáticas que envolvem aspectos da saúde do homem, dos meios que essa população está encontrando para compor sua constituição e algumas consequências. Particularmente, em nosso percurso procuramos deter nosso olhar sobre alguns contextos importantes.

Destacamos certos aspectos históricos da ingestão desse tipo de bebida, a importâncias de elementos culturais e dos diferentes simbolismos que acabamos atribuindo a esse tipo de consumo. Propomos questionamentos a respeito de quem e em quais situações ocorrem a legitimação ou não para esse consumo; sobre problemáticas “petiscadas” diante desse consumo. E, antes de encerrarmos, procuramos dar passos na direção de possibilidades de cuidados e dos desafios envolvidos nesse percurso.

“O primeiro gole”: um pouco de história...

Facilmente podemos perceber que o consumo de bebidas alcoólicas está presente nas histórias mitológicas, bíblicas; no passado e no presente de diferentes culturas. Seus primeiros indícios foram registrados por arqueólogos e de acordo com o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID, 2007) e Lapate (2001) datam de aproximadamente seis mil anos a.C. O uso dessas bebidas se iniciou em lugares variados, especialmente pela observação de animais que consumiam frutas fermentadas e tinham seu comportamento alterado. Desse modo, nossos antepassados começaram a fazer uso do suco extraído da fermentação de alimentos que apresentavam certo teor alcoólico. E por meio do processo de destilação, introduzido na Europa pelos árabes na Idade Média, foi possível concentrar o conteúdo alcoólico, além do surgimento de novos tipos de bebidas.

Desde então, lidamos, usamos, aprimoramos, perdemos e tentamos pensar sobre o consumo de bebidas alcoólicas. De modo geral, essas bebidas foram usadas de muitas formas: para dissipar preocupações, como um meio para relaxar, para facilitar a digestão, proteger do frio e da fadiga dos trabalhos pesados, como um produto para combater infecções, para aliviar as dores da alma e do corpo, para o prazer e o estado de descontrole, para compor rituais e até mesmo como um facilitador na dominação de diversas populações.

Sociedades muito antigas já tinham o vinho e a cerveja introduzidos em sua cultura. Por exemplo, Escotado (2003) descreve que a cerveja, já por volta de 2.200 a.C., era recomendada como um tipo de fortificante para mulheres que amamentavam. Pouco depois foram encontrados registros da proibição de seu consumo, sendo vista como uma “perdição da alma”. Entre os antigos romanos, o consumo era amplamente enaltecido. Entretanto, há relatos de sua proibição e penalização entre mulheres e menores de 30 anos. Tais ideias parecem ecoar entre nós. Ainda nos dias de hoje, não é raro escutarmos que: “Algumas cervejas propiciariam a fartura do leite para a mãe”, “Beber seria um ato influenciado por forças malignas”, “Ninguém deveria se embriagar. Mas, uma mulher... É pior ainda!”, “Pessoas em certas faixas etárias (as mais jovens ou as mais idosas) não podem consumir bebidas alcoólicas”.

Em nosso país, os costumes que envolvem o consumo de bebidas alcoólicas também são antigos e têm repercussões importantes em nosso cotidiano. Aqui, os nativos produziam uma bebida forte, muito utilizada em rituais e festas que, mais tarde, deu origem às bebidas que nomeamos como cachaças. Na época colonial, a cachaça se tornou uma bebida popular e ligada ao cotidiano. Seu consumo foi incentivado, especialmente, por índios e escravos. Os primeiros frequentemente eram pagos com aguardente em suas negociações. Entre os escravos, a cachaça serviu como uma importante mercadoria, utilizada no tráfico e manutenção da escravidão. Ela era distribuída como um “fortificante” (um produto dissimulador para a falta de comida).

A aguardente foi usada até mesmo como uma espécie de “prêmio” para ocasiões tidas como meritórias. Por muito tempo, a cachaça foi vista como um produto de baixo *status* em termos de consumo e produção. Por vezes, sua venda e distribuição se deram às margens das leis, em pequenos estabelecimentos, aparecendo associada tanto às práticas caseiras e familiares, como a homens marginalizados na sociedade (SOUZA, 2004, ANDRADE; ESPINHEIRA, 2011).

O trecho da parábola a seguir retrata, critica e ironiza o panorama nacional do consumo da aguardente. Ele pode ser usado como um convite para refletirmos como esse panorama, mesmo na atualidade, continua a se repetir e a trazer consequências.

[...] Ei cachaça misturada com Mel,
Que é tão boa de tomar,
Que tomei quase um tonel.
Essa é brasileira, igual não tem no mundo
Marca registrada... O xodó dos vagabundos [...]
(trechos da Paródia da música "Negro Drama:
Bebo Cana" - Racionais Mc's)

As contradições e tentativas de inibição do grande consumo de produtos alcoólicos existem há muito tempo. Desde o período colonial encontramos tentativas de repressão e/ou controle do consumo. Entretanto, motivadas muito mais por interesses, como perdas na produtividade de trabalhadores e reserva de mercado, do que pela preocupação em relação ao cuidado com as pessoas.

Encontramos exemplos, como a tentativa de representantes da Coroa Portuguesa de proibirem a criação de novos engenhos mineiros, especializados na produção de aguardente em pequena escala e, como tantas outras leis, tal decreto "não pegou". As engenhocas produtoras da bebida se multiplicaram, o que contribuiu para que a bebida fosse comercializada por valores insignificantes.

Eles também tentaram proibir a produção de vinhos em São Paulo, sem sucesso. No Rio de Janeiro, o recurso usado foi a taxação dos produtos e, mais tarde, na Bahia, buscaram restringir a produção e venda da aguardente, usando como pena a prisão e multas, o que, também, parece não ter produzido efeitos consideráveis.

Um exemplo que corrobora as experiências frustradas de nosso país foi o consumo vigoroso durante a vigência da famosa "Lei Seca" nos Estados Unidos. Contudo, na atualidade, todas essas tentativas podem ser úteis para refletirmos a respeito de estratégias que visem fins parecidos.

Uma conhecida fala do antropólogo Darcy Ribeiro ressalta que, no Brasil, a princípio:

O açúcar foi usado para adoçar a boca dos europeus e a cachaça para alterar a consciência, para lidar com a amargura da escravidão, para calar as dores do corpo e da alma, para açoiar espíritos em festas, para atizar coragem em covardes e para aplacar traições e ilusões. Para tudo, na alegria e na tristeza, o brasileiro justificava o uso do álcool, da branquinha à amarelinha, do escuro ao claro do vinho.

Alguns autores, como Souza (2004) e Andrade e Espinheira (2011), ressaltam que com o advento da industrialização, as bebidas alcoólicas foram produzidas em grande escala, contribuindo ainda

mais para a redução de preços e estimulando o comércio. O que pode ser constatado é que, com o tempo, o consumo excessivo foi se alastrando entre diferentes populações. No Brasil, em especial, entre os soldados, marinheiros e tantas outras categorias de trabalhadores, durante muito tempo, os homens adultos permaneceram como os grandes consumidores desse produto.

Em relação ao comportamento, havia diferentes posturas: crítica, de cumplicidade, ambígua: ora a favor da repressão do consumo, sobretudo por servir de incentivo à rebeldia, ora incentivando, justamente, para servir de consolo e antídoto contra rebeliões. Muitos fazendeiros, senhores de engenho, burgueses, seguindo o tradicional costume português, serviam-se especialmente do vinho. Hoje, diferença de *status* atribuída às bebidas ainda se mantém, mas ele se conserva muito mais ligado à origem e produção do que ao tipo de líquido. A aguardente nacional, por exemplo, já foi plagiada, é importada e alcança grandes valores comerciais (SOUZA, 2004, ANDRADE; ESPINHEIRA, 2011).

“Encontro marcado”: bebidas alcoólicas e nosso cotidiano

Mas, enfim, o gosto pelo vinho não é um crime,
raramente faz com que se cometam crimes,
torna o homem estúpido e não maldoso.
Para cada briga que provoca,
cria cem relacionamentos duradouros.
(Rousseau)

Em nosso dia-a-dia, encontramos crenças de que qualquer consumo pode ser prejudicial e deve ser evitado. Por outro lado, o consumo de modo equilibrado também é considerado, em muitos lugares e em diferentes momentos, como indício de sabedoria, e pode ser visto como um costume pelo qual se tenta satisfazer necessidades e prazeres, como Michel Foucault (2003) destaca. Mas, o fato é que lidamos com uma ampla disposição social para o consumo de bebidas alcoólicas nas mais variadas formas. E em culturas em que a alcoolização faz parte de um código de gentileza e boa educação, como um “lubrificante” do modo de estar junto, o abstinente pode até ser mal conceituado socialmente.

Cabe ressaltar que cada sociedade estabelece os locais, os momentos, enfim, o contexto, em que ocorre o consumo de bebidas alcoólicas. Sua ingestão produz calor no corpo e nas relações. De

modo geral, o consumo ou a exclusão aparece repleto de simbolismos e o modo como pode ocorrer ou não será motivado, inclusive, por muito do que acreditamos e, por vezes, nem nos damos conta. Tais bebidas podem servir de alimento, de laço de comunhão, de separação e de abismo entre as pessoas. Seu uso pode propiciar união, discórdia, agressividade, alegria, dor. Pode selar compromissos, amizades, separações e muito mais.

O simbolismo que o consumo de bebidas alcoólicas envolve é refletido em diversas questões, tanto sociais, quanto individuais; e quando refletimos sobre questões que abordam esse consumo, valorizando essas propriedades simbólicas, percebemos que elas são capazes de interferir diretamente nos comportamentos, nos modos de se relacionar com as bebidas e nos recursos utilizados para lidar com cada situação. Neste caso, em nossas avaliações podem estar presentes questões morais, religiosas, biomédicas, de nossa socialização, do nosso cotidiano, de nossas possibilidades de cuidar do outro e de si mesmo.

Agora, um convite para trabalharmos nossas percepções. Imaginem duas pessoas em um encontro. Qual seria o cenário? Em que horário? O que elas beberiam? Para cada cenário, copos e líquidos diferentes – pode ser interessante perceber que os cenários vêm com copos. Taças para os românticos. Para os especialistas, o copo certo. Para os brincalhões, copos engraçados. Para os práticos, descartáveis. Bem cedinho... Encontraremos aqueles que bebem para “começar bem o dia”. No almoço, aquela “cervejinha gelaaaada” e, antes, um cálice de algo que abra o apetite. Depois do trabalho, algo para relaxar. E à noite... Encontraremos uma diversidade enorme.

Como ficaria se elas estivessem em um restaurante, em casa, na casa do amigo, na praia, em um barzinho, na igreja? E como seria se estivessem em público? E se não estivessem? Quem seriam essas pessoas? Dependendo de nossas respostas, poderíamos estar compondo um elegante par romântico ou, quem sabe, começando a elaborar uma história de um alcoolista com um copo sujo... Engolindo, em doses, sua dignidade. Aliás, nem precisaria de copo nesse cenário! Essas pessoas seriam um homem e uma mulher? Seriam os homens em certo contexto e as mulheres estariam em outros? Antes de prosseguir, ainda cabe questionar em quais situações imaginariamos encontros em que as pessoas não consumiriam líquidos alcoólicos – o que influi em nossas respostas?

Para nosso olhar, quem pode ou não usufruir dessas bebidas? Por exemplo, em quais dos cenários imaginados acima colocaríamos um homem adulto? Possivelmente, ele poderia aparecer legitimado para participar de muitos, nas mais diversas situações. Como seria nossa posição se ele fosse um adolescente, uma mulher, uma criança, um idoso, um médico, uma gestante, um motorista? Convivemos com o incentivo ou com a restrição para o consumo de bebidas alcoólicas para diversos grupos em nossa sociedade e em vários momentos. No entanto, o que compõe nosso olhar é importante e influencia nosso comportamento e a maneira de analisarmos cada situação cotidiana.

Quando diferenciamos o uso de um homem ao de uma mulher estamos tratando, principalmente, de uma questão de gênero. Qual a consequência disso? Boas ou não, elas podem ser inúmeras. Neves (2004, p. 3) alerta que “a alcoolização se associa, para alguns, impositivamente, ao reconhecimento da internalização da identidade masculina”. Um exemplo disso é que encontraremos facilmente histórias de homens embebidas pelo álcool. Basta questionar: qual o homem brasileiro que chega à vida adulta sem nunca ser provocado a tomar ao menos um gole? A associação entre a visão social de masculinidade e o consumo de produtos alcoólicos aparece “naturalizada” em nosso cotidiano, em frases como a seguinte:

“O whisky e a cerveja são os piores inimigos do homem...
mas o homem que foge dos seus inimigos é um covarde!”
(Zeca Pagodinho)

Na narrativa de muitas histórias, por vezes o comportamento do consumo aparece associado a expectativas e efeitos positivos. Muitos buscam, por meio da prática do “levantamento de copo”, um líquido mágico que os auxiliem a se desinibir, que lubrifique o caminho de falas e comportamentos com os quais ainda não têm intimidade: algo que facilite e, ao mesmo tempo, os resguarde das complexidades das relações sociais. Relações estas que fazem parte do cotidiano: amizade, paquera, amor, sedução, trabalho, lazer, festas. Algo que facilite a vivência das relações sexuais e, mesmo, da iniciação sexual (às vezes, precoce, mas exigida como símbolo de virilidade e masculinidade).

Encontraremos aqueles que bebem para se permitir a diversão e supostamente estarem “mais espontâneos”; aqueles

motivados por frustrações, por um declínio profissional ou na produtividade, pela perda e separações de pessoas importantes, pelas dificuldades familiares e consigo mesmo; outros que buscam uma maneira de alterar o estado de consciência ou algo que os ajude a expressar e lidar com seus sentimentos. Para alguns, “saber beber” é considerado uma prova de maturidade e masculinidade. Para outros, é o consumo de um alimento como outro qualquer.

Quantas vezes, em uma conversa com um amigo, você pode ouvir o seguinte: *“Eu bebi dois chopos porque tive vontade. Parei porque estava satisfeito!”*. Em nosso dia-a-dia, muitas pessoas ingerem bebidas alcoólicas sem que isso cause quaisquer transtornos. E mesmo essas situações têm reflexos em nosso contexto cultural, que valoriza aquele que sabe beber sem se embriagar, sem que isso interfira no desempenho de papéis e características a ele atribuídos, seja de protetor ou provedor, de responsável e trabalhador, de pai, marido ou bom filho.

O consumo de bebidas alcoólicas “socialmente” é, desde os primórdios, aceitável e, por vezes, instigado aos homens adultos. Nas experiências cotidianas destes, o consumo inicial costuma acontecer em bares, em casas de amigos e nas próprias residências. Em nossa cultura, os bares ainda são tidos como redutos masculinos. Comumente, aparecem como lugares socialmente avaliados como negativos, “mal frequentados”. Poucos lugares de lazer voltados para o masculino aparecem associados a aspectos considerados socialmente como saudáveis e construtivos.

O entendimento que conseguimos ter das histórias depende do modo como podemos significá-las, e nossa construção de significados acontece na realidade que somos capazes de perceber. Os aspectos negativos associados a alguns comportamentos, lugares e elementos auxiliam na construção de “seres”, como: “o Bar”, “o Alcool”, “Vilões” presentes em muitas vivências e histórias, nas quais perdemos a dimensão humano (o que está acontecendo com as pessoas e com o contexto ao seu redor).

Na vivência masculina, a busca de aceitação, a influência e a pressão do grupo de amigos e familiares estão entre os principais motivadores para o início do consumo de bebidas alcoólicas. Frequentemente, “o primeiro porre” acontece como um “ritual de passagem”. O álcool é uma das drogas mais consumidas por adolescentes, especialmente os meninos, em um momento da vida em que os jovens costumam dar grande importância aos aspectos

simbólicos do beber. Tal consumo é capaz de alimentar desde práticas ligadas à transgressão de normas, até ao desejo de pertencimento e à identificação com um determinado grupo.

No entendimento de Duailibi e Laranjeira (2007) e Galduróz et al.(2006), nessa fase, diversos aspectos compõe a vulnerabilidade dessa população, como a tendência à impulsividade e à inexperiência, a intensidade da vivência das emoções, os aspectos biológicos da maturação e os padrões de consumo (comumente uma grande quantidade de bebidas é ingerida em um curto período de tempo).

Entre outras complicações, o consumo de bebidas alcoólicas por adolescentes sobrecarrega a preocupação em relação ao futuro. A literatura destaca o fato de que quanto mais cedo se dá a iniciação ao uso de álcool, maior a vulnerabilidade para o desenvolvimento de abuso e dependência dessa substância, além de aumentar o risco para o uso concomitante de outras drogas. Quando ocorrem prejuízos em relação às próprias possibilidades de futuro eles costumam aparecer rapidamente (em especial, por meio do baixo rendimento escolar), como enfatizam autores como Neves (2004), Duailibi e Laranjeira (2007), Galduróz et al. (2006), Freitas, Ribeiro e Saldanha (2012).

“Mais homens se afogam num copo do que no mar...”: alguns aspectos da saúde do homem e da ingestão de bebidas alcoólicas

Podemos acompanhar um pouco da história e apreender um pouco mais sobre os contextos que envolveram e envolvem o beber. Quando resgatamos esses elementos temos poucos dados do feminino – um reflexo de nossa estruturação social. O que a literatura afirma é que, historicamente, problemas relacionados ao consumo de álcool foram mais comuns em pessoas do sexo masculino e, apesar de, na atualidade, podermos contar com um olhar para as diferenças existentes entre os gêneros, a questão do consumo de bebidas alcoólicas para os homens ainda merece muita atenção. “Mais homens se afogam num copo do que no mar...”. O que esta frase popular pode despertar em nossas reflexões?

Questões que envolvem a saúde do homem e o consumo de bebidas alcoólicas também são diferentes em momentos e contextos distintos e cabe ressaltar que a relação direta entre ambas

tem um papel importante nas reflexões a esse respeito. Na saúde coletiva, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, lançada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2009), tem concentrado as ações em relação à saúde dos homens adultos. Ela tem como objetivo a melhoria das condições de vida da população masculina, na faixa etária dos 20 aos 59 anos, visa contribuir para a redução de doenças e da mortalidade, por meio do enfrentamento dos fatores considerados de risco e da valorização do incentivo ao acesso desse grupo aos serviços de saúde.

A expectativa de vida dos homens aumentou de 63,20 anos para 68,92 anos (de 1991 para 2007), mas ainda se mantém 7,6 anos abaixo da média feminina. O MS (2009) enfatiza as cinco principais causas de mortes para os homens. São elas: doença isquêmica do coração, doença cerebrovascular, homicídios, outras doenças cardíacas e acidentes de trânsito. Entre outros fatores que prejudicam a saúde dessa população, também são destacados: diversos tipos de câncer, obesidade e diabetes, sedentarismo, violência e suicídio. Outra preocupação é que as doenças crônicas do fígado aparecem em oitavo lugar. E qual o papel do consumo alcoólico nesse panorama? A presença desses fatores, com frequência, aparece associada ao consumo de produtos alcoólicos.

Os óbitos que tiveram como causa básica situações plenamente relacionadas com álcool (como acidente de trânsito, quedas e afogamentos), concentram-se no sexo masculino. Os acidentes de trânsito estão na segunda posição entre as mortes por causas externas – ultrapassados apenas pelos homicídios. Tais mortes concentram o perfil das seguintes pessoas: homens (82%), adultos jovens (entre 20 e 59 anos), residentes em municípios de pequeno porte populacional. O risco de morte se mostra mais acentuado: 1) entre idosos - nos atropelamentos; 2) para o grupo de ocupantes de veículos - na faixa etária de 20 a 59 anos; 3) para motociclistas - no grupo de 20 a 29 anos. As internações motivadas pelos acidentes de trânsito também são maiores entre os homens (BRASIL, 2009).

Atualmente, entre as pessoas do sexo masculino, o maior índice de uso abusivo de bebidas alcoólicas ocorre após os 45 anos. Porém, há duas décadas, a maior parte dos homens que abusavam do consumo estava concentrada em uma faixa-etária mais precoce. Mesmo assim, ainda é possível encontrar um início expressivo do uso em muitos meninos de 10 a 12 anos, a despeito da produção de

leis que direcionam o consumo de álcool apenas para maiores de 18 anos, as quais têm se mostrado frágeis frente às práticas do cotidiano (ANDRADE et al., 2012).

E o cenário feminino? Será que as mulheres também andam se “afogando” por esse caminho? Para além da discussão da diferença fisiológica, para elas, atualmente, o maior consumo está na faixa etária até os 24 anos. As mulheres também estão iniciando precocemente o consumo, aumentando a quantidade ingerida e a condição de dependência alcoólica. Contudo, a combinação entre mulheres e álcool, mesmo nos dias de hoje, continua “mal vista”, apesar das significativas mudanças por meio das quais as mulheres transformaram seu papel social. O que, por meio da opressão e não de escolhas reflexivas, até pode contribuir para distanciar algumas mulheres do consumo excessivo, mas que, ao mesmo tempo, conta com o agravante de se mostrar um impedimento para o acesso à busca de cuidados quando eles se fazem necessários. Deste modo, a atenção dedicada às mulheres em outras áreas da saúde e do cuidado de si vem se especializando muito, porém, o campo do consumo problemático de bebidas alcoólicas ainda requer um grande investimento.

As mulheres ainda enfrentam outras barreiras na busca por tratamento, como não ter com quem deixar os filhos e o medo de perder a guarda deles ao admitirem que fazem um uso problemático de bebidas, como encontramos nas discussões de Duailibi e Laranjeira (2007), Galduróz et al. (2006), Brasil (2009), Andrade e Espinheira (2011), Andrade et al. (2012), Freitas, Ribeiro e Saldanha (2012).

A condição socioeconômica também pode ser mais uma “onda” importante no “mar de consumo” de bebidas alcoólicas. Podemos encontrar facilmente discussões e reflexões a respeito do consumo excessivo nas classes mais humildes, entretanto, este não é um problema enfrentado apenas por elas. Nos relatos de Duailibi e Laranjeira (2007), Galduróz et al. (2006) e do Brasil (2009), o consumo de bebidas alcoólicas por membros das classes sociais tidas como favorecidas é destacado. Eles vivenciam o problema, mas, frequentemente, encontram dificuldades na busca de auxílio.

Nos consultórios particulares é perceptível o aumento de casos de pessoas que relatam a experiência pessoal ou na família da dinâmica do uso abusivo de bebidas alcoólicas e a falta de recursos para lidar com isso. Assim, a inclusão em um tipo de classe social

não tem se mostrado um fator protetivo, entretanto, mostra que as discussões que envolvem esses aspectos ainda merecem muitos investimentos.

“Rachando a conta...”

As consequências, diretas e indiretas, do uso abusivo de bebidas alcoólicas são percebidas em diferentes campos sociais e individuais. Essa “conta” está sendo cobrada na família, na comunidade, no dia-a-dia de quem consome, no trabalho, no trânsito, na saúde coletiva, nos investimentos com os mais diversos tratamentos, na rede pública ou particular, na marginalidade, na perda de produtividade, nas licenças médicas, nas mortes prematuras, nos homicídios, nos suicídios, entre outros.

Em nosso cotidiano, não são poucas as associações entre histórias que envolvem o abuso de álcool, violência e práticas de risco. São narrativas de brigas, “transas” sem camisinha, direção insegura, falas impulsivas e diferentes comportamentos que no dia seguinte fazem a pessoa ter vontade de voltar no tempo.

No Brasil, o abuso do consumo de bebidas alcoólicas está caracterizado como o abuso de drogas de maior relevância. Nosso país é o maior produtor de destilados do mundo e o quarto maior mercado mundial em produção de cervejas, com o agravante de destinar cerca de 90% dessa produção ao mercado interno, como alerta Lapate (2001). Esta condição torna indispensável a reflexão sobre as práticas de consumo e os sentidos que tal consumo vem ganhando em nosso cotidiano. Entre tantos alimentos, o que faz a ingestão de bebidas alcoólicas ganhar o *status* de um consumo problemático?

[...] quando o álcool não é utilizado para aumentar a espíritosidade, mas para incentivar, encorajar ou consolar amargura, ele se torna um poderoso fator de desorganização do sujeito como ser social, isto é, para além de si como indivíduo e de suas relações com os outros, com os íntimos e com os de cerimônia. Quando advém a embriaguez e, com a frequência do uso, o alcoolismo, toda a magia da bebida é substituída pela perversidade da forma como ela é consumida (ANDRADE; ESPINHEIRA, 2011, p. 2).

Outro complicador é que quando o consumo problemático é direcionado à pessoa, esse uso passa a ter uma conotação

negativa, pessoal e individualizada. Não é a falta de recursos sociais e, sim, o comportamento considerado desviante que fica condenado. A pessoa, por vezes, receberá o julgamento de vários olhares que, com frequência, podem associar um enquadramento social, atribuindo-lhe o diagnóstico de uma doença ou uma imagem de fraqueza moral (NEVES, 2004, RONZANI; FURTADO, 2010).

O entendimento de que o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é um ato em que a gravidade pode variar, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, socioculturais e singulares, pode nos levar a percebê-lo como um problema complexo que merece atenção e cuidados. Pessoas que estão experienciando esse tipo de consumo podem tentar ignorar a situação, mas, com frequência, as consequências desse uso irão lhe apresentar uma parcela da “conta a ser paga”. Por vezes, essas pessoas precisarão de cuidados específicos, os quais também irão variar de acordo com aspectos culturais.

“As preocupações não se afogam no álcool...
Elas sabem nadar...”
(frase popular)

Atualmente, por meio do modelo biomédico, muitas estratégias visam o diagnóstico precoce e a motivação dessas pessoas para realização de um conjunto de procedimentos organizados, os quais visam uma melhora na saúde e na qualidade de vida, que podem ocorrer diante dos mais diferentes níveis de consumo. Frequentemente, as pessoas buscam apoio de instituições, familiares, amigos e religiosos, especializados ou não, por meios particulares ou não. E, em muitos lugares, elas podem contar com serviços organizados e atentos aos aspectos biopsicossociais.

Na área da saúde coletiva, encontramos a crença de que um consumo de menor risco poderia provocar menos danos futuros. Para exemplificar, vamos destacar três estratégias da atualidade: a Redução de Danos, o Gerenciamento de Casos e a Promoção de Campanhas de Esclarecimento, Conscientização e Comprometimento.

A Redução de Danos se configura como uma alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em recursos de saúde para a população de usuários de drogas. Propõe uma visão em que a pessoa não é tida como um doente a ser curado, mas

como alguém que pode usufruir de múltiplos recursos para alcançar uma qualidade de vida melhor, dentro de um contexto democrático, participativo e autônomo. Ela implica, então, um papel ativo no cuidado de si e propicia uma construção coletiva entre as pessoas que a utilizam e os cuidadores envolvidos. Por meio dela, a abstinência pode até ser uma meta; contudo, deverá ser uma escolha da pessoa e não um objetivo imposto. Sua posição deve ser de oferta concreta de acolhimento e cuidado. Um de seus principais desafios é a construção de redes de serviços na área da saúde que incluam a atenção do Sistema Único de Saúde, como: emergências hospitalares, internações breves, postos de saúde, estratégias de saúde da família e Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas (CAPS-ad) (PASSOS; SOUZA, 2011).

O Gerenciamento de Casos tem sido uma alternativa de intervenção para assistir pessoas que possuem dificuldades psicossociais e, atualmente, tem sido adaptado ao trabalho com dependência química. Ele se caracteriza como um facilitador do processo de tratamento por meio de um conjunto de intervenções, nas quais se consideram características sócio-demográficas e a singularidade de cada situação. Na visão de Figlie e Laranjeira (2012), algumas das funções relevantes dentro deste contexto são: identificar as necessidades específicas e os pontos fortes e fracos do cliente e do contexto; planejar e desenvolver uma proposta específica para cada pessoa; estabelecer redes com outros serviços formais e informais; acompanhar, avaliar e deixar claro os progressos obtidos; e, ainda, facilitar o amparo legal em caso de necessidade.

Algumas campanhas procuram trabalhar por meio de conscientização, esclarecimento e comprometimento. Algumas frases utilizadas por elas já foram incorporadas em nosso cotidiano. Por exemplo: “Beba com moderação” e “Se beber não dirija”. Em geral, esse tipo de trabalho aborda temas como: 1) consumo – mudança e controle da quantidade ingerida; restrição de consumo antes de atividades que exijam atenção, controle, coordenação motora, reflexos, bom senso, entre outros; 2) consequências e perdas para saúde, para relações familiares, sexuais, sociais, trabalho e economia; 3) nível de abuso e suas características; 4) ganhos com a mudança de comportamento; 5) alternativas e estratégias para apoio, tratamento e incentivo; 6) orientação à família, educadores, cuidadores e consumidores, de modo geral.

Em raros casos encontramos propostas como: “Pense um pouco a respeito dos momentos em que você estava bebendo demais nos últimos tempos. Aonde você estava? Quem estava com você? O que você estava sentindo?” (REINO UNIDO, 2008).

A “saidera”: considerações finais

Podemos acompanhar que cada sociedade tem padrões de consumo, que envolvem o ato de beber e também o antes e o depois da ingestão de produtos alcoólicos (lugares, ocasiões e períodos, tipos prediletos, o quê, quando e com quem, frequência, modos e motivos para a produção e a ingestão, quem é legitimado ou interditado para o consumo), tudo isto embebido em valores, crenças, atitudes e normas. Agora, deixamos o convite para a reflexão sobre nossas crenças e práticas atuais e os direcionamentos que gostaríamos de promover.

Já que influenciemos e somos influenciados pelo contexto que nos envolvem, destacamos a importância de entendermos um pouco mais sobre eles. Quando resgatamos o contexto histórico do consumo de bebidas alcoólicas, observamos o envolvimento de interesses e diversas práticas de consumo, inclusive com uma estreita relação com as dificuldades encontradas com os usos atuais que certos homens fazem. O que podemos aproveitar desse conhecimento para nos auxiliar com os problemas atuais?

Ao dedicarmos atenção a questões sobre o consumo de bebidas alcoólicas e a saúde do homem adulto, damos um passo em uma longa caminhada. Independentemente das diferenças entre homens e mulheres, permanece a necessidade de um espaço, no qual as variações mediadas socialmente entre eles possam ser exploradas. As vivências femininas em relação às práticas de consumo de bebidas alcoólicas não são menos complexas. Apresentam semelhanças e especificidades em relação às experiências masculinas. Entretanto, em função do limite de nosso trabalho, nossos passos por elas foram breves.

O olhar para o panorama masculino indica um uso de bebidas alcoólicas com e sem prejuízos para si e para a sociedade. Contudo, quando os modos de consumo são preocupantes, por vezes os resultados estão distantes de expectativas masculinas iniciais

(descontração, relaxamente, entre outras). O que faz tantos homens, em diferentes idades, ficarem à “deriva” no “mar alcoólico”?

Podemos perceber que há um uso inadequado de um alimento para buscar algo que se mostra necessário em suas vidas. E ao mesmo tempo, também denuncia que esses homens não estão encontrando outros meios, mais eficazes, para saciar tais necessidades. O que eles conhecem sobre o uso de outros recursos para lidar com suas necessidades e motivações?

O modo masculino de ingerir produtos alcoólicos é uma atitude culturalmente aprendida; uma questão social, que interessa e envolve todos os membros da sociedade. Então, cabe ressaltar que para refletirmos a respeito de aspectos do consumo de produtos alcoólicos associados à saúde do homem é válido ampliar a compreensão sobre os vários aspectos que envolvem especificidades e necessidades próprias dessa população. Nesse processo, alguns questionamentos podem ser muito valiosos, como: no cotidiano, quem aborda assuntos que envolvem o beber? Qual o conteúdo dessas conversas? Qual é a visão? Quem procura orientações? Quem se preocupa com questões que envolvem o beber e a saúde em cada geração? Quem participa dos momentos de consumo?

Antes que o consumo de bebidas alcoólicas acarrete prejuízos, raramente as pessoas são convidadas a refletir sobre o que motiva seu consumo continuado. Por que não discutimos mais sobre o ato de beber? Por que as discussões que envolvem a ingestão de bebidas alcoólicas têm sido mais concentradas na embriaguez? Por que não exploramos mais as condições e os recursos usados em um beber que não traga prejuízos?

Tais questionamentos podem ser disparadores de reflexões importantes e podem auxiliar na obtenção de dados valiosos à promoção de ações de saúde coletiva, particularmente aqueles relacionados aos modos de sentir, pensar e agir dos homens. Desse modo, o entendimento de dinâmicas psicossociais e de contextos envolvidos em ações masculinas permitirá a compreensão de singularidades importantes, as quais poderão ser utilizadas de modo a contribuir com fatores que interferem na constituição, no cotidiano, na saúde e no cuidado, assim como no planejamento de ações preventivas e de tratamento mais adequadas.

O consumo problemático de bebidas alcoólicas também tem se mostrado um forte indicador de nossas dificuldades sociais e da necessidade de ampliarmos nossas reflexões e possibilidades a

respeito da direção do cuidado. No entanto, para que seja possível uma reflexão crítica é necessário melhorarmos nosso nível de conscientização, diálogo e discussão envolvendo nossa cultura, nossas experiências e expectativas futuras.

Mesmo diante de “copos cheios” de situações complexas, ainda podemos contar coma a “sede” de mudanças de consumidores de bebidas alcoólicas em situação de desconforto, familiares, profissionais, pessoas com interesses particulares e coletivos, movimentos sociais, de diversos setores da sociedade e da gestão pública. Com um esforço coletivo poderemos ter muitas possibilidades de ganhos, em muitas e em diferentes áreas.

Agradecimentos:

Muitas coisas “enchem nossos copos” diariamente. Às vezes, temos o privilégio de que eles sejam preenchidos por mãos de pessoas especiais. Agradeço a todos os membros e participantes do CRR de Sorocaba pela receptividade, por nossas construções e, sobretudo, pela participação neste projeto. E, ainda, deixo meu carinho e gratidão especiais à Mary Jane Spink, que acompanha pacientemente os passos que procuro construir e registrar.

Referências

ANDRADE, L. H.; WANG, Y. P.; ANDREONIS, S. C. M.; ALEXANDRINO-SILVA, C. et al. Mental disorders in megacities: findings from the São Paulo Megacity Mental Health Survey, Brazil. **PLoS ONE**, v. 7, n. 2, 2012. e31879. doi:10.1371/journal.pone.0031879.

ANDRADE, T. M.; ESPINHEIRA, C. G. D.A. **A presença das bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas na cultura brasileira**. 2011. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Veja_tambem/326817.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ARATANGY, L. R. **Doces venenos**: conversas e desconversas sobre drogas. 10. ed. São Paulo: Olho D'água, 2000.

BERTONI, L. M. **Reflexões sobre a história do alcoolismo**. 2010. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/10/19042010095212.pdf>>. Acesso em: 13 ago. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas (OBID). **Álcool**. Histórico: informações sobre drogas/tipos de drogas/álcool. 2007. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11288&rastro=INFORMA%C3%87%C3%95ES+SOBRE+DROGAS%2FTipos+de+drogas/%C3%81lcool.> Acesso em: 13 ago. 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Porta da Saúde. SUS. **Diagnóstico completo da saúde do homem**. 2009. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33353&janela=1. >. Acesso em: 6 fev. 2012.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Health-related behavior in a sample of Brazilian college students: gender differences. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 ago. 2012.

DUALIBI, S. M.; LARANJEIRA, R. **Pesquisa de compra de bebidas alcoólicas por adolescentes**: resultados nas cinco regiões e sete estados brasileiros. São Paulo: INPAD; Departamento de Psiquiatria da UNIFESP. 2007. Disponível em: <http://www.inpad.org.br>. Acesso em: 13 ago. 2012.

ESCOHOTADO, A. **Historia elemental de las drogas**. 2. ed. Barcelona: Anagrama, 2003.

FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. Gerenciamento de caso aplicado ao tratamento da dependência do álcool. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462004000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 ago. 2012.

FORTES, J. R. A.; CARDO, W.N. **Alcoolismo**: diagnóstico e tratamento. São Paulo: Sarvier, 1991.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade**: o uso dos prazeres. 10. ed. São Paulo: Graal, 2003. v. 2

FREITAS E.S.; RIBEIRO, K.C.S.; SALDANHA, A.A.W. O uso de álcool por adolescentes: uma comparação por gênero. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 30, n. 69, p. 287-295, abr./jun. 2012.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras 2004**. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Psicobiologia. 2006. Disponível em:

<http://apps.einstein.br/alcooledrogas/novosite/atualizacoes/ac_133.htm.>
Acesso em: 12 ago. 2012.

LAPATE, V. **Hora zero**: a independência das drogas – antes que os problemas cheguem. São Paulo: Scortecci, 2001.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, fev. 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago 2012.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

RONZANI, T.M; FURTADO, E.F. Estigma social sobre o uso de álcool. **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 326-332, 2010. Artigo de atualização

REINO UNIDO. **Your drinking and you**: the facts on alcohol and how to cut down. Reino Unido: Department of Health. DH Publications Orderline, 2008.

SOUZA, R. L. **Cachaça, vinho, cerveja**: da Colônia ao século XX. Estudos Históricos. Rio de Janeiro: CPDOC/FGV, n. 33, 2004.

Sobre os Autores

Envolvimento

Dedicação

Responsabilidade

Respeito mútuo

Receita para a criação de vínculos.

Adriana Rosmaninho Caldeira de Oliveira

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (1988) e mestrado em Educação em Ciências e Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2002). É professora do Departamento de Ciências Humanas e Educação da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) - Campus Sorocaba, integrante do Grupo de Pesquisa “Saúde Mental e Sociedade” (UFSCAR) e do Grupo de Pesquisa Educação, Comunidade e Movimentos Sociais (GECOMS/UFSCar); vice-coordenadora do Centro de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba) e membro do Núcleo Sorocaba da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO).

Alcirene Helaehil Cabral

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1989) e mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2000). Professora assistente da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo e professora por tempo indeterminado do Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza - ETEC Rubens de Farias e Souza. Atuou por quatro anos como avaliadora de Curso Superior em Enfermagem do Ministério da Educação. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Programa de Assistência as Doenças Crônicas Degenerativa do Adulto, atuando, principalmente, nos seguintes temas: formação profissional, hipertensão arterial, urgências e emergência pré e intra hospitalar e coordenação de pós-graduação lato-sensu enfermagem em UTI adulto.

Bruno Henrique Pereira

Graduando em Farmácia na Universidade de Sorocaba (UNISO), com vivência acadêmica em atividades de estágio na Farmácia Hospitalar Vital Brasil em Sorocaba (não remunerado, por 6 meses), no Centro de Atenção Psicossocial em Sorocaba (não remunerado, por 6 meses), nos laboratórios da UNISO (não remunerado, durante 6 meses) e no Conjunto Hospitalar de Sorocaba (em andamento). É voluntário do Programa de Extensão (Probex) da UNISO (em andamento).

Daniele Cristina da Rocha e Silva

Graduada em Psicologia pela Universidade Paulista (UNIP) - campus Sorocaba. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Educação (PPGE) da UFSCAR, campus Sorocaba.

Dejanira Luiza Mattos Garcia Gayotto

Possui graduação em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1970) e mestrado em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1997). É professora de Políticas Públicas na FETEP. Tem experiência na área de Serviço Social, com ênfase em Serviço Social Aplicado, atuando, principalmente, nas áreas: Assistência Social (LOAS, SUAS, Conselhos Municipais de Assistência Social) Criança e Adolescente (ECA SINASE, CMDCA,CT) e Saúde (Conselhos Municipais de Saúde).

Douglas Spalato Marques

Estudante do curso de Farmácia na Universidade de Sorocaba, também é pesquisador bolsista na mesma instituição e diretor de P&D no laboratório de pesquisa e desenvolvimento BRAERG (Brazilian Expertise Research Group). Tem experiência na área de toxicologia, com ênfase em toxicologia social, toxicologia ocupacional e toxicologia ambiental; na área de tecnologia farmacêutica, com ênfase em desenvolvimento de formulações; na área de genética, com ênfase em genética molecular. Atua, principalmente, nos seguintes temas: toxicologia, tecnologia farmacêutica, genética molecular e biotecnologia.

Fátima Ayres de Araújo Scattolin

Possui graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1977) e mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2006). É professora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase nos seguintes temas: idoso, qualidade de vida, insuficiência cardíaca e capacidade funcional.

Ilana Mountian

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1994), especialização em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1995), mestrado em Psicologia e Saúde Pública pela Manchester Metropolitan University (1999) e doutorado em Psicologia Crítica pela Manchester Metropolitan University (2005). Pós-doutora pela Manchester Metropolitan University (2009). Foi bolsista PRODOC/CAPES na Universidade Federal de Minas Gerais. É pesquisadora honorária do Research Institute for Health and Social Change da Manchester Metropolitan University, e atualmente é pós-doutoranda no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. É autora do livro "Cultural ecstasies: drugs, gender and the social imaginary". Londres e Nova York: Routledge.

Marcos Roberto Vieira Garcia

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1992), mestrado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (2000) e doutorado em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo (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 - campus Sorocaba; coordenador do Grupo de Pesquisa "Saúde Mental e Sociedade" (UFSCAR) e 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 de Referência em Educação na Atenção ao Usuário de Drogas da região de Sorocaba (CRR-UFSCar-Sorocaba); coordenador do Núcleo Sorocaba da Associação Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO).

Marta Maria Meirelles

Possui graduação pelo Instituto Unificado Paulista (1984), especialista em Psicologia Clínica e Terapia Corporal (Quarup). Tem experiência em dependência química e tratamento comunitário, diretora da Associação Pode Crer (Sorocaba) e coordenadora da tenda de escuta Programa Entre Nós, na Associação Lua Nova (Sorocaba).

Rafael Romão Silva

Cursando Cinema e Audiovisual na Universidade Federal Fluminense.

Raquel Barros

Possui graduação em Psicologia pela Universidade de São Paulo (1988), mestrado em Psicologia (USP, 1996) e láurea em Psicologia Clínica (Università degli Studio di Padova), além de diversos cursos de especialização na área de prevenção e tratamento do uso de drogas. É diretora-executiva da ONG Lua Nova (Sorocaba), coordenadora do Instituto Empodera de Formação em Tratamento Comunitário e da Rede Americana de intervenção em Sofrimento Social.

Reinaldo José Gianini

Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1979), mestrado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1989) e doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) pela Universidade de São Paulo (1995). Atualmente, é pesquisador LIM39-HC/FMUSP - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e professor titular da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Tem experiência em pesquisa, ensino e extensão na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Epidemiologia Social, atuando, principalmente, nos seguintes temas: políticas de saúde, epidemiologia, sistemas de saúde, equidade em saúde. Apresenta 127 citações no Scopus com índice H=6. Tem obtido financiamento do CNPq e FAPESP para diversos projetos de pesquisa. É líder do grupo de pesquisa Equidade em Saúde, criado em 2002, um dos grupos com maior produtividade na PUCSP. Em 2010 recebeu o Prêmio Dr. Cidadão da Associação Paulista de Medicina. Dentre suas relações internacionais destaca-se o fato de ser parecerista da revista "Panamericana de Saúde Pública" e do "BMC Pediatrics".

Simone Peixoto Conejo

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Paulista (2002) e mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo (2009). Doutoranda em Psicologia Social pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. Bolsista do CNPq. É professora-orientadora de Psicologia na Universidade Paulista, terapeuta Comunitária pela Universidade do Ceará (2011), terapeuta de Família e Casal pelo Sistemas Humanos/Sorocaba (2011). Atua na área da Psicologia com ênfase em Saúde do Homem Adulto, Grupos, Família, Comunidade, Prevenção, Obesidade e Dependência Química.

Talita Anunciação Cruz

Estudante do curso de Licenciatura em Geografia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) – Campus Sorocaba. Atualmente é integrante do grupo de construção do Projeto Político Pedagógico do Instituto Chico Mendes de Conservação da Biodiversidade (ICMBio), e do Núcleo de Estudos sobre Clima e Saúde (UFSCar Sorocaba).

Valéria Cristina Antunes Lisboa

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Metodista de Piracicaba (2000), pós-graduação, mestrado e doutorado em Ciências Aplicadas à Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina. Atuou como responsável pelo setor de Acompanhamento Terapêutico/Psicologia Institucional para Profissionais de Saúde do Hospital Sarina Rolim Caracante – Grupo de Pesquisa e Apoio ao Câncer Infantil (GPACI), supervisora do Conselho Tutelar de Sorocaba e Liberdade Assistida, até 2011. Atuou como psicóloga no Ambulatório de Motilidade da disciplina de gastroenterologia pediátrica da Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, até 2012. Atualmente é membro do Centro Regional de Referência da região de Sorocaba (CRR-UFSCar). Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Psicologia Clínica.

Viviane Melo de Mendonça

Professora da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Departamento de Ciências Humanas e Educação, campus Sorocaba. Doutorado em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUCCAMP) de Campinas e Graduação em Psicologia pela

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Atualmente é vice-coordenadora do Programa de Pós-graduação em Educação (PPGEEd). Desenvolve pesquisas em Gênero, Sexualidade e Política; e Educação, Movimentos Sociais e Culturas Juvenis. Pesquisadora do grupo “Educação, Comunidade e Movimentos Sociais”.

Yoko Oshima Franco

Possui graduação em Farmácia pela Universidade de São Paulo (1982), mestrado e doutorado em Farmacologia pela Universidade Estadual de Campinas (1997 e 2001, respectivamente), pós-doutorado pela Universidade Estadual de Campinas (2004-2006) e Universidade de Salamanca (2009). Professor titular da Universidade de Sorocaba, na disciplina de Toxicologia, que abrange as áreas de medicamentos e drogas de abuso, entre outras. Faz parte do corpo docente permanente do Mestrado Stricto sensu em Ciências Farmacêuticas da Universidade de Sorocaba. Na pesquisa, tem experiência na área de Farmacologia, linha de pesquisa em Neurofarmacologia, com ênfase em Toxinologia (venenos ofídicos) e Plantas Medicinais.