

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**DESINTOXICAR E REINSERIR: PERSPECTIVAS NO TRATAMENTO DOS  
USUÁRIOS DE DROGAS**

**Priscila Farfan Barroso**

**Porto Alegre**

**2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**  
**INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ANTROPOLOGIA SOCIAL**

**Priscila Farfan Barroso**

**DESINTOXICAR E REINSERIR: PERPECTIVAS NO TRATAMENTO DOS  
USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

Coorientadora: Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

**Porto Alegre**

**2013**

Priscila Farfan Barroso

**DESINTOXICAR E REINSERIR: PERPECTIVAS NO TRATAMENTO DOS  
USUÁRIOS DE DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Aprovado em      de      de 2013.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Eduardo Ely Mendes Ribeiro - PUCRS

---

Profa. Dra. Ceres Gomes Victora – UFRGS

---

Profa. Dra. Sandra Djambolakdjian Torossian - UFRGS

---

Orientadora: Profa. Dra. Daniela Riva Knauth

---

Coorientadora: Profa. Dra. Paula Sandrine Machado

Aos envolvidos na temática saúde  
mental: usuários, profissionais e  
pesquisadores.

## AGRADECIMENTOS

Inicialmente, gostaria de agradecer a todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização desta dissertação.

Agradeço à Profa. Daniela Knauth e à Profa. Paula Sandrine não só por aceitarem a orientação, mas sobretudo pela parceria, atenção, seriedade e confiança ao longo da pesquisa.

No mesmo sentido, agradeço aos professores pelas oportunidades de discussão sobre a temática durante as aulas e seminários do PPGAS/UFRGS: Ana Luiza Carvalho da Rocha, Cornelia Eckert, Viviane Vedana, Bernardo Lewgoy, Fabíola Rohden, Cláudia Fonseca, Ondina Leal, Elizabeth Zambrano, Andréa Fachel Leal, Ceres Victora e Carlos Steil. À Profa. Soraya Vargas Cortes, que aceitou minha participação em suas aulas de discussões teóricas sobre políticas públicas, e à Rose Feijó, pela atenção e paciência dispensada, ambas do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. E à Ana, que revisou todo o trabalho.

Aos colegas do mestrado da UFRGS que me acalmaram com conversas e cafés, que contribuíram com ideias e que compartilharam das incertezas durante a dissertação. E aos colegas da PUCRS que me apoiaram a partir da proximidade temática ou mesmo do momento comum, como Vinícius, Luana, Janaína, Angela, Silvia, Milena e Osman.

De modo geral, agradeço aos chefes e profissionais com quem trabalhei durante a dissertação, no BIEV/UFRGS, na Revista Ensaios/UFF, no SIMERS e na Secretaria Estadual de Saúde/RS, que foram compreensivos em relação aos compromissos acadêmicos, sendo os dois últimos empregos fundamentais para o meu interesse na área da saúde.

Agradeço aos profissionais de saúde das duas instituições pesquisadas pela receptividade, atenção e possibilidade de partilhar do cotidiano de trabalho, assim como agradeço aos usuários destes serviços por aceitar minha presença entre eles.

Agradeço à minha mãe Célia e ao meu pai Sérgio por me darem força, amor e investirem em mim em todos estes 27 anos. E por último, mas não menos importante, agradeço ao Renan, por me mostrar que a convivência é uma arte gostosa/desafiadora/reveladora de ser vivida.

## A PEDRA

O distraído, nela tropeçou,  
O bruto a usou como projétil,  
O empreendedor, usando-a construiu,  
O campônio, cansado da lida,  
dela fez assento.  
Para os meninos foi brinquedo,  
Drummond a poetizou,  
Davi matou Golias...  
Por fim;  
O artista concebeu a mais bela escultura.  
Em todos os casos,  
a diferença não era a pedra.  
Mas o homem.

Antonio Pereira Dias Neto

## RESUMO

O objetivo desse estudo é compreender os elementos acionados para intervenção e tratamento aos usuários de drogas no contexto do que estamos considerando como dois modelos de atenção com ênfase: hospitalar e psicossocial. Diante de uma suposta “epidemia do crack”, as políticas públicas de saúde estabelecem novas orientações a partir dos modelos existentes, a fim de que cada vez mais esses usuários sejam percebidos como doentes mentais. Com base na Antropologia da Saúde, pretende-se analisar os modelos de atenção vigentes, no âmbito da saúde mental, tendo como foco dois serviços de saúde no Rio Grande do Sul - Brasil. Esses modelos são constituídos por concepções e propostas terapêuticas que perpassam a composição da equipe profissional e a estrutura institucional. Foram contrastados os simbolismos presentes em cada modelo a partir da discussão sobre a desintoxicação, o uso de medicamentos, a reinserção social e a abordagem multidisciplinar na proposta terapêutica dos serviços de saúde. Os acionamentos em questão refletem aspectos da autonomia, da credibilidade e do comprometimento aos usuários de drogas.

**Palavras-chaves:** Modelos de atenção à saúde. Drogas. Antropologia da saúde. Políticas públicas.

## ABSTRACT

The aim of this study is to understand the elements utilized for intervention and treatment to drug users in the context of what we are considering as two models of care with emphasis: hospital and psychosocial. Faced with an alleged "crack epidemic," the public health policies establish new guidelines from existing models, so that increasingly these users are perceived as mentally ill. Based on the Anthropology of Health, aims to analyze existing models of care within the mental health, focusing on two health care facilities in the Rio Grande do Sul - Brazil. These models consist of concepts and therapeutic approaches that involve their professional team composition and institutional structure. We contrasted the symbolism present in each model from the discussion of detoxification, drug use, social reintegration and multidisciplinary approach in the proposed therapeutic health services. The drives in question reflect aspects of autonomy, credibility and commitment to drug users.

**Keywords:** Models of health care. Drugs. Anthropology of Health. Public Policies.



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	9
2 O USUÁRIO DE DROGAS E A ATENÇÃO NA SAÚDE MENTAL .....	11
2.1 Políticas de saúde e o uso de drogas: breves considerações .....	11
2.2 O usuário de drogas como doente mental .....	14
2.3 A epidemia do crack e as propostas de modelos de atenção .....	16
2.4 Pensando as drogas através de conceitos da loucura e de instituições .....	19
2.4.1 A crítica europeia às instituições de doentes mentais .....	19
2.4.2 O comportamento desviante e os usuários de drogas .....	22
2.4.3 A Antropologia e o estudo das concepções de saúde/doença .....	26
3 ALGUMAS REFLEXÕES METODOLÓGICAS E A INSERÇÃO EM CAMPO .....	30
3.1 Percurso metodológico .....	32
3.1.1 Modelo de atenção com ênfase hospitalar .....	39
3.1.2 Modelo de atenção com ênfase psicossocial .....	51
3.2 Quando o campo é o serviço de saúde .....	58
4 CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS .....	63
4.1 Por que os sujeitos usam drogas .....	64
4.1.1 Fatores biológicos/genéticos .....	64
4.1.2 Fatores sociais/ambientais .....	70
4.1.3 Fatores psicológicos/individuais .....	76
4.2 Entre os pesos dos fatores e o uso de drogas .....	80
5 POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS .....	82
5.1 Aspectos das propostas terapêuticas .....	82
5.1.1 Desintoxicação .....	83
5.1.2 Prescrição da medicação .....	91
5.1.3 Reinserção social .....	94
5.1.4 Abordagem multidisciplinar .....	98
5.2 Modelo de atenção em discussão .....	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	106
REFERÊNCIAS .....	109
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevista .....	117

## 1 INTRODUÇÃO

O crack tem sido cada vez mais pautado pela mídia, tanto em relação à disseminação dessa droga no cenário brasileiro, quanto à vinculação do seu uso, a questões de criminalidade, violência e pobreza. Os discursos enfatizam o caráter epidêmico do consumo de crack, justificando a emergência da temática como problema social que deve ser enfrentado pelas políticas públicas.

Nos últimos vinte anos foram criados diversos serviços de saúde para atenção aos usuários de drogas, no âmbito da saúde mental, a partir de novas políticas públicas de saúde. A constituição, então, de uma “epidemia do crack”, como discute Melotto (2009), mobilizou diversos atores, abrindo espaço para uma discussão que tenciona as diretrizes das políticas públicas alinhadas com as propostas da Reforma Psiquiátrica, resultando em novos encaminhamentos que evidenciam os usuários de drogas como doentes mentais.

Os modelos de atenção à saúde mental vigentes se apropriaram dessa discussão em construção para propor estratégias de intervenção e tratamento a partir de premissas diversas que reforçam ainda mais este debate. Identificaram-se duas propostas terapêuticas em disputa: o modelo de atenção com ênfase hospitalar, que é voltado ao atendimento do usuário no âmbito do hospital; e o modelo de atenção com ênfase psicossocial, que enfatiza o acolhimento do usuário a partir do viés ambulatorial. Buscando as especificidades destas propostas terapêuticas, o presente estudo procurou apreender as representações e práticas sociais dos profissionais envolvidos diretamente no atendimento aos usuários de drogas a partir dos dois modelos de atenção oferecidos na rede de atenção em saúde mental no Rio Grande do Sul. Nesse sentido, investigou-se a forma como os profissionais de dois serviços de saúde representativos das propostas terapêuticas percebem a relação entre o usuário de drogas e a saúde mental.

A presente dissertação está organizada em quatro capítulos. No capítulo 1 contextualiza-se, a partir de categorias históricas e sociais, o modo como os usuários de drogas foram sendo incluídos nas políticas de saúde, mais especificamente na rede de atenção da saúde mental, determinando, assim, modelos de atenção específicos a esses usuários. A seguir, apresenta-se um levantamento teórico sobre os estudos nas áreas de Sociologia e Antropologia que questionam as práticas de atenção adotadas nas instituições para doentes mentais, chegando até os estudos que questionam o uso de drogas como comportamento desviante.

No capítulo 2, expõe-se o percurso metodológico, enfatizando as questões éticas do trabalho de campo e apresentando os serviços de saúde pesquisados, os quais estão vinculados a dois hospitais do Rio Grande do Sul, bem como os profissionais que lá atuam. Tendo em vista a especificidade da etnografia em serviços de saúde, faço uma breve reflexão considerando algumas estratégias e dificuldades em campo.

No capítulo 3, evidenciam-se as concepções dos profissionais de saúde em relação aos fatores biológicos, sociais e individuais que procuram explicar por quais motivos os sujeitos usam drogas. Nesse sentido, a análise sobre os elementos acionados por estes profissionais também permitem a reflexão sobre a proposta terapêutica de cada serviço de saúde. Contrastam-se as concepções dos profissionais das duas instituições procurando semelhanças e diferenças entre elas.

No capítulo 4, busca-se compreender as propostas terapêuticas para o tratamento dos usuários de drogas vinculados aos serviços de saúde em questão, visando às especificidades do modelo de atenção com ênfase hospitalar e do modelo de atenção com ênfase psicossocial. Analisa-se a constituição de cada modelo de atenção a partir das concepções, propostas terapêuticas e práticas cotidianas para se apontar os contrastes entre os mesmos. As categorias êmicas serão destacadas em *itálico*

Assim, visando levantar os elementos presentes no debate sobre a temática do crack, pretende-se contribuir com reflexões sobre as políticas públicas de Saúde Mental voltadas para usuários de álcool e outras drogas no âmbito nacional e estadual, de modo a evidenciar as problemáticas envolvidas e as propostas em questão.

## 2 OS USUÁRIOS DE DROGAS E A ATENÇÃO NA SAÚDE MENTAL

Minha primeira incursão no tema sobre a atenção aos usuários de drogas no âmbito da saúde mental foi a partir de leitura de leis, portarias, manuais, notícias, dados sobre leitos hospitalares, propostas terapêuticas, “novos” serviços de saúde, até chegar à discussão basilar sobre a reestruturação da rede de atenção da saúde mental através das propostas da Reforma Psiquiátrica<sup>1</sup>. Nesse início, parecia evidente que a reforma, com seus desdobramentos específicos nos âmbitos nacional, estadual e municipal, questionava o modelo de atenção hospitalocêntrico<sup>2</sup> vigente até os anos 80, no qual se baseava o atendimento aos pacientes da saúde mental, e apostava nas ações alternativas em consonância com as ideias da luta antimanicomial<sup>3</sup>.

O objetivo da luta antimanicomial era de dismantelar a lógica que criava e sustentava os manicômios, por compreender que esses locais foram erguidos com base na exclusão, estando na contramão dos princípios da cidadania. Assim, os reformistas almejavam “fechar” os hospitais psiquiátricos que se assemelhavam a depósitos de loucos, e propunham que os pacientes fossem atendidos por novos serviços – reconhecidos como serviços substitutivos<sup>4</sup> – que visavam à integração do paciente na comunidade, e não o seu isolamento. Assim, o paciente seria percebido como um sujeito que não pode ser mais ser enclausurado em um hospital especializado (ou manicômio), mas que pode viver e se tratar “fora” de uma “instituição total” (GOFFMAN, 2008), tendo seus direitos garantidos.

### 2.1 Políticas de saúde e o uso de drogas: breves considerações

Quando surgiu a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil, em meados dos anos 80, o foco era a doença mental e não o uso de drogas. No Rio Grande do Sul, a Lei Estadual nº 9.716, de 07 de agosto de 1992, estabeleceu uma Reforma Psiquiátrica com o

---

<sup>1</sup> A Reforma Psiquiátrica foi definida pela Lei 10. 216, de 06 de abril de 2001 – conhecida como Lei Paulo Salgado – e propõe como diretriz a reformulação do modelo de atenção à saúde mental, transferindo o foco centrado na instituição hospital para uma rede de atenção psicossocial.

<sup>2</sup> Modelo de assistência centrado no hospital tem o médico como organizador do atendimento. Está voltado para o cuidado individual e aposta na cura através da perspectiva medicalizante.

<sup>3</sup> Movimento social, de caráter antimanicomial, iniciado pelos trabalhadores da saúde mental no final dos anos 80 que, junto com a Reforma Sanitária Brasileira, visava transformações profundas nos serviços psiquiátricos existentes, do qual decorre a criação da Lei 10.216.

<sup>4</sup> Serviços criados para viabilizar o tratamento na área da saúde mental através de locais “abertos”, com atuação interdisciplinar e viés de inclusão do social, podendo ser: centro de convivências, centros de saúde, residenciais terapêuticos, leitos de internação psiquiátrica em hospital geral, etc.

objetivo de diminuir leitos psiquiátricos em hospitais especializados e aumentar a atenção integral, no âmbito da saúde mental, através de uma rede integrada com novos serviços “aos que padecem de sofrimento psíquico” (RIO GRANDE DO SUL, 1992, p.1). Conseqüentemente, aos poucos, os serviços substitutivos foram sendo estruturados e regularizados na esfera do Sistema Único de Saúde (SUS). E não só no Rio Grande do Sul, como também em outros estados, como foi o caso de São Paulo, cujo “primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Brasil foi inaugurado em março de 1986” (BRASIL, 2004, p.12). Porém, apenas após quase dez anos foi instituída uma Reforma Psiquiátrica Nacional, através da Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001, da qual nos valem até hoje (BRASIL, 2001).

Somente no final dos anos 80 que os usuários de drogas começaram a ganhar visibilidade na área da saúde pública devido à epidemia do HIV/AIDS, em função da transmissão do vírus pelo uso de drogas injetáveis. Uma das estratégias adotadas no Brasil e em outros países para responder a esse cenário, conforme desmembrado no artigo de Piccolo e Knauth (2002) sobre a pauperização da AIDS e as estratégias para reduzir a incidência de casos nessa população, foi a Redução de Danos.

De acordo com Domanico (2006), a Redução de Danos configura-se como estratégia preventiva de danos sociais e de saúde, podendo ter feições diferentes, mas visando diminuir danos relacionados às práticas vulneráveis. As diretrizes da Redução de Danos estão preconizadas na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas do Ministério de Saúde, de 2003, e seguem atuantes.

A Redução de Danos vinculou-se aos programas de prevenção à transmissão de HIV/AIDS e, juntos, traçaram estratégias para reduzir a incidência de casos de AIDS através de orientações para minimizar efeitos negativos e outras intervenções na forma do uso de drogas, como o estímulo para a troca de seringas, a distribuição de camisinhas, orientações sobre cuidados de saúde, entre outros. Todavia, no final dos anos 90, com a diminuição do uso de drogas injetáveis em detrimento do aumento do uso de drogas inaladas e fumadas em um contexto de poliuso, essas ações tornaram-se defasadas e emergiram outros desafios, de acordo com Bastos (2010, p.38):

[...] observamos uma mudança pronunciada das cenas de uso, com redução proporcional do consumo de opiáceos e a ascensão do poliusuário, que combina de forma seqüencial ou consome simultaneamente diferentes substâncias, tanto lícitas, como o álcool e os medicamentos sem prescrição, como diferentes drogas – via de regra, de diferentes classes farmacológicas – ilícitas. Essas incluem os estimulantes, como a cocaína e o crack, os

solventes, como o lança perfume, os desinfetantes e produtos à base de gasolina e éter, além de alucinógenos variados e as denominadas design drugs, que incluem o ecstasy e alguns outros produtos ditos anfetamina-like.

Assim, o atendimento desses usuários nos serviços de saúde passa a ter maior visibilidade por complicações decorrentes do uso de drogas, e novas estratégias de abordagem são incentivadas.

Em 2001, foi realizado o I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CARLINI, 2002) pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID)<sup>5</sup>, patrocinado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD)<sup>6</sup>, que subsidiou o texto de preparação dos profissionais e gestores de saúde pública para a III Conferência Nacional de Saúde Mental com dados epidemiológicos sobre o consumo de drogas. Assim, o texto chamava a atenção para o aumento do número de internações psiquiátricas por uso de álcool e outras drogas, das internações gerais e consultas ambulatoriais por complicações clínicas como cirrose e AIDS, a diminuição da idade de início do consumo de drogas, o crescimento da violência relacionada ao abuso, inclusive acidentes, consequências no trabalho, como, por exemplo, o aumento do absenteísmo e a queda da produtividade.

Visando dar conta desse novo contexto, as questões discutidas no âmbito da Redução de Danos se apresentavam como estratégia para uma nova abordagem dos usuários de drogas na área da saúde pública, já que a internação – com o objetivo de abstinência total do uso de drogas – era um desafio iminente.

Na perspectiva da Redução de Danos, a abstinência – tão difícil de ser alcançada – não precisa ser o único objetivo, sendo possível melhorar a qualidade de saúde – e de vida – do usuário através de medidas como a diminuição de uso dessas substâncias e a utilização de materiais menos prejudiciais para o consumo de drogas. Em relação ao consumo de crack, por exemplo, sugere-se a possibilidade de substituição dos cachimbos de alumínio por outros materiais, o uso de manteiga de cacau nos lábios para evitar rachaduras decorrentes do fumo facilitando a instalação de doenças, o estímulo ao consumo de drogas afastado dos locais de compra e venda para minimizar riscos, entre outras orientações de cuidados com a saúde do

---

<sup>5</sup> Centro vinculado à Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, que iniciou suas atividades em 1978 através de pesquisas epidemiológicas sobre o consumo de drogas para subsidiar ações de políticas públicas nesta área.

<sup>6</sup> Atualmente, é chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas - SENAD e está vinculada ao Ministério da Justiça desde 2011. Essa secretaria foi criada em 1993, chamada Secretaria Nacional de Entorpecentes, sendo vinculada ao Ministério da Justiça. Depois, foi substituída pela Secretaria Nacional Antidrogas criada em 1998 e vinculada a Casa Civil da Presidência da República (LEAL, 2006).

usuário (DOMANICO, 2006). As ações de Redução de Danos se configuram como propostas terapêuticas não só aos usuários que vão aos serviços de saúde, como também àqueles que estão em territórios onde o consumo de drogas acontece com frequência e os profissionais de saúde se deslocam até lá – as chamadas buscas ativas. Estas últimas são estratégias importantes para complexificar as possibilidades de atendimento dos usuários através do conhecimento empírico das diversas condições que podem favorecer o uso de drogas.

Somam-se a isso os princípios da Redução de Danos que consideram os aspectos para a manutenção da autonomia do sujeito, enfatizando o posicionamento dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas e as singularidades das questões sobre esse uso; e a corresponsabilidade do sujeito para que ele se perceba como agente do processo de consumo, e não como vítima da droga, da condição social ou de uma doença.

A partir de 2003, as ações de Redução de Danos foram incorporadas como diretrizes do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras drogas (BRASIL, 2003) e da Política de Saúde Mental (BRASIL, 2005) com o objetivo de abarcar maior quantidade de usuários. O novo contexto de política pública enfatizava as negociações entre os usuários e os profissionais de saúde, de modo que a abstinência total não se apresentava mais como a única possibilidade de tratamento.

## **2.2 O usuário de drogas como doente mental**

Essas novas ideias e definições ultrapassaram o âmbito da saúde, demarcando também articulações mais claras entre práticas jurídicas e práticas médicas sobre a questão das drogas, uma vez que tratar o usuário sabendo que ele continua usando drogas é uma forma de lançar novas questões na área jurídica sobre as definições e os limites entre quem é usuário de drogas e quem é traficante. O primeiro passa a ser percebido pelos profissionais de saúde como “doente”, que não deve ir preso por causa da dependência desencadeada pela doença e/ou por problemas psíquicos, e o segundo como “criminoso”, que deve pagar por suas ações malevolentes relativas aos lucros obtidos com a venda ilegal de droga. Assim, a definição que era jurídica, passa a ser questionada também pela área da saúde. Cabe lembrar que a discussão sobre a questão das drogas é um processo proporcionado também pela abertura política brasileira e a partir de uma revisão das normas de enfrentamento das “guerras às drogas” pela sociedade (PASSOS; SOUZA, 2011).

No Brasil, a questão das drogas foi tradicionalmente tratada como uma questão de justiça, e conseqüentemente, de polícia. Atualmente, a diferença entre a definição de

“usuário” e de “traficante” é dada pela lei de drogas, a Lei Federal 11.343/2006, ao determinar no art. 28 que quem porta drogas sem determinação legal poderá sofrer penas, tais como advertência sobre o uso das drogas, prestação de serviços e/ou medida educativa de comparecimento à programa educativo (BRASIL, 2006). Nesse sentido, diferencia-se da antiga lei de entorpecentes, a Lei Federal nº 6.368/1976, na qual o “usuário” era considerado criminoso ou traficante – ainda que esse julgamento continue passando pela decisão da autoridade policial no momento em que se flagra o sujeito em uso ou porte de drogas (FIORE, 2012, p.16-17). Na nova lei, o usuário passa a ser considerado “doente”, o que acaba por responsabilizar o sistema de saúde e de assistência social disponível pelo atendimento/tratamento do sujeito.

Para Carneiro (2002), a demonização do “drogado” perpassa a construção política do Estado e da Medicina em uma concepção contemporânea que elucida o uso de droga – ou álcool, como era mais comum – não mais como uma questão de “mau caráter” ou “falta de autocontrole” do indivíduo, mas como uma questão na qual o sujeito desenvolve a “doença do vício” que foi sendo definida no século XIX. A estratégia de enquadrar o usuário como doente dá legitimidade para a Medicina atuar e recoloca o problema na esfera social, mas isto não significa que ele não seja, tanto no senso comum como entre os profissionais de saúde, considerado desviante – um sem-vergonha. O tratamento para o desviante não é mais a cadeia, mas o tratamento médico.

A referência padrão para os profissionais de saúde é a Classificação Internacional de Doenças, já na 10ª edição (CID-10) publicada e atualizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1893. Nela, o uso de drogas é considerado um problema de saúde mental<sup>7</sup>. A CID-10, de 1993, define os “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas” como doenças mentais estipulando quais são essas substâncias psicoativas<sup>8</sup> e destacando os critérios sintomáticos para identificação diagnóstica.

A essa classificação, acrescentou-se o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), uma publicação da American Psychiatric Association que, desde 1952, descreve sintomas de transtornos mentais e os agrupa de acordo com as síndromes. O DSM-I, publicado em 1952, preconizava o alcoolismo e a dependência de drogas como consequências do transtorno de personalidade sociopática. E o DSM-II sustentou essa configuração. Em

---

<sup>7</sup> Michel Foucault (1978) apresenta registro de tratamento de usuários de drogas no interior de instituições psiquiátricas desde o século XIX. As drogas utilizadas eram: o ópio, o nitrato de amila, o clorofórmio e o éter.

<sup>8</sup> Entre elas o álcool, os opiáceos, os canabinóides, os sedativos, os hipnóticos, a cocaína, os estimulantes como a cafeína, o fumo, os solventes voláteis e as outras substâncias psicoativas.



1964, a OMS definiu mais claramente a dependência<sup>9</sup> como doença específica. Assim, em 1982, na publicação do DSM-III, mudanças significativas foram apresentadas para definição do diagnóstico de abuso de substâncias psicoativas. E então, no DSM-IV de 1994 foram definidos os critérios para o diagnóstico do “abuso de substância”, diferenciando-se das publicações anteriores que consideravam o abuso como categoria residual da dependência. Poucas referências nos ajudam a chegar a essas conclusões, como Almeida (2007) e Jaber (2004).

Enquanto transtorno mental, cabe à Psiquiatria e à Psicologia o atendimento dos usuários de drogas. Assim, como pacientes da saúde mental, os usuários de drogas podem ser atendidos em hospitais psiquiátricos ou em hospitais gerais com ala psiquiátrica. Esse ponto complexificou-se no final dos anos 90, quando a atenção aos usuários de drogas na rede de saúde mental tornou-se uma discussão pública em função da repercussão da temática na mídia, vinculando o uso de drogas tanto à violência e à criminalidade, como à condição de vulnerabilidade do usuário que passa a ser percebido como doente.

Os encaminhamentos dos usuários para as instituições de saúde aumentam cada vez mais. Entretanto, os novos serviços substitutivos são instalados em uma velocidade menor do que são fechados os leitos psiquiátricos em hospitais especializados, onde os usuários também poderiam ser atendidos. Ou seja, esse descompasso reforça o debate sobre as propostas terapêuticas vigentes e tenciona a reestruturação da rede de atenção em saúde mental.

### **2.3 A epidemia do crack e as propostas de modelos de atenção**

É a partir de 2009 que o “crack” começa a ganhar visibilidade enquanto política pública específica, apesar dessa substância já estar associada às questões de saúde, assistência social e segurança pública há mais tempo. Nos jornais, telejornais e revistas nacionais e estaduais, e mais especificamente no material analisado no ano de 2011 em dois jornais de grande circulação no Rio Grande do Sul (BARROSO, 2012), através do argumento de uma suposta “epidemia do crack”, como discute Melotto (2009), desencadeou-se, no palco da mídia, a emergência de um debate amplo no âmbito da saúde pública sobre “o que fazer com os usuários de drogas?”. Duas propostas antagônicas se apresentaram ao debate: a proposta de internação compulsória dos usuários de drogas enquanto um dever do Estado e a que defende a autonomia dos sujeitos na busca e decisão pelo tratamento e pelo findar, ou não, o uso de

---

<sup>9</sup> O termo dependência substitui a ideia de adição e hábito que relacionava o uso de drogas como ‘vício’ na tentativa de enfatizar a categoria biomédica ao invés da categoria moral (WHO, 1964).

drogas. Ou seja, em um contexto de desinstitucionalização dos pacientes psiquiátricos, ressurgiu o argumento da necessidade da criação de mais leitos para internação dos usuários de drogas. Este argumento influenciou o surgimento de planos emergenciais em âmbito nacional, estadual e municipal para instalação de leitos e aparatos institucionais específicos aos usuários de drogas na rede de saúde mental.

Rui (2012) sugere que a ampla divulgação da mídia sobre o crack na época – gerando comoção nacional – fez com que o governo federal tomasse medidas efetivas no ano seguinte. O principal decreto que amarra as novas diretrizes – e as tendências institucionalizantes para os usuários de drogas - é o Decreto nº 7.179/2010, regulamentado pelo presidente da República do Brasil, que instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras drogas, enfocando a prevenção do uso, o tratamento e a reinserção social de usuários, promovendo o enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas e estabelecendo seu Comitê Gestor para discutir essas questões (BRASIL, 2010). Nesse sentido, cada vez mais esse vai sendo um ponto apropriado legalmente pela área da saúde, como expõe a Portaria 3.088/2011, que instituiu a rede de atenção psicossocial para pessoas com transtornos mentais em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS (BRASIL, 2011a).

Cabe enfatizar que, atualmente, a ampliação e a qualificação da rede de atenção em saúde mental se tornaram prioridades do governo através da criação da Linha de Cuidado em Álcool, Crack e Outras Drogas (BRASIL, 2011b). As diretrizes dessa proposta trazem aproximações e distanciamentos com as premissas da Reforma Psiquiátrica, elementos que a presente dissertação busca analisar.

A hipótese inicial era de que os questionamentos também perpassavam o atendimento dado aos usuários de drogas nos serviços da saúde mental, não somente enquanto normativa de política pública, mas como dinâmica de trabalho entre os profissionais, pacientes e espaço institucional. Ou seja, parecia haver algo fundamental no debate que não se encontrava nas leis, portarias, notícias, bancos de dados da área da saúde, mas que era essencial para conhecer e compreender como estavam sendo percebidas e aplicadas essas novas diretrizes nacionais sobre a questão do atendimento de usuários de crack, no âmbito da rede de saúde mental, através das práticas e articulações dos profissionais, que apareciam paralelas à Reforma Psiquiátrica.

Enquanto direcionamento da política pública, os serviços de saúde se apropriam das novas diretrizes, mas como enfatiza Ingram et all. (2007), novos elementos também desenham uma política pública e contribuem com uma institucionalização das práticas que apresentam certos valores para as populações-alvo, reforçando ações específicas e dando visibilidade aos

governos que se pautam pelos cuidados envolvidos na questão das drogas. Nesse sentido, as perspectivas de intervenção vigentes, como o modelo de atenção hospitalar e o modelo de atenção psicossocial, disputam a configuração da legitimidade social das suas práticas nos serviços de saúde, a partir das respostas que dão problema social envolvendo o crack.

Assim, o interesse desta dissertação é a configuração dos modelos de atenção diferenciados para usuários de droga na rede de atenção à saúde mental, a partir do cotidiano de trabalho de instituições que se pautam por essas novas características das políticas públicas, que em meio a um processo de desinstitucionalização para uns, parecem visar à institucionalização para outros.

Aqui, considera-se *modelo de atenção* não como um programa específico, mas como “uma representação da realidade de saúde, [na qual] se procurará destacar as racionalidades que orientam as ações de saúde, conduzindo à adoção de uma dada combinação de tecnologias ou de meios de trabalho em cada situação concreta” (PAIM, 2008, p. 539), sendo que pode variar de acordo com o serviço de saúde e os respectivos profissionais. É a partir desse foco nos modelos de atenção que refletiremos sobre como está sendo pensado o tratamento dos usuários de drogas na saúde mental.

Os modelos de atenção à saúde discutidos a partir do Arthur Kleinman (1980), que é médico psiquiatra com treinamento em Antropologia, como “sistemas de cura” são entendidos como sistemas culturais, uma vez que através deles se estabelecem crenças e normas de conduta para responder às demandas socialmente organizadas e vinculadas à noção de doença, legitimando, assim, alternativas terapêuticas. Deste modo, interessa compreender os dispositivos dos “sistemas de cura” acionados pela demanda de atendimento, pelo conhecimento técnico dos profissionais e pelo aparato institucional envolvidos nas propostas de políticas públicas em questão que direcionam e produzem os resultados efetivos. O objetivo não é apontar conflitos entre os modelos, explicitando afastamentos entre a Reforma Psiquiátrica, mas compreender o que está em jogo quando se pensa em modelo de atenção para usuários de drogas em um contexto de tendência à desinstitucionalização.

A partir da literatura antropológica pretende-se compreender as construções simbólicas presentes nos modelos de atenção e que tem efeitos concretos no processo terapêutico, como preconiza Csordas e Kleinman (1996). Logo, nesta dissertação, estudam-se as perspectivas dos profissionais de saúde que atuam em instituições integrantes da rede de atenção à saúde mental para o atendimento dos usuários de drogas, a fim de compreender como esse tratamento é concebido. Interessa conhecer a configuração dessas concepções que levam em consideração a formação profissional, a especialidade da área, as experiências

profissionais, mas também a atuação no processo de trabalho a partir das instituições em questão.

## 2.4 Pensando as drogas através de conceitos da loucura e de instituições

Considerou-se relevante traçar um breve panorama teórico, no âmbito da Sociologia e da Antropologia Social, sobre a doença mental como objeto de estudo, até chegar à discussão dos estudos sobre usuários de drogas.

### 2.4.1 A crítica europeia às instituições de doentes mentais

Um dos autores clássicos que provocam a pensar a temática discutida nesta dissertação é Michel Foucault. Na França dos anos 60, ele iniciou o debate sobre a intervenção da sociedade na temática da “doença mental”, analisando a configuração dos discursos vinculados ao estabelecimento das disciplinas de saúde e das especialidades médicas. Em seus estudos, o autor considerou, principalmente, como ocorreu o reconhecimento da “doença mental” na sociedade como um fenômeno patológico e como o tratamento perpassava as instituições sociais. Para Foucault (1975), esses locais caracterizavam-se por serem “instituições disciplinares”, uma vez que no contexto institucional transcorriam processos normativos e controladores pautados pelo regime de poder disciplinar, produzido estrategicamente para moldar o comportamento dos indivíduos.

Em “História da Loucura”, de 1961, Foucault apresentou a loucura enquadrada a partir de concepções biomédicas, através das quais se criaram propostas de atendimento e tratamento em instituições psiquiátricas, visando conter aspectos do comportamento desviante dos indivíduos, sendo essas, muitas vezes, local de enclausuramento eterno. As análises de Foucault (1975) contribuem no que se refere à consolidação histórica da Medicina – mais especificamente da Psiquiatria e da Psicologia - e à construção da identificação e configuração da doença mental difundida através do discurso das áreas “psi”.

Nikolas Rose (2008) atualiza essa discussão a partir do contexto de molecularização<sup>10</sup> e medicalização<sup>11</sup> da doença/saúde mental como forma de precisar o discurso, e analisa a Psicologia como uma ciência social preocupada com os critérios de normalidade e anormalidade. O estudo baseia-se em inúmeros projetos políticos de controle dos indivíduos,

---

<sup>10</sup> Referente ao controle da vida a nível molecular.

<sup>11</sup> Referente à apropriação dos modos de vida pela Medicina.

de modo que a Psicologia, enquanto disciplina, foi sendo tomada pelas áreas da Neurologia/Neuroquímica que passaram a identificar e objetificar no cérebro o que é mental constituindo, assim, tecnologias sociais para o estudo da mente/cérebro. Rose (2006) destaca que o legado das ideias de Foucault, mais do que a crítica ao modelo médico, a negação da realidade da loucura ou a denúncia do poder psiquiátrico, foi a separação do poder e da verdade das formas hegemônicas, a fim de suscitar que também os pacientes da saúde mental estabelecessem seu direito - e poder - sobre o tratamento que eles recebem.

O psiquiatra italiano Franco Basaglia, que inspirou a Reforma Psiquiátrica Brasileira, bebeu nessas ideias de Foucault, mas o considerava pessimista por abordar a instituição psiquiátrica através da *estrutura da exclusão* e por condenar a possibilidade da reforma (BASAGLIA apud FREITAS; RIBEIRO, 2006). No final dos anos 60 e no início dos anos 70, Basaglia partiu dessa discussão para propor o lema “contra o pessimismo da razão, otimismo da prática” concretizando suas ideias na defesa de uma “psiquiatria alternativa” através da crítica à Psiquiatria tradicional – e conseqüentemente às instituições psiquiátricas. Ele argumentava que os estudos da Psicologia tradicional reproduziam a “velha gestão manicomial” e, por sua vez, funcionavam como “depósitos” de indivíduos, e não como local de tratamento e cura, como propunham os médicos da época (BASAGLIA, 1979, p. 85). A crítica basagliana enfatizava o manicômio como local de controle do comportamento de indivíduos considerados desviantes, como o pobre, o louco e o deficiente. O autor propôs uma “psiquiatria alternativa” através de serviços de atendimento “abertos” e de uma nova relação entre médico-paciente, comparando experiências de vários países em outros tratamentos que se apresentavam como alternativa ao manicômio.

Basaglia foi precursor da Reforma Psiquiátrica Italiana, e suas ideias tiveram repercussões no Brasil durante a década de 70. A perspectiva basagliana apostava no discurso terapêutico de reinserção social e criticava as tendências medicalizantes da época.

Conforme analisa Ferrazza (2009) referindo-se à medicalização do social, a descoberta dos psicofármacos nos anos 50 não modificou, de fato, a assistência psiquiátrica. Segundo a autora (FERRAZZA apud BIRMAN, 2000) o uso da clorpromazina conferiu legitimidade à Medicina psiquiátrica por atuar na organicidade da loucura, deixando os pacientes menos agitados - tornando a “enfermaria silenciosa”-, de modo a contribuir com a permanência deles em um contexto manicomial. Essas questões intensificaram a crítica ao modelo hospitalocêntrico e incentivaram a implantação de uma rede extra-hospitalar (BRASIL, 2005).

No final dos anos 60 e em meados dos anos 70, Erving Goffman e Howard Becker foram dois dos sociólogos da Escola de Chicago, nos Estados Unidos, que se aproximaram

das discussões de Foucault e Basaglia por tratarem do mesmo objeto empírico: o comportamento desviante. Ambos se vincularam à perspectiva do Interacionismo Simbólico que compreendia os comportamentos sociais a partir da interação social, e não de esquemas pré-estabelecidos.

O interacionismo simbólico constitui uma perspectiva teórica que possibilita a compreensão do modo como os indivíduos interpretam os objetos e as outras pessoas com as quais interagem e como tal processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas. (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010, p. 148)

Entretanto, os estudos de Goffman, Foucault e Basaglia convergiram a partir do peso que atribuem ao contexto institucional na temática sobre o tratamento da doença mental. Já Becker e Foucault focaram a discussão no que é entendido como normal ou anormal na sociedade, analisando como se dá o reconhecimento do comportamento desviante.

Diferente da argumentação através de dados históricos de Foucault e da reflexão militante de Basaglia, Goffman realizou pesquisas sociológicas e trabalhos de campo em instituições sociais, no início dos anos 60, a fim de estudá-las como “instituições totais”. Para o autor, elas são instituições com tendência de “fechamento”, sendo que seu “fechamento” ou o caráter total é

simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saídas que muitas vezes estão incluídas no esquema físico – por exemplo, portas fechadas, paredes altas, arames farpados, fossos, água, florestas ou pântanos. (GOFFMAN, 2008, p. 16)

Para focalizar aspectos desse conceito, cabe explicitar que o adjetivo “totais” enfatiza o fato de os indivíduos desempenharem diferentes afazeres – como a realização das refeições, das práticas de lazer e de repouso – em um mesmo espaço físico, bem como da observação e dos constrangimentos de outros indivíduos, sendo eles pacientes ou profissionais da instituição. Em outras instituições essa característica não é determinante, já que se realizam diferentes atividades em espaços dispares – como o lazer na praça, o trabalho no escritório e o descanso em casa.

Desse modo, interessa o estudo do autor em questão, mais especificamente quando ele se dedica à reflexão sobre instituições psiquiátricas – também chamadas, naquela época, de manicômios - como “instituições totais”. O foco de Goffman é o mundo do internado e o mundo da equipe dirigente (GOFFMAN, 2008). Essa interessante reflexão sobre a relação entre indivíduo e sociedade na perspectiva interacionista colocada pelo autor é fundamental

para o estudo de como as concepções biomédicas se concretizam através da instituição, de modo a garantir a “mortificação do eu” do internado na intimidade da vida hospitalar, fazendo com que a instituição tenha também “alguma ação” sobre o indivíduo. Sendo assim, como enfatiza Ferreira (2012, p. 84) “as pesquisas de Goffman e Foucault nos auxiliam a problematizar quando, historicamente, se produziram os processos sociais de individualização a que ainda estamos submetidos, mesmo que implicitamente”.

#### 2.4.2 *O comportamento desviante e os usuários de drogas*

Essa perspectiva se aproxima de alguns estudos sobre sociologia do desvio<sup>12</sup>, desencadeados pela Escola de Chicago, produzindo os primeiros trabalhos sobre a questão das drogas e os usuários de drogas, como o do sociólogo Howard Becker. Seu estudo clássico entre os “outsiders” enfatizava a compreensão das dinâmicas de “coesão social” (DURKHEIM, 1977; SIMMEL, 2006) considerando os padrões de comportamento desviante partir da noção de que grupos sociais estabelecem o que é considerado infração às regras. Os usuários de drogas seriam considerados desviantes por efetivarem o uso de substâncias psicoativas na contramão do que proclamam as regras sociais. Para Becker (2008, p. 22), o desvio é visto como “produto de uma transação que tem lugar entre algum grupo social e alguém que é visto por esse grupo como infrator de uma regra”, de modo que quem se desvia não está “fora” da sociedade, pelo contrário, é considerado – por alguns - desviante justamente por que está “dentro” da sociedade. Essa análise do autor contribui com a ideia de que o social também produz o comportamento considerado desviante, ultrapassando a noção de que esse comportamento não pertence ao social.

Assim, o uso de drogas é visto como comportamento desviante - sendo considerado um sintoma de deficiência na saúde mental - uma vez que esta rotulação leva em consideração o fato de que essas substâncias têm potencial para interferir na estabilidade, e dessa forma, na funcionalidade da sociedade (BECKER, 2008). Logo, essa concepção compreende que os usuários de drogas ameaçam os pontos de estabilidade social, e por isso são considerados *outsiders*, ou seja, aqueles que se desviam das regras estabelecidas pelos grupos - e aí se questiona que grupos são esses. Assim, o autor estuda alguns casos de usuários de maconha e apresenta os padrões de comportamento desviantes, considerando os “empreendimentos

---

<sup>12</sup> Esses estudos partem da noção de que o “desvio” não é qualidade própria do comportamento individual, e sim reside na interação entre quem comete um ato e aqueles que reagem a ele (BECKER, 2008).

morais” (BECKER, 2008, p. 167) nas interações entre as pessoas, que acabam por constituir novas regras.

É no contexto dessas pesquisas que, nos anos 70, alguns antropólogos brasileiros avançaram nessa discussão. Um deles é o antropólogo Gilberto Velho (2002), que reconheceu a influência de Becker e Goffman, da Escola de Chicago, na análise do cotidiano e das relações interpessoais a partir de pesquisas com ênfase interdisciplinar - como os trabalhos com áreas “psi” -, dos estudos urbanos e da discussão da temática *indivíduo e sociedade*.

Velho (1974, p.27) também apostou em uma crítica à patologia social através da discussão sobre o desvio na sociedade, enfatizando que o rótulo da “inadaptação” desconsidera padrões e regularidades existentes, de leituras particulares sobre a vida, e simplifica o entendimento da realidade a partir da ideologia de um grupo de indivíduos. Para o autor, o desviante é um indivíduo que faz uma “leitura” divergente dentro da sua cultura, sendo considerado “anormal” em uma área de comportamento, mas podendo ser considerado “normal” em outras áreas. A contribuição da análise feita por Velho para a Antropologia Social é de que através do “comportamento desviante” devem ser percebidos aspectos da lógica do sistema sociocultural. A ênfase de análise é do “desvio” como categoria moral.

O autor alerta que nos estudos da área da Antropologia é preciso reconhecer e dar importância para comportamentos considerados desviantes - como o “doente”, os “marginais”, os “usuários de drogas”, entre outros - como algo próprio da marca sociocultural, e não algo do indivíduo (VELHO, 1974). Essa perspectiva desvincula-se da excepcionalidade do “individual” – e por sua vez do “psicológico” – para ser tratado no âmbito do sistema sociocultural. Sendo assim, a tese de Velho (1998) sobre as camadas médias brasileiras, a partir da utilização das drogas, destaca que a visão de mundo não é monolítica, sendo então cheia de ambiguidades e com fronteiras flutuantes. Ao relativizar o conceito de *desvio*, o autor percebe que para falar do uso de drogas acionam-se símbolos de diferenciação que remetem a representações diversas, residindo aí problemas estruturais da sociedade brasileira que ultrapassam o universo empírico pesquisado.

Outros antropólogos brasileiros também se preocuparam com a questão das drogas no contexto urbano do mundo contemporâneo.

Nos anos 80, o antropólogo Edward MacRae contextualizou o consumo de drogas no Brasil e participou de debates públicos visando refletir sobre o “problema das drogas” na atualidade, de modo a criticar o senso comum sobre a temática e a destrinchar as possibilidades de compreensão sobre o assunto a partir do reconhecimento da noção de “rituais sociais” e de “modalidades de uso” presentes nesse consumo (MACRAE, 1987). O



autor já questionava o viés repressivo e policialesco do controle sobre o uso de drogas, representado pelas leis que definiam medidas a serem tomadas na abordagem dos usuários. Explicitando, assim, a necessidade de se pensar em maneiras alternativas para minimizar as questões de alta periculosidade – para o indivíduo e para a sociedade - do uso de drogas vinculadas ao tráfico, ao crime e à pobreza.

Cabe dizer que MacRae não só analisou essa temática, mas também estimulou a discussão sobre outras formas de atendimento aos usuários de drogas, como por exemplo, a partir da perspectiva da redução de danos. É nesse contexto que ele se vincula a organizações não governamentais e propõe a discussão sobre a descriminalização das drogas, trazendo ao debate a constituição sócio-histórica do uso de substâncias ilícitas, de modo a apresentar os imbricamentos presentes nas concepções do senso comum sobre o uso e os usuários de drogas (MACRAE, s.d). Seu engajamento na desconstrução do senso comum dessa temática também estimulou estudos sobre a questão das drogas pela Antropologia e pelas ciências humanas de forma mais geral.

Este antropólogo dedicou-se aos estudos das drogas alucinógenas a partir do uso dessas substâncias – como a ayasca - em contextos religiosos no Brasil (LABATE; MACRAE, 2010). Esta é uma faceta cada vez mais discutida por autores que estudam a temática das drogas (LABATE, 2002) problematizando o uso de drogas em rituais e as experiências de alteração da consciência. Nos anos 2000, o antropólogo Eduardo Viana Vargas (2006, p. 584) também deslocou a questão do “por quê do uso das drogas” para refletir sobre “quais são as experiências do uso de drogas”. Foi a partir desse princípio que autor discutiu como legítimo o uso de drogas na sociedade brasileira.

O esforço de Vargas é o de desconstruir a explicação culpabilizadora do indivíduo, ou dos pais e mães, ou da sociedade sobre o uso de drogas como errático, e enfatizar o interesse nesse fenômeno como um ‘evento’ proporcionado e estimulado pela “onda” que dá o uso de drogas. Esse uso está envolto não em uma ou outra ação, e sim em alter-ações. As alter-ações desafiam a perspectiva que explica o uso de drogas através da categoria controle, a fim de propor que as experiências da “onda” compõem misturas e combinações de gentes e agentes, e não representam somente o controle/descontrole de um sobre o outro. Ou seja, para tratar a questão das drogas, o autor chama a atenção que “mais uma vez, não é a inversão do consenso moral, mas a afirmação eticamente sustentada, ao modo de Spinoza, da pluralidade imanente dos modos de existência” (VARGAS, 2006, p. 607).

Considerar a partilha moral envolvida na temática é necessidade desse campo de discussão, uma vez que ‘drogas’ têm múltiplos significados e cada qual é acionado conforme seu viés argumentativo.

Nesta dissertação, interessam as ‘drogas’ como substâncias lícitas – o álcool – e ilícitas – o loló, a maconha, a cocaína, o crack, o haxixe – uma vez que são acusadas de causar a dependência química, e por sua vez, são drogas que afetam de forma pejorativa a moral de quem as consome. E assim, o discurso para justificar a “guerra contra as drogas” estabelecido por alguns países.

Entretanto, deve-se considerar que há outros aspectos envolvidos nessa classificação do que são drogas, conforme Vargas (2000, p. 2) nos alerta que:

é preciso não esquecer que drogas são ainda todos os fármacos. Daí o problema das drogas não implicar apenas considerações de ordem econômica, política, sociológica ou jurídico-criminal, tendo sido considerado um problema “eminente médico” desde que se tornou em nossa sociedade, o que não faz assim tanto tempo, um problema de drogas. E as implicações desse vínculo entre drogas e medicina não são absolutamente desprezíveis, já que os saberes e as práticas médicas foram historicamente investidos, entre nós, na posição de principais instrumentos de legitimação da partilha moral entre drogas lícitas e ilícitas por fornecerem, para a sociedade em geral e com a força da autoridade científica que costumamos emprestar-lhes, os critérios para tal partilha.

E são alguns desses critérios que estão sendo discutidos. Assim, interessa a discussão sobre as definições de drogas vinculadas à análise da construção social da dependência dessas drogas, como estudou o antropólogo Eduardo Mendes Ribeiro (1999) em sua tese. Ele fez um primeiro levantamento sócio-histórico das concepções que envolveram a construção social do problema da dependência das drogas, a partir do estudo do contexto gaúcho de atendimento a usuários de drogas. O autor explorou as propostas de tratamento possíveis no início deste século, a partir das concepções fundantes dos campos institucionais sobre a questão das drogas. Há no texto um interessante mapeamento das práticas terapêuticas vinculadas ao discurso científico ou religioso, através do qual o autor identificou que ações mais flexíveis, e por sua vez que tinham concepções mais maleáveis sobre as drogas, podiam ser mais eficazes no atendimento aos usuários no campo da saúde. Ou seja, o que conforma o aspecto moral do debate sobre drogas não é uma discussão que é rebatida e alimentada pelas instituições que atendem esses usuários.

Em meados do ano de 2005, iniciou-se um novo contexto no qual se insere essa temática diante de uma suposta “epidemia do crack” (MELOTTO, 2009), de modo que se

reordena o debate a partir de uma “nova” substância. E aqui destaca-se a questão porque ela é pauta primordial no contexto desta dissertação.

Um dos antropólogos que está à frente dessa discussão é Heitor Frúgoli. A partir de projetos de pesquisa sobre a *gentrification* do Bairro da Luz, ele se aproximou de usuários de crack que habitavam essas territorialidades, conferindo também a estética do espaço urbano de um lugar multifacetado. Através da Etnografia ‘da’ e ‘na’ chamada “cracolândia”, em São Paulo, o autor se aproximou dos diferentes usos que usuários - ou não - de crack fazem daquele espaço como “modality of itinerant territoriality and a field of relationships in a multifaceted context marked by diverse situational variations” (FRÚGOLI; SPAGGIARIS, 2011, p. 572). É dialogando com essa temática que nesse período foram feitos estudos em São Paulo, como o de Taniele Rui (2012), no Rio de Janeiro, como o de Mariana Cavalcanti (2007), e em Minas Gerais, como o de Luis Flavio Saporì e Regina Medeiros (2010).

#### 2.4.3 A Antropologia e o estudo das concepções de saúde/doença

Partindo dessas abordagens antropológicas, esta dissertação tem como objetivo o estudo das concepções de saúde/doença sobre usuários de drogas e das dinâmicas institucionais envolvidas no atendimento dos mesmos na rede de atenção à saúde mental. Deste modo, pode-se aproximar das representações e das práticas sociais dos atores envolvidos no atendimento de usuários de álcool e outras drogas nos serviços de saúde oferecidos pela rede de atenção à saúde mental em duas instituições em Porto Alegre. Assim, partimos da noção do “desvio” discutido pela Antropologia Urbana até chegarmos a uma reflexão sobre a Antropologia da Saúde – e quiçá da Antropologia Médica -, na qual as noções de doença e saúde são compreendidas como fenômenos culturalmente construídos e interpretados.

O estudo “da” ou “sobre” saúde/doença a partir das representações sociais expressas pelos discursos do antropólogo ou do “nativo” - e mesmo através da observação participante - retoma a discussão clássica entre indivíduo e sociedade. A perspectiva durkheimiana sobre a representação social considera a preponderância do pensamento social sobre o pensamento individual, sendo o primeiro coercitivo em relação ao segundo. Entretanto, como problematizar o conceito de representações sociais de “saúde” e “doença” de maneira a abarcar a autonomia individual e seu “acordo” enquanto fenômeno coletivo?

A antropóloga Claudine Herzlich (2005) compreende a saúde/doença como um fenômeno que ultrapassa a Medicina, logo o estudo deste a partir de representações sociais

permite expressar a configuração social na qual ele ocorre. Ela defende a utilização das representações sociais entendendo-as como realidade *sui generis*, considerando que esta perspectiva “ajuda” a compreender situações que se redefinem na sociedade, entretanto o limite dessa noção tem que ser ponderado. A exacerbada generalidade do nível de análise das representações sociais pode desconsiderar sua construção social pautada em uma realidade social e histórica em que estão em jogo as configurações sociocognitivas globais articuladas na interpenetração entre o indivíduo e o coletivo.

A autora ainda retoma a ideia de que a doença encarna a “imposição social” (HERZLICH, 2005, p. 60), e nesse sentido, a representação social funciona como orientadora de condutas, fazendo-nos refletir sobre a condição dos profissionais de saúde que lidam cotidianamente com os usuários de drogas. Assim, Herzlich concluiu na mesma reflexão que o estudo dessas representações de saúde e de doença “permite em princípio compreender por que alguns problemas sobressaem em uma sociedade e a esclarecer alguns aspectos de sua apropriação pela sociedade, como os debates e os conflitos que se desenrolam entre diferentes grupos de atores.” (2005, p.61-62)

O uso do conceito de representação social é relevante para a compreensão do conjunto de construções sociais envolvidas na noção de doença que supõe tratamento dos usuários drogas. Esse entendimento está pautado em uma definição médica de doença como “entidade”, destacando sintomas e sinais de alterações fisiológicas “anormais” que pressupõem a realização de diagnóstico e tratamento apropriado (HELMAN, 2003). Dessa maneira, os profissionais das instituições de saúde, definidos como principais atores desta dissertação, explicitam em suas representações sociais um pensamento que é construído em uma relação entre indivíduo e referencial institucional (DOUGLAS, 2007).

Um dos autores base para essa discussão é Arthur Kleinman, que participa do Grupo de Harvard, e pretende analisar os fatores sócio-culturais atrelados ao campo da saúde, levando em consideração traços cognitivos e problemas de comunicação relacionados:

Os trabalhos desenvolvidos pelo Grupo de Harvard e, em particular, pelos professores Arthur Kleinman e Byron Good, que se situam entre os principais representantes da corrente interpretativa em antropologia médica, fornecem os elementos-chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde. Esses trabalhos ressaltam a importância de considerar que as desordens, sejam elas orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural. (UCHÔA; VIDAL, 1994, p. 500)

Esse médico-antropólogo visou o estudo de “sistemas de cura”, a fim de compreender, a partir do contexto sociocultural, os mecanismos que definem os cuidados de saúde formulados através das relações entre profissionais e pacientes. Assim, para abarcar os meandros desses sistemas, o autor sugeriu o conceito de “modelo explanatório”, definindo-o como “the notions about an episode of sickness and its treatment that are employed by all those engaged in the clinical process” (KLEINMAN, 1980, p. 105). É partir desse modelo que, como estudiosos sobre o assunto, pode-se acessar as explicações sobre doença/saúde e tratamento que orientam profissionais e terapias disponíveis, explicitando significados pessoais e sociais sobre a experiência de doença. Segundo o autor, cabe determinar o “modelo explanatório” de quem trata e de quem é tratado, para na sequência captar similaridades e divergências no entendimento mais dinâmico e plural de como são feitos os diagnósticos e formulados os tratamentos no campo da saúde.

Nesse mesmo grupo de pesquisa de Harvard está Byron Good, que também auxiliou na reflexão sobre o objeto desta dissertação. O principal foco de Good (1994) é a análise da doença como objeto de diagnóstico e atividade terapêutica, que tem sua formulação constituída nas práticas clínicas e experiências comuns dos alunos de Medicina de Harvard. Sua hipótese fundamental é de que a Medicina formula o corpo humano e a doença de formas culturalmente distintas. Entretanto, para Good o aspecto biológico não é externo, mas está dentro da cultura. Para aprofundar esse ponto de vista, ele refletiu a partir do modo “como” se conhece a realidade, contrapondo-se às perspectivas kantianas sobre as categorias de entendimento *a priori*, que primavam pela busca de uma verdade universal e necessária. E se aproximou de uma abordagem mais fenomenológica, como propõe Ernst Cassirer, que investe em uma compreensão da realidade como forma simbólica dada na captação do sensível.

Dessa maneira, Good (1994) se apropria dessas ideias para pensar a Medicina como formação simbólica do médico, que se organiza através da realidade e infere a noção de doença a partir de um conhecimento simbólico que é construído na mente humana por meio dos sentidos. As falas que o autor traz para apresentar o ponto de vista desses alunos de medicina evidenciam um estranhamento inicial na aprendizagem da “linguagem médica” diferenciada da “linguagem cotidiana”. Durante a faculdade, constrói-se outra noção de corpo, que é o corpo natural, já “desumanizado”. Assim, o aluno aprende técnicas voltadas para a prática médica a partir de um rigor científico que considera a separação entre a subjetividade e a objetividade. Entretanto, para os antropólogos entenderem a constituição de práticas terapêuticas e atividades de cura, cabe justamente estudar as experiências intersubjetivas desses médicos no processo formativo. Já que a partir das atividades interpretativas, eles

constroem o conceito de doença, apropriado de forma pessoal e social de maneiras distintas dentro de uma mesma cultura e, posteriormente, aplicadas em processos terapêuticos.

É na articulação do compósito histórico de questões da Antropologia Urbana e Antropologia da Saúde que esta dissertação foi desenvolvida. Os próximos capítulos abordarão, de fato, a discussão teórica a partir de um teor etnográfico sobre os modelos de atenção para usuários de drogas no âmbito da saúde mental.

A etnografia foi realizada em dois serviços de saúde do Rio Grande do Sul que tem características institucionais diferentes e representativas do debate desafiador na área da saúde mental para usuários de drogas. Conhecer a dinâmica de atendimento nesses locais significa aproximar-se de experiências institucionais que são exemplos de propostas de atendimento. De modo que etnografar as práticas dos profissionais desses serviços de saúde levará a refletir sobre os desafios do cotidiano de atendimento dos usuários de drogas para além da experiência local e dos discursos correntes, dando conta de uma discussão maior.

### 3 ALGUMAS REFLEXÕES METODOLÓGICAS E A INSERÇÃO EM CAMPO

Este capítulo apresenta o percurso metodológico de inserção em campo, ao mesmo tempo em que explicita as configurações das instituições de saúde escolhidas para terem seus modelos de atenção aos usuários de drogas analisados. A proposta de contextualização do universo empírico está atrelada à compreensão da criação desses serviços de saúde específicos – e conseqüentemente, seus modelos de atenção – para o atendimento aos usuários no âmbito da saúde mental.

Cabe enfatizar que o projeto de pesquisa desta dissertação foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das duas instituições estudadas<sup>13</sup>, conforme as Normas e as Diretrizes Nacionais e Internacionais de Ética em Pesquisa do Conselho Nacional de Saúde, sobretudo no que diz respeito à Resolução 196/96 e suas revisões (BRASIL, 1996).

Assim, como os principais pesquisados eram os profissionais dos serviços de saúde, aqueles que concederam entrevistas individuais, a partir do roteiro de questões semiestruturadas, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido possibilitando a utilização das informações. Tanto para esses quanto para outros profissionais e para usuários dos serviços de saúde que aceitaram minha observação/participação nos locais, ficou estabelecido que não haveria identificação dos seus nomes, de modo a preservar suas identidades.

Considera-se importante a compreensão da composição das equipes de profissionais nos serviços de saúde e o entendimento de que há especificidades no atendimento aos usuários e no desempenho de cada profissional, de modo que para se referir a eles serão utilizados os títulos de formação seguidos de nomes fictícios, e aleatórios, quando necessário. Desta maneira, evidencia-se como a atuação profissional será apresentada: MedPsiq (médicos ou médicas psiquiatras), ResPsiq (médicos ou médicas residentes da Psiquiatria), Psic (psicólogos ou psicólogas), AssSoc (assistentes sociais), ResMult (nutricionistas, psicólogas, enfermeiras e assistentes sociais residentes em residência multiprofissionais), Enf (enfermeiros ou enfermeiras), TecEnf (técnicos ou técnicas em Enfermagem), TerOcup (terapeutas ocupacionais), EdFis (educadores ou educadoras físicas), Nutr (nutricionistas), VigSeg (vigilante e/ou segurança), ApAdm (apoio administrativo composto por administradores e auxiliares administrativos) e SerGer (equipe da higienização ou serventes

---

<sup>13</sup> Números dos documentos cadastrados no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos – SISNEP: CAAE - 0569.0.001.000-12 e CAAE - 0159.0.164.000-11.

gerais). Já para os “usuários de drogas” atendidos nesses serviços de saúde utilizaremos somente a designação de “usuários”. Esta escolha é estratégica porque se refere tanto aos “usuários de drogas” como aos demais usuários que utilizam o sistema de saúde público, deixando para analisar no capítulo seguinte as nomenclaturas utilizadas pelos profissionais para definir esses atendidos. Termos como “dependente químico”, “paciente”, “acolhido”, “usuário de drogas”, “doente” são modos de classificação que explicitam também a compreensão e as concepções de quem os define, conforme será analisado mais adiante. Quando necessário, será utilizada somente a primeira letra dos nomes dos usuários atendidos nos serviços de saúde, pois há uma rotação maior dessas pessoas nas instituições, fazendo com que essa opção dificulte ainda mais a identificação dos mesmos. Ainda é preciso dizer que a identificação de gênero dos profissionais e dos usuários a partir do uso do artigo definido singular o/a levará em consideração o sexo em questão, ou seja, “a MedPsiq Nair” é mulher e “o L.” é homem, mas quando o artigo definido for referido no plural, considerará os dois gênero indistintamente.

Como o objeto de pesquisa perpassa as estratégias empregadas no processo de trabalho dos serviços de saúde de modo a compreender a constituição desses modelos, focou-se tanto na observação participante quanto nas entrevistas com os profissionais dos serviços de saúde, uma vez que interessa analisar, de maneira mais enfática, as propostas de atendimento aos usuários. Durante as consultas individuais, atividades em grupo e momentos informais era explicitada a minha condição de pesquisadora, de modo que eles também puderam autorizar ou não – através do consentimento verbal – a observação/participação na consulta.

Assim, considera-se que os dados foram constituídos a partir uma “relação intersubjetiva” com profissionais, usuários e familiares, sendo um dos instrumentos de trabalho do antropólogo, como destaca Ruth Cardoso:

A relação intersubjetiva não é um encontro de indivíduos autônomos e auto-suficientes. É uma comunicação simbólica que supõe e repõe processos básicos responsáveis pela criação de significados e de grupos. É neste encontro entre pessoas que se estranham e que fazem um movimento de aproximação que se pode desvendar os problemas ocultos e explicitar as relações desconhecidas. (1986, p. 103)

Vale destacar que o processo de inserção para participação nas atividades cotidianas dos serviços de saúde abordados, apesar de autorizado pelos respectivos CEPs, era constantemente negociado com os pesquisados. Lembramos assim, que as condições de acesso às informações sobre o funcionamento desses serviços refletem as possibilidades e os



limites interpretativos explicitados na análise qualitativa subsequente. Nesse sentido, nos remetemos ao que diz Ruth Cardoso sobre o pesquisador: “[ele] é o mediador entre a análise e a produção da informação, não apenas como transmissor, por que não são fases sucessivas, mas como elo necessário” (1986, p. 101). Podemos assim dizer que esta dissertação também aponta para certa qualidade do “encontro etnográfico” (OLIVEIRA, 1998) possibilitada pela etnografia nos serviços de saúde, sendo esta uma especificidade do trabalho de campo que será destacada adiante.

### 3.1 Percurso metodológico

Esta pesquisa antropológica se valeu do método etnográfico aplicado ao contexto de dois serviços de saúde vinculados a dois hospitais do Rio Grande do Sul.

Os serviços foram escolhidos a partir das diferentes propostas de atenção aos usuários de drogas, sendo que um deles tem embasamento em perspectivas biomédicas e o outro em saúde comunitária. Por isto, os mesmos foram designados a partir dos modelos de atenção propostos: “modelo de atenção com ênfase hospitalar” (MAEH) e “modelo de atenção com ênfase psicossocial” (MAEP).

As duas instituições hospitalares que respaldam as unidades pesquisadas são referência no atendimento à saúde mental e oferecem, além da assistência aos usuários, formação e pesquisa aos profissionais de saúde através de residências, oficinas, cursos, seminários e palestras.

Do final de fevereiro de 2012 até o final de junho de 2012, realizei o trabalho de campo nos serviços de saúde referentes ao modelo de atenção com ênfase hospitalar, com regularidade de uma vez por semana, acompanhando o cotidiano de trabalho dos meus pesquisados durante, em média, seis horas por dia. A etnografia dessa instituição ficou marcada por um processo de transição, uma vez que a unidade voltada para o atendimento dos usuários de drogas, incluindo a internação e o ambulatório, sofreu mudança na localização geográfica, implicando em nova configuração de equipe e distinto processo de trabalho, embora a concepção sobre os usuários tenha se mantido. Pode-se dizer que das dezessete idas a campo, nove foram exclusivamente na “nova” unidade.

As duas unidades – antes e depois da mudança – estavam localizados em bairros centrais da cidade, mas continuavam vinculadas à estrutura do hospital. Tanto um espaço físico como o outro apresentavam aquele “branco hospitalar”, os corredores assépticos e alguns profissionais de jaleco circulando. Na internação, havia janelas grandes com grades e o

ambiente era silencioso; na sala de espera do ambulatório usuários e familiares conversavam enquanto aguardavam o atendimento, e nas salas de consulta havia uma maca, a mesa do profissional, o computador para acessar o prontuário eletrônico, duas ou três cadeiras e aparatos de atendimento.

A observação ocorreu através da participação das discussões de casos - “*rounds*”, reuniões de equipe, tutoria, consulta individual, atividades em grupo, preceptoria, seminários, conversas informais, tanto no contexto da internação como no do ambulatório. Nesse local, os diferentes profissionais se reuniam pelo menos três vezes por semana para discutir as situações dos internos, sendo que a condução dos encontros era realizada por profissionais da área médica; já no ambulatório, a situação e os encaminhamentos aos usuários eram direcionados a partir de tutorias dos psiquiatras durante a consulta. Os encontros eram realizados em salas maiores no mesmo ambiente de atendimento dos usuários.

Para as entrevistas individuais semiestruturadas foram escolhidos doze profissionais: quatro da Psiquiatria, dois da Psicologia, dois do Serviço Social, um da Enfermagem, um da Educação Física, um dos técnicos em Enfermagem e um dos responsáveis pela segurança do local. A escolha desses profissionais estava de acordo com a configuração da equipe ampliada, de modo que não havia necessariamente uma equivalência matemática, mas sim equivalência simbólica, através da qual o modelo biomédico era preponderante na decisão sobre a proposta de atenção aos usuários de drogas, conforme veremos adiante. Cabe enfatizar que desde quando iniciei o trabalho de campo na “antiga” unidade, os novos profissionais contratados/concursados – de algumas especialidades – para a “nova” unidade já estavam observando e atuando no atendimento a usuários, de modo que somente um dos que eu entrevistei já era vinculado à instituição, e todos os demais eram “novos” ali, mas com alguma experiência na área.

Já o meu ingresso nos serviços de saúde do modelo de atenção com ênfase psicossocial ocorreu do final de março até o fim do mês de junho de 2012. Como na instituição anterior, realizei o trabalho de campo uma vez por semana, durante em média seis horas diárias, totalizando quatorze saídas a campo. Essa unidade de saúde havia acabado de “passar” de dois para três turnos de atendimento e também de instalar seis leitos no mesmo local, configurando uma atenção aos usuários de 24 horas. Além da ampliação, havia uma previsão de mudança de local – um terreno maior e com uma quadra de esportes – que ainda não tinha se efetivado. Mesmo assim, houve mudança na configuração de trabalho, de modo que o que marcou essa etnografia foi justamente o processo de consolidação da ampliação do atendimento.

Essa unidade estava localizada em um bairro periférico da cidade, e não tão próxima do hospital de origem. Como em uma casa, a garagem se configurava na sala de atendimento aos usuários e familiares e o pátio no espaço de convivência e circulação dos profissionais. As salas de atendimento contavam com uma mesa, cadeiras e um computador e as salas de atividades em grupo contavam com várias cadeiras dispostas em círculo. Apesar do portão basculante, as portas do interior da instituição não eram fechadas à chave.

A observação nessa unidade de saúde ocorreu através das discussões de casos, reuniões de equipe, tutoria, consulta individual, atividades em grupo, preceptoria, seminários e conversas informais, tanto com quem estava nos leitos de acolhimento<sup>14</sup> como no atendimento ambulatorial. Havia uma reunião de equipe por semana, sendo conduzida pelos profissionais de nível superior; os demais encontros tinham regularidade quinzenal, e algumas discussões de caso eram realizadas informalmente pelos profissionais do turno.

Para as entrevistas individuais semiestruturadas foram escolhidos dez profissionais: dois da Psiquiatria, um da Psicologia, um do Serviço Social, um da Enfermagem, um da Terapia Ocupacional, dois técnicos de Enfermagem, um responsável pela segurança do local e um profissional de serviços gerais. Os profissionais foram escolhidos por corresponderem à configuração da equipe proposta pelo serviço de saúde em questão, de modo que essa equipe era menor que a representante do outro modelo e não estava centrada no atendimento biomédico.

O roteiro de entrevista com os profissionais das duas instituições concentrou-se nos seguintes itens: características sociodemográficas, experiência em trabalho com saúde mental, concepções sobre usuários de drogas, atendimento aos usuários de drogas e relação com a rede de atenção à saúde mental. Ainda havia um item sobre diferenças entre o atendimento psiquiátrico em geral e, em particular, dos usuários de drogas, entretanto, como as duas unidades de saúde abordadas eram especializadas no atendimento a usuários de drogas, nem todos os profissionais tinham experiência em instituições que atendiam separadamente esses dois públicos para considerar elementos contrastantes entre eles. De modo que, quando realizada a pergunta desse item, houve uma tendência de respostas considerando o atendimento aos usuários de drogas como um atendimento psiquiátrico, sem demarcar

---

<sup>14</sup> São leitos nomeados dessa maneira pelos serviços de modelo de atenção com ênfase psicossocial em referência aos leitos de repouso com finalidade de desintoxicação, nos quais os usuários podem ficar alguns dias, se essa for uma decisão deles junto com os profissionais de saúde.

diferenças claras. Logo, as respostas a essa questão foram deixadas de lado na maioria das entrevistas.

Chamou a atenção a transição das perguntas do item sobre as “características sociodemográficas” para “trabalho com saúde mental”, que solicitava aos pesquisados informações pessoais sobre o interesse na área da saúde mental até o trabalho atual naquela instituição. Esta questão foi chave tanto para iniciar a entrevista a partir da trajetória profissional entremeada à história de vida dos profissionais, fazendo com que os mesmos procurassem em suas memórias as vinculações pessoais ao tema que os levaram até ali – sendo mais um momento de elo entre o pesquisador e o pesquisado –, como para contextualizar, através das diferentes aprendizagens e atuações dos profissionais, as respostas em relação às concepções sobre os usuários de drogas. Conforme explicitado no trecho transcrito de diário de campo abaixo:

Dessa maneira é que começou a nossa entrevista, com um grau de intimidade de quem vai confidenciar para o outro. Começamos com bloco sociodemográfico, e é nesse momento que vem a trajetória profissional dela ficando evidente a “viagem” no tempo que a enfermeira faz para me esclarecer seus trabalhos anteriores. Em um segundo momento, ela me disse que não tem muitas experiências pessoais que a levaram para a saúde mental, mas depois as lembranças vão vindo à tona, e ela vai citando uma série de parentes que tiveram relação com drogas ou com quadro de doença psiquiátrica, fazendo com que ela mesma perceba nisso o seu envolvimento com a temática. Esta enfermeira também é alguém que mergulha no que diz, que conta com tesão, que parece estar contente de se pensar, de falar de si. Eu tento deixá-la à vontade, mas ainda às vezes atropelo sem querer, ou mudo de um assunto para o outro abruptamente, quando poderia aproveitar para aprofundar algumas questões. Eu fico preocupada em seguir o questionário, mas vejo que não será possível, pois no meio para o final vou ficando bem cansada e aquela parede amarelinha clara [da sala de consulta] do hospital atrás dela me deixa tonta. (Diário de campo, 30 de maio de 2012)

Dessa maneira, ainda que a dissertação não preveja um capítulo específico sobre o interesse pessoal na área da saúde mental e a trajetória de trabalho do profissional, esse material fez parte da análise e contribuiu para a qualidade dos dados. Levar em consideração os “jogos da memória” (ECKERT; ROCHA, 2000) acionados pelos entrevistados também significa aproximar-se das trocas sociais e simbólicas que constituíram e constituem os discursos e as práticas dos mesmos no atendimento de saúde. As lembranças atualizam a convivência com memórias sociais, individuais e coletivas que são negociadas, processadas e rearranjadas no discurso, e não apenas colocam em evidência pontos vividos no passado de forma nostálgica, assim como quem entrevista também direciona e intervém nesse rearranjo.

É preciso enfatizar que as entrevistas individuais com os vinte e dois profissionais foram marcadas e realizadas nas últimas idas a campo nos dois locais, de modo que, na maioria dos casos, este foi o meu último contato com eles. Todos quiseram ser entrevistados na própria instituição de trabalho, sendo que a maioria concedeu a entrevista em salas de atendimento. Os dois representantes da área de segurança das unidades deram a entrevista em seus postos de trabalho, assim como o representante dos serviços gerais. Um médico psiquiatra quis ser entrevistado na antessala do quarto do plantão médico e outros dois médicos concederam a entrevista em suas salas de pesquisa. O restaurante de uma das instituições também foi o local escolhido por uma técnica de enfermagem e uma médica psiquiatra. Somente dois dos pesquisados – um assistente social e um psiquiatra – pediram que a transcrição da entrevista gravada fosse enviada para eles por e-mail para avaliação. Entretanto, não houve retorno sobre a impossibilidade de uso das informações. As entrevistas duraram em média trinta minutos.

As observações participantes foram sistemáticas durante os turnos, acompanhando as atuações dos profissionais, de modo que através da aprovação do CEPs foi dado a mim livre acesso aos corredores das duas instituições.

Na instituição do modelo de atenção com ênfase hospitalar havia um cartão com minha foto, nome, matrícula, validade e descrição de “pesquisadora psiq” que me identificava e autorizava a entrar e sair do local; e quando eu não estava com o cartão, os seguranças da portaria vinham me questionar. Contudo, lá dentro, como os profissionais de ensino superior e de ensino médio da unidade utilizam jalecos ou uniforme e a mim não foi pedido a utilização desse traje, minha condição de estrangeira era identificada rapidamente pelos profissionais, usuários e familiares de usuários. Assim, uma das estratégias utilizadas para acessar a internação – que é chaveada – era acompanhar os profissionais, ou quando estava sozinha, esclarecer constantemente para os auxiliares administrativos que também portavam a chave e ficavam próximos da porta, o que eu fazia ali. O setor ambulatorial era mais acessível, depois de ingressar na instituição, uma vez que já havia ocorrido uma identificação formal no portão da unidade. Todavia, para participar dos atendimentos eu pedia autorização aos profissionais que coordenariam a atividade em grupo ou realizariam o atendimento do usuário e/ou familiares.

Já na instituição do modelo de atenção com ênfase psicossocial, fui alertada pela assistente social que me apresentou as dependências do local para não usar nenhuma identificação formal – como crachá ou jaleco –, pois ali se queria imprimir uma ideia mais “de casa” do que “de serviço de saúde”, deixando menos explícito quem era profissional e quem

era usuário. Entretanto, apesar de os profissionais de ensino superior não utilizarem essa identificação, os técnicos de enfermagem utilizavam jalecos e os representantes da segurança e dos serviços gerais usavam uniformes. Na fachada da unidade não havia identificação da unidade de saúde e os motivos dados pela assistente social para essa conformação eram de que: como ali era um serviço para atendimento de usuários de drogas, se o local tivesse identificação poderia causar constrangimento em quem busca atendimento, uma vez que o uso de drogas é discriminado pela sociedade; e o outro motivo era que muitos dos que permaneciam nos leitos poderiam ser procurados por cobradores de dívidas referentes às drogas, como os traficantes, e a identificação deixaria os usuários mais vulneráveis para serem encontrados. Como a unidade está afastada do complexo hospitalar a qual é vinculada, quem define a entrada e a saída dos profissionais, usuários e familiares da unidade são os seguranças que portam o controle do portão deslizante. Geralmente, eles já reconheciam os usuários e familiares que frequentavam semanalmente a unidade, entretanto, observou-se que pouco se questionava os novos usuários que já chegavam perguntando pela recepção ou pelo atendimento.

Tanto em uma instituição como na outra, para as consultas individuais perguntou-se aos usuários e/ou familiares sobre a possibilidade da minha observação, sendo que ninguém questionado recusou a solicitação. Ainda que a etnografia perpassasse constantemente pela negociação entre o etnógrafo e os pesquisados, havia uma relação de poder estabelecida no serviço de saúde entre quem era atendido e quem atendia. Nesse sentido, o segundo era percebido como alguém de detinha o “poder” de cura, pois estudou para isso e realizava suas condutas com esse objetivo; enquanto o primeiro vinculava-se ao serviço de saúde procurando a “cura”. De modo que, nesse espaço, eu era percebida pelos usuários e/ou familiares como alguém que atendia, ou melhor, que realizava uma pesquisa para melhorar o atendimento. Logo, seria difícil eles recusarem a minha participação no espaço do serviço de saúde.

Para as atividades em grupo, a minha condição de pesquisadora ficava evidente durante a apresentação de cada participante, pois eu me identificava com o nome e como aluna da Universidade Federal do Rio Grande do Sul que estava fazendo uma pesquisa sobre o cotidiano daquele serviço de saúde a partir do viés dos profissionais, de modo que não foi negada a observação em nenhuma das vezes. Cabe dizer que participei de algumas atividades, inclusive realizando as propostas programadas, como o relaxamento dado pelos educadores físicos, os jogos de cartas com os usuários no período de entretenimento, a produção de artesanato nas oficinas, o canto no coral, os almoços com os profissionais, entre outros,

sentindo “na pele” – ou no corpo, como prefere dizer Csordas (1998) – as experiências de atendimento/acolhimento oferecidas pelas unidades.

Porém, como geralmente os primeiros a autorizar ou não a minha observação participante foram os profissionais, por serem o foco da pesquisa e por terem mais informações sobre o projeto da dissertação, pode-se explicitar algumas dessas vezes em que foi negada a minha participação.

Foi o caso, por exemplo, da apresentação da “nova” unidade do modelo de atenção com ênfase hospitalar aos representantes de dois serviços de pronto atendimento que iriam encaminhar os usuários de drogas atendidos ali. Um dos médicos psiquiatras entendeu que minha participação não acrescentaria informações relevantes à pesquisa deixando implícita a negação da autorização. No mesmo local, um pouco antes de realizar a “entrevista dialogada” de uma usuária, que teria como público os residentes da Psiquiatria, outro médico psiquiatra pediu que eu não participasse por que já havia uma quantidade grande de residentes e um número maior poderia inibir a entrevistada.

Já na instituição do modelo de atenção com ênfase psicossocial foi comunicado a mim que a equipe entendia não ser possível eu observar uma reunião na qual se discutiriam os critérios de candidatura para a chefia do local. Também não fui autorizada a acompanhar a avaliação de turma de residentes multiprofissionais, com o argumento de que minha presença poderia constrangê-los. Ainda ali, uma das psicólogas deixou evidente que eu não poderia acompanhar consultas de viés terapêutico dos usuários mais antigos, porque isso poderia afetar o vínculo dela com os mesmos.

De modo geral, estas foram algumas dificuldades encontradas no trabalho de campo, mas que não impediram a pesquisa, uma vez que as informações relevantes para a definição do processo de trabalho dos profissionais tratadas nesses momentos de negação transbordaram os fatos ocorridos.

Pode-se questionar o receio dos profissionais pela possibilidade de constrangimento, uma vez que parece ser justificativa estratégica para impossibilitar à pesquisadora o acesso a informações, as quais eles julgam que possam ameaçá-los. Estando os profissionais no âmbito institucional, pode-se valer do que propõe Alba Zaluar (1986, p. 122) sobre o *métier* do antropólogo para sugerir que ele também vai “captar o rotineiro, o decisivo, o conflitivo, o que tem forma e o que não tem, o oficial e o espontâneo, o público e o privado”, podendo colocar em xeque o discurso oficial proposto pelo serviço de saúde. Assim, as limitações ao trabalho de campo eram justificadas pelos profissionais a partir do constrangimento dos usuários, entretanto se enfatiza que eram justamente esses profissionais, que tinham suas

práticas observadas, que pareciam constrangidos. Os usuários, de certo modo, estavam acostumados a serem observados por residentes, alunos, gestores, tendendo a perceber os “observadores”, inclusive eu, como profissionais de saúde do serviço.

As saídas a campo foram registradas em diários logo após os turnos de observação, sendo que para a maioria delas foram elaborados previamente roteiros de saída de campo, constituindo-se em uma das estratégias utilizadas para “chegar” às instituições e participar das atividades combinadas – e autorizadas – na semana anterior, ainda que o planejamento prévio estivesse sujeito a alterações. Cabe lembrar que devido à grande circulação de residentes, estagiários e alunos, minha observação também dependia de negociação com a agenda desses que, por sua vez, precisavam cumprir certo cronograma de atividades. Assim, os profissionais que conduziram os atendimentos se valiam dessa organização prévia para decidir quem participaria de cada atividade, de modo a não constranger os usuários com muitos observadores.

O material dos diários de campo e das entrevistas foi digitado e sistematizado através do programa para análise qualitativa MAXQDA 10, sendo categorizado de acordo com seu conteúdo, significado e contexto à luz do referencial teórico que orienta a dissertação. A partir desta análise realizou-se a produção textual, explicitando e discutindo os aspectos dos modelos de atenção aos usuários através do contexto nos quais eles ocorreram. Nesse sentido, o arranjo do texto foi um desafio com o qual me confrontei a fim de questionar como dar vida ao compósito de ideias transmitidas ao longo da pesquisa sobre o tema. Como cada serviço tem características específicas, uma vez que são estruturas diferenciadas de atendimento da rede de saúde mental, é a partir da abordagem comparativa, na qual o contraste é evidente, que me concentrei para apresentar a discussão sobre as concepções sobre os usuários de drogas, os atendimentos no interior dos serviços de saúde, os papéis dos profissionais em questão, escrutinando a temática da saúde mental através dos dados de pesquisa.

### 3.1.1 *Modelo de atenção com ênfase hospitalar*

A escolha da instituição como local de pesquisa ocorreu por se tratar de um centro de referência na área de dependência química, de modo que as pesquisas “de ponta” da especificidade temática estão atreladas à assistência dada. Os profissionais – na maioria das vezes, os médicos – são constantemente chamados para dar entrevista sobre o assunto nos meios de comunicação, uma vez que eles têm um alto índice de publicação em revistas acadêmicas e junto a outros pesquisadores do país propõem algumas “soluções” para



dependência química. Uma das psiquiatras explicou que este é um hospital voltado para o ensino e a assistência, e que os médicos da instituição podem trabalhar em pesquisas sobre os usuários de drogas como auxiliares, mas não são obrigados. Desse modo, a escolha do local foi estratégica para acompanhar o que estava sendo gerado de mais atual sobre o assunto e o que estava sendo proposto como tratamento aos usuários de drogas.

A unidade denominada pela sigla MAEH faz parte de um hospital-escola que oferece atendimento a diversas especialidades. Os três serviços voltados para área da Psiquiatria que integram seu funcionamento são a unidade de internação, o ambulatório e a residência médica nessa área. A “dependência química” – conforme denominação do hospital para o atendimento aos usuários de drogas – estava imbricada junto aos outros atendimentos da Psiquiatria, tendo quatro leitos na internação psiquiátrica, um ambulatório específico e residência psiquiátrica própria. Cabe dizer ainda que há um centro de pesquisa sobre *álcool e outras drogas* vinculado aos serviços através da parceria com a universidade. Sendo assim, essa primeira configuração institucional constituía-se por esses serviços – fisicamente próximos – voltados para a área de dependência química.

Considera-se relevante explicar a escolha do adjetivo “hospitalar” para identificar esse modelo de atenção. Os três serviços oferecidos estão vinculados e articulados à proposta de internação hospitalar, uma vez que ela funcionaria como auxílio aos atendidos no ambulatório e fonte de experiência obrigatória para os residentes em formação na área. Então, o atendimento aos usuários perpassa a internação, sendo um procedimento imanente no tratamento e um dos principais meios através do qual os usuários acessam essa instituição. Assim, justifica-se a nomenclatura atribuída à unidade, nesta dissertação.

Durante o trabalho de campo, soube que a instituição concorreu a um edital da Secretaria Nacional da Política sobre Drogas que previa a destinação de verbas para a ampliação dos serviços de atenção à dependência química quanto à assistência com fins de ensino, pesquisa e desenvolvimento de metodologias de tratamento e inserção social, de modo a aumentar a atenção tanto em relação aos leitos como às consultas ambulatoriais e a focar o atendimento aos usuários de crack. Como a instituição foi contemplada com o financiamento, em abril de 2012 a internação para os usuários foi transferida para outro local, e em maio o ambulatório também mudou. Um novo prédio a uns 100 metros de distância do hospital foi reformado e destinado para a “nova” unidade<sup>15</sup>. Pouco depois da inauguração ainda podia-se

---

<sup>15</sup> O local foi adaptado e reformado a partir de um hospital desativado, sendo que o financiamento teve parceria com o município.

ouvir marteladas no cimento, maçaricos ligados e a movimentação dos pedreiros para realizar os ajustes finais da obra.

Para destacar essa transição, apresenta-se o contexto institucional da “antiga” unidade e da “nova” unidade.

Assim, logo que iniciei minhas idas à “antiga” unidade, as equipes de atendimento já eram compostas por profissionais recém-contratados, mas que ainda estavam se integrando aos poucos à equipe. De forma geral, na “antiga” unidade a equipe da internação psiquiátrica era compostas por médicos psiquiatras (professores e contratados), residentes da Psiquiatria (residentes do primeiro e do terceiro ano), psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, educadores físicos, enfermeiros, todos recém-contratados e residentes multiprofissionais. As equipes se encontravam três vezes por semana em reuniões chamadas “*rounds*”, coordenadas pelos médicos psiquiatras, que avaliavam as informações passadas pelos residentes sobre os usuários, para discutir os casos com todos os presentes, em torno de uma hora, e afinar os encaminhamentos. Um exemplo dessas reuniões pode ser apreendido no trecho abaixo:

Primeiro, a residente da Psiquiatria apresentou o caso da paciente N., que estava internada, com quadro atual de depressão, comportamento antissocial e usuária de cocaína. Ela diz que em determinado momento N. ficou olhando fixamente para ela durante a consulta, e a residente tenta contar como reagiu, mas não consegue dizer. “Fiquei com...”, “Com medo!” completou o psiquiatra, em concordância imediata da residente. Este psiquiatra mediu e interpretou as falas dos residentes de modo a explicitar ainda mais a relação entre o profissional e os pacientes. A maioria dos presentes - outros profissionais - parecia já conhecer o caso de N, e aos poucos iam trazendo mais informações sobre a vida dela para o psiquiatra. Sabendo da gravidez de N., a psicóloga se questiona sobre o destino da criança, já que a mãe é percebida pelos profissionais como incapaz para a maternidade. Alguns dão palpite de que o pai vai assumir, outros acham que é a avó da criança que cumprirá esse papel. A equipe fala do pai da criança. Uma assistente social se lembra que foi ele que estimulou esta paciente a fugir de uma fazenda terapêutica e apresentou o crack para ela. Assim, o mesmo psiquiatra enfatiza “Que bom namorado esse!”, e todos riem. [...] A psicóloga enfatiza, através dos atendimentos que fez a esta paciente, que N. não consegue elaborar o afeto, chegando a concluir uma dificuldade de controle emocional. O psiquiatra pergunta para a psicóloga sobre os resultados das “testagens”, e ela explica que o teste X apresenta poucos traços antissociais da paciente, e acredita que N. tentou ludibriar os testes ao responder tudo direitinho. (Diário de campo, 5 de março de 2012)

Como é possível observar da situação descrita acima, eram os psiquiatras que possuíam maior legitimidade para avaliar e propor encaminhamentos aos usuários a partir das informações trazidas pelos residentes da Psiquiatria e complementadas pelos outros

profissionais. Ao final da avaliação de cada usuário internado havia também decisões em relação à prescrição de medicamentos, tomadas pelos médicos psiquiatras com os residentes. Alguns profissionais de outras áreas consideravam sua participação nas reuniões como oportunidades de aprendizado sobre os medicamentos e seus usos, ainda que os mesmos não interviessem, de fato, nas decisões. Entre os profissionais com mais legitimidade, os da área da Psicologia pareciam estar mais afinados com a avaliação dos psiquiatras, as interpretações e a companhia deles.

Na internação psiquiátrica, as portas ficavam trancadas, de modo que era preciso interfonar para que alguém viesse abri-las. Geralmente, eu chegava ao andar, atravessava a porta corta-fogo, onde havia algumas cadeiras de plástico, um hall de acesso aos três elevadores, uma porta sem identificação e outra nomeada como “internação psiquiátrica”. Era preciso bater na porta e me identificar para entrar, ou estar com os profissionais. Dentro da internação, os leitos dos dependentes químicos localizavam-se entre outros leitos psiquiátricos, salas de recreação e enfermaria. No outro corredor ficavam as salas para reuniões dos profissionais, onde ocorriam os “rounds”, seminários e entrevistas dialogadas, nas quais o médico psiquiatra entrevistava algum paciente que estavam em tratamento, tanto na internação como no ambulatório, sendo assistido pelos residentes da Psiquiatria. Não ficou evidente durante a observação quais eram as atividades programadas para os usuários ao longo da semana. Entretanto, houve menção à atividade de educação física realizada pelos educadores físicos e residentes multiprofissionais, oficinas de habilidades manuais com produção de artesanatos e saídas para passeios fora do ambiente hospitalar acompanhados pelos terapeutas ocupacionais e outros profissionais, além dos horários de visitação para recebimento de familiares e/ou amigos com o apoio de psicólogas e assistentes sociais.

Já o ambulatório para dependência química funcionava em apenas um turno de cinco horas uma vez por semana, e ali os residentes da Psiquiatria – do segundo ano – atendiam os usuários em consultas individuais e eram tutorados pelos médicos psiquiatras. Durante ou após as consultas, os residentes procuravam seus tutores para discutir os encaminhamentos:

Fiquei escutando ali no corredor as residentes da Psiquiatria serem tutoradas pela psiquiatra. A residente que tinha acabado de atender o R. veio conversar com a psiquiatra, pois disse que não sabia mais o que fazer, já que R. não chegava na questão do álcool e ela não queria “cortar” as longas histórias do paciente sobre sua profissão de dentista. Para ela, já havia se passado três semanas e ele não avançava. A sugestão da psiquiatra foi de traçar os “altos e baixos” dele com o uso de álcool relacionado à sua história de vida e aí confrontá-lo sobre os malefícios do álcool, conforme já tinham feito quando ele internou-se ali. Segundo a residente, R. é narcisista, e não compreende

que mora com os irmãos por causa da bebida e que deu vexame em festas. Assim, a psiquiatra também diz para trazer algum familiar a fim de confrontá-lo sobre as situações ruins vividas com o álcool de modo que R. reavalie sua opinião. Ele parece muito confortável onde está, e fica “usando” esse atendimento para contar suas proezas, como diz a residente. (Diário de campo, 19 de março de 2012)

Na observação participante, os corredores eram como “bastidores” do que acontecia nas consultas – e um ótimo local para a pesquisadora acompanhar os desdobramentos das mesmas. Para participar da conversa bastava estar próxima e direcionada para quem estava sendo tutorado. Após os encaminhamentos acordados, os que estavam ali emendavam outras conversas, que se relacionavam ou não com o serviço de saúde em questão, sendo essa uma maneira de participar da rotina e ter algumas conversas informais com outros profissionais que não passariam pela entrevista semiestruturada, bem como negociar a minha estada entre eles:

Os profissionais ficam ali no corredor conversando, porque às vezes o usuário falta ou tem que aguardar sala. Logo é um bom momento para eu conversar, tirar dúvidas e compreender os encaminhamentos dados tanto por residentes, quanto por psiquiatras e assistentes sociais. Então, diferente do que eu pensava no meu roteiro de saída de campo, eu não ficaria vendo o atendimento entre profissional e paciente, e sim ficaria nos bastidores junto aos profissionais, sem ter contato com o paciente (pelo menos por enquanto!). Essa situação me deixou meio confusa, mas depois eu fui vendo que haveria possibilidade de agendar com o profissional o atendimento que eu quisesse ver. (Diário de campo, 28 de fevereiro de 2012)

Nos corredores, os médicos residentes eram tutorados pelos psiquiatras. Narravam as situações de atendimento aos usuários durante as consultas e discutiam com os seus tutores os encaminhamentos para o tratamento. Os corredores também constituíam-se em locais estratégicos de aproximação com os pesquisados, possibilitando acompanhar conversas informais, observar que as relações entre eles extrapolavam o cotidiano do trabalho e acessar os médicos psiquiatras para aprofundar o que eles entendiam sobre “dependência química”, a aplicação de metodologias e dúvidas minhas sobre os encaminhamentos dados.

Aos poucos, os assistentes sociais se inseriram na proposta de atendimento, também tutorando os residentes, atendendo alguns usuários e/ou familiares no Departamento de Serviço Social e até realizando “visitas domiciliares”. Também era possível acionar o profissional da segurança do hospital no caso de alguma situação que pudesse oferecer perigo aos profissionais ou aos usuários. Como, por exemplo, uma vez que um usuário “desligado” da instituição por não cumprir o “combinado” após a alta da internação psiquiátrica insistia

em ser atendido por um médico psiquiatra. Assim, nessa “antiga” unidade, esses eram os profissionais que atuavam no ambulatório, sendo uma configuração que mudou significativamente quando o ambulatório foi transferido para outra sede.

É preciso enfatizar que o perfil dos usuários atendidos na “antiga” unidade, tanto no ambulatório como na internação, chamou a atenção por ser referente a casos “leves”, se comparado com o perfil traçado pelo alarde midiático sobre os usuários de drogas como o crack, de moradores de rua, envolvidos com a criminalidade e de comportamento agressivo, como aparecia nos jornais de maior tiragem no Rio Grande do Sul em 2011<sup>16</sup>.

Ali, naquela instituição, havia atendimento de usuários com diferentes dependências e patologias psiquiátricas: uma jovem que fazia uso de maconha e álcool e tinha um quadro de depressão; outra mais jovem ainda que usava álcool e tinha o comportamento *borderline* - “uma paciente antissocial, que não segue as prescrições do médico, que ninguém gosta e que é difícil de tratar”, como me explicou uma das psiquiatras; um senhor que bebia álcool e usava anfetaminas; outro senhor que era ansioso e bebia três térmicas de café e fumava três maços de cigarros por dia; um jovem universitário que experimentava crack depois de utilizar maconha com frequência; um rapaz que usava cocaína associada a um comportamento depressivo; entre outros. Podia-se inferir que esses usuários eram oriundos de uma classe média baixa, uma vez que muitos deles trabalhavam e tinham possibilidade de acessar medicamentos, transporte, estudos, diferente do perfil de usuário de crack que aparecia na mídia, como miserável, morador de rua, ou morador da periferia da cidade, sem acesso a serviços.

A especificidade no perfil de atendimento deixava implícito que os casos encaminhados passavam por uma seleção informal. Esse apontamento também foi enfatizado por um dos profissionais, pois qualquer filtro existente deixaria de qualificar a atuação dos profissionais da residência, sendo o ideal que eles atendessem os diversos perfis de usuários incluídos na dependência química durante a formação. Como reflexo dessa situação, alguns profissionais da equipe médica estavam apreensivos com a inauguração da “nova” unidade. A partir da mudança ficaria definido que os usuários acessariam a instituição pela central de regulação do município, que captava usuários provenientes de postos de atendimentos de duas zonas periféricas da cidade com “fama” de ter alto índice de tráfico e criminalidade, de modo que com a inauguração do “novo” local o perfil de usuários atendidos provavelmente

---

<sup>16</sup> Podemos citar, por exemplo, a reportagem “Filho da Rua” no jornal de maior tiragem no Rio Grande do Sul, que explicitava a “trajetória errante” de um menino morador de rua e consumidor de crack (DUARTE, 2012).

mudaria. Em determinada situação, observou-se que os psiquiatras com mais experiências na área instruíam outros psiquiatras para o atendimento dos novos pacientes:

A psiquiatra Ângela perguntou para a psiquiatra João o que fazer se chegar um paciente muito agitado, e a doutora recomendou deixá-lo bem sedado. Ângela perguntou ao psiquiatra Cláudio como é que eles fazem no outro local que ele trabalha. E ele diz que eles sedam, mas não muito, e após esse comentário os dois discutem algumas dosagens. Cláudio diz que “é só para melhorar a fissura e baixar a bola deles” e comenta que já tem uma dosagem padrão que cada profissional estimula e aplica nos pacientes. Angela diz que está ansiosa, e Cláudio diz que vai ser tranquilo e que não aparece mais muitos psicóticos [...] De repente toca o telefone. Ângela atende e diz que o paciente B. chega no início da noite. (Diário de campo, 26 de março de 2012)

A instituição vinculou-se ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, de 2010 (BRASIL, 2010). O atendimento na nova unidade se iniciou em abril de 2012 e deveria contemplar uma complexa estrutura hospitalar, ambulatorial e de centro de formação e pesquisa. Enquanto estive em campo, nos três meses seguintes após a inauguração da estrutura, acompanhei a implantação da unidade. Por observar as reuniões de equipe soube que o planejamento estrutural da “nova” unidade compreendia uma unidade masculina e uma unidade feminina, com 20 leitos cada, uma unidade infanto-juvenil para menores de 16 anos com 10 leitos, um ambulatório para dependência química, um Centro de Atenção Psicossocial para usuários de álcool, crack e outras drogas (CAPS-AD) e um centro de formação - residência e cursos para profissionais da área - e pesquisa - acadêmica e de excelência, contemplando o vínculo com a universidade.

Entretanto, durante o trabalho de campo acompanhei primeiramente a abertura da ala da internação masculina, do ambulatório para dependência química e da reestruturação do centro de pesquisa transferido para o local. Por isso, quando me remeto ao MAEH na “nova” unidade, refiro-me a esses três serviços transferidos da “antiga” unidade para o outro prédio. O primeiro serviço a ficar pronto foi o de internação. No mesmo dia de abertura, a equipe médica que aguardava o encaminhamento pela central de regulação recebeu a ligação sobre um usuário que chegaria na parte da tarde acompanhado dos familiares. Nesse primeiro dia seriam liberadas 5 vagas, das 20 disponíveis. Um dos médicos psiquiatras me explicou o fluxo de atendimento: primeiro a equipe médica realizava a triagem, depois a secretaria da própria unidade era acionada para organizar a documentação de entrada e então os enfermeiros realizavam as “revistas”.

Na “nova” internação psiquiátrica a equipe de profissionais era constituída por médicos psiquiatras, residentes de Psiquiatria, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos de enfermagem, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas e residentes multiprofissionais. O segurança da instituição podia ser acionado para “intimidar” e “conter” o usuário, dando suporte aos outros profissionais, e o apoio administrativo permanecia na recepção realizando, principalmente, os trâmites administrativos para “entrada” e “saída” dos usuários. Os profissionais de saúde se dividiam em quatro equipes multidisciplinares, de modo que cada uma se responsabilizava pelo atendimento de cinco usuários – chegando ao total de vinte internados – e realizava os “rounds” três vezes por semana. Entretanto, na nova organização, a equipe médica continuava coordenando as discussões a partir dos relatos dos residentes, mas como havia um número menor de profissionais médicos em comparação com profissionais de outras áreas, os últimos conseguiam expor suas opiniões e complementar os encaminhamentos. Abaixo temos um exemplo:

Enquanto o *round* se desenrola o mate passa. Eu aceito fazer parte da roda. É a residente de psiquiatra quem está servindo. O psiquiatra comenta que a enfermeira disse que os pacientes B. e L. não cumpriram algumas tarefas combinadas, por isso eles entendem que L. ficaria sem a visita dos amigos. A psicóloga diz que a visita é benefício de quem cumpre o combinado. A assistente social acha que é importante os irmãos virem na próxima visita, pois o paciente pode querer manipular os pais novamente nas outras visitas. A terapeuta ocupacional diz que acha L. muito vazio. A enfermeira pergunta quem vai supervisionar a próxima visita de L., e a psicóloga se candidata. O psiquiatra pergunta se ele já está usando algum estabilizador, e a psicóloga apesar de deixar claro que não entende de medicação, diz que pensou nisso para “baixar um pouco a bola dele”. O residente fala que B. já está usando uma medicação para ficar acordado. A outra residente de Psiquiatria sugere encaminhá-lo para ambulatório, e o outro residente acha que ele vai incomodar. A assistente social pensa em um CAPS-AD para ele, mas aí teria que ver onde é essa pensão que os pais arranjarão para ele, pois era bom que fosse próximo. Ela diz vai que agendar com a família do paciente para pensar esses encaminhamentos A psicóloga reconhece que B. teria indicação para CAPS-AD para ele ter uma rotina com atividades. A terapeuta pede para avisar todos os familiares de pacientes para trazerem tênis, pois a esteira chegará em breve e eles poderão usar. O psiquiatra fecha o caso. (Diário de campo, 9 de abril de 2012)

No novo prédio, os profissionais tinham lugares diferentes como referência: médicos psiquiatras, residentes da Psiquiatria, enfermeiros e técnicos de enfermagem ficavam no espaço da internação, onde havia uma sala de prescrição – com computadores –, uma sala de reunião e a enfermaria, lembrando que os profissionais da área médica dispunham de quartos

para ficar enquanto realizavam o plantão noturno; já os educadores físicos e terapeutas ocupacionais ocupavam outro espaço físico com sala para atividades físicas dotada de aparelhos modernos, sala para oficinas de artesanato, onde também se realizavam reuniões; enquanto os psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e residentes multiprofissionais ficavam em uma sala chamada de “sala multiprofissional”, onde havia computadores, uma sala de reuniões e armário para guardar objetos pessoais. Ainda que esses profissionais tivessem seus locais de referência, todos podiam atender e circular na internação psiquiátrica que era chaveada e possuía câmeras.

Dentro da internação havia três salas de atendimento individual, dez quartos com banheiro e duas camas, um quarto para pacientes em observação, uma sala de recreação, um refeitório, a recepção/secretaria acoplada à enfermaria e sala de prescrição da equipe médica, como já mencionado.

Estava em construção uma programação intensa para os internados, com inúmeras/várias atividades individuais e em grupo, tais como: as atividades físicas nos colchonetes ou nos aparelhos disponíveis, o relaxamento levando em consideração a “mentalização” de cores através da cromoterapia, a prática do Tai Chi Chuan, a realização de grupos de autoajuda a partir de impressão de material do site do Alcoólicos Anônimos<sup>17</sup>, a realização de cinco refeições diárias - café da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche noturno-, a escrita de um diário, os turnos de acesso à televisão (novela, futebol e outros), o lazer e os jogos, as visitas dos familiares e/ou amigos, além das diversas consultas com os profissionais. Observou-se que a programação era polêmica entre os profissionais; uns a compreendiam como excessiva e repetitiva, e outros a percebiam como necessária enquanto os usuários estivessem em tratamento.

Três semanas após a inauguração da internação psiquiátrica, o ambulatório para dependência química iniciou os trabalhos no novo prédio. A princípio, haveria dois dias de atendimento médico com turno de quatro horas, sendo que em um dos dias haveria atendimento psicológico através de consultas individuais e em grupos de usuários e/ou familiares. Entretanto, conforme os profissionais das diferentes áreas participavam das atividades do ambulatório, também propunham atendimentos.

Assim, aos poucos, foi se estruturando um novo planejamento para consultas individuais com os assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos, terapeutas ocupacionais e nutricionistas, a partir do encaminhamento do médico. Essa conformação

---

<sup>17</sup> A coordenadora deste grupo é a enfermeira da instituição. Ela utiliza as mensagens e o material disponível em sites de referência nacional sobre alcoólicos anônimos, inclusive estimulando o uso dos “dozes passos”.



representou uma diferença marcante da anterior, uma vez que esses profissionais não estavam inclusos nas consultas ambulatoriais. Entretanto, no início ainda era a equipe médica que fazia a primeira avaliação do usuário e encaminhava para os outros profissionais. Isso gerou uma reivindicação desses outros profissionais, de modo que eles também pudessem identificar, através das reuniões de equipe, quando os casos poderiam ser atendidos por eles, sem precisar de determinação médica. Deste modo, ficava evidente a disputa da equipe multiprofissional frente aos profissionais médicos, tencionando reformulações no modelo de atenção.

Assim, destacamos algumas continuidades e mudanças significativas na configuração das atividades dos profissionais no novo prédio. Tanto os médicos psiquiatras como os residentes da Psiquiatria acompanhavam os usuários através de consulta individual, analisando sintomas, propondo tratamento, encaminhando para outros profissionais da unidade ou para consulta em outra especialidade e prescrevendo medicação. Todavia, os psiquiatras tutoravam os residentes, de modo que cabia aos primeiros participar do “*round*” e das atividades em grupo, coordenar seminários, realizar entrevistas dialogadas, além de produzir e selecionar material técnico para a formação dos profissionais na área. Conforme já estava estabelecido anteriormente, os residentes se concentravam nos atendimentos aos usuários e familiares, na participação do “*round*” e discussão de casos e desenvolviam as atividades propostas na residência.

Os profissionais da área da Psicologia passaram a atender não só os usuários da internação psiquiátrica – como era feito no “antigo” prédio –, mas agora também no ambulatório, através de consultas individuais, acompanhamento das visitas e atividades em grupo com os usuários e familiares, de modo que aos poucos esses profissionais se aproximavam das orientações dos médicos psiquiatras através do discurso psicanalítico, e conferiam assim, maior poder de atuação na instituição. A condução e a coordenação das últimas atividades em grupo no ambulatório geralmente eram realizadas pelos psicólogos, sendo que algumas vezes um dos psiquiatras participava para fazer algumas colocações. O relato abaixo evidencia uma destas atividades em grupo:

Fiquei por ali no hall do ambulatório. Os pacientes vão chegando. V. chega com sua filhinha, e a assistente social dá um papel para ela desenhar enquanto o pai vai participar do grupo. B. também chega com a família e depois T. Enfim, são os pacientes que estavam na internação, e retornaram para o atendimento ambulatorial. Todos se encontram e conversam. A N. também chega ali para consulta médica, e a mãe dela conversa um pouco com a assistente social ali mesmo. A residente da Psicologia conversa com os pacientes na porta da sala onde será reunido o grupo para saber como foi a semana fora do hospital. Chega o horário das 14h, e é a psicóloga que

coordenará o grupo de usuários e familiares. Pergunto a ela se posso participar, e ela diz “vamos ver!”, mas eu vou entrando na sala, dizendo boa tarde a todos e sento em uma cadeira no círculo. O local estava lotado. Logo depois chega o psiquiatra, que diz que participará dos grupos quando puder. A psicóloga pede para que os mais velhos expliquem aos mais novos o objetivo da reunião, e assim começa. Primeiramente são os pacientes que começam falando de como está sendo a saída dali, que a família está doente e por isso é importante que todos venham ali, até para saber como lidar com o usuário de drogas. A psicóloga reforça essa questão da participação dos familiares na reunião como relevante para “adesão ao tratamento do usuário”, dizendo que o grupo sente falta quando alguém falta. Mas tem pacientes que estão sozinhos ali, e acho que isso pode incomodá-los, como no caso de D. que queria que sua mãe viesse, mas como ela trabalha e não quis faltar, ele veio sozinho. A psicóloga vai partindo da própria fala dos pacientes e convidando novas pessoas para falar, depois amarra as questões descritas enfatizando a importância de aderir ao tratamento.

O psiquiatra tem o tempo todo uma postura professoral, propõe as perguntas, mas não olha no rosto das pessoas, enquanto elas estão desabafando. Ele olha para o chão como se estivesse computando em sua mente o que a pessoa diz. (Diário de campo, 11 de maio de 2012)

Assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos e terapeutas ocupacionais não estavam autorizados a participar dos grupos, mas realizavam atendimento no hall do ambulatório, enquanto esperavam suas salas de atendimento ficarem prontas, já que o local ainda estava em reforma, para propor outras atividades. Anteriormente, somente alguns usuários eram encaminhados para o atendimento com os assistentes sociais, entretanto, com a mudança de local e de processo de trabalho os encaminhamentos de um profissional para outro passavam a ser sistemáticos entre todas as especialidades. No ambulatório, o atendimento ao usuário e/ou familiar passou a ser realizado no mesmo espaço físico – e não em um setor específico, como era antes –, sendo que agora havia horários na agenda para o atendimento individualizado. De modo geral, cabia aos assistentes sociais realizar o atendimento em consultas individuais com usuários e/ou familiares, agendar turnos para as visitas domiciliares, articular contato com familiares e outras instituições da rede de atenção de saúde, participar do “*round*”, da discussão de casos e da produção de material teórico.

Enquanto estive em campo, a atuação dos profissionais da Enfermagem estava mais consolidada na internação do que no ambulatório. Entre os internos, eles administravam a medicação, coordenavam algumas atividades de grupo e individual, realizavam atendimentos individuais, desenvolviam mecanismos para controle e manutenção da saúde dos usuários; enquanto isso, os técnicos de Enfermagem estavam mais próximos dos usuários, participando de atividades de lazer nesse espaço físico, avaliando constantemente os sinais vitais dos usuários e fornecendo a medicação, conforme o prescrito. A cada troca de turno acontecia a

“passagem”, na qual os profissionais que estavam saindo repassavam as informações para os que estavam entrando, durante uma reunião de quinze minutos. Já no ambulatório, os técnicos de enfermagem tinham como principal atividade a realização da coleta de material junto aos usuários para a realização do teste de uso de drogas na semana da consulta. O resultado do teste era informado aos médicos psiquiatras e residentes de Psiquiatria e discutido tanto no atendimento individual como no “*round*”. Os enfermeiros ainda não tinham atuação evidente, mas se preparavam para atuar em atendimento individual e atividades multidisciplinares em grupos de formação futura, e enquanto isso, se apropriavam da rotina e dos que frequentavam o local.

Os educadores físicos e terapeutas ocupacionais ampliaram sua atuação na “nova” unidade e compartilharam um espaço comum, ao lado da internação psiquiátrica, para a realização das atividades com os usuários. Nesse local havia uma mesa para desenvolver atividades manuais, uma academia com aparelhos para atividades físicas com colchonetes, elásticos, televisão, espelhos, mas eles também podiam utilizar a sala de recreação que ficava dentro da internação para as práticas de relaxamento. Embora na “antiga” unidade ainda não houvesse sido definido a atuação desses profissionais no ambulatório, havia uma previsão de que eles realizariam atividades em grupo. Os profissionais reivindicavam que essas atividades fossem realizadas tanto no âmbito hospitalar quanto no espaço da rua, o que gerou algumas indefinições na articulação desses profissionais. Na minha última ida a campo, observei que J. tinha sido encaminhada pela psiquiatra para atendimento com a nutricionista do ambulatório na semana seguinte, de modo que, aos poucos, percebia-se que os profissionais não médicos disputavam espaços na programação disponível aos usuários.

É relevante enfatizar que os assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos e terapeutas ocupacionais participavam dos “*rounds*” e da discussão de casos. Entretanto, percebia-se que as informações trazidas pelos mesmos eram interpretadas como complementares – pelos demais participantes – como explicitava a equipe médica e da área da Psicologia. Ainda que a configuração profissional do atendimento na área da dependência química tivesse um viés multiprofissional, a inserção dos mesmos parecia perpassar a condução e organização da equipe médica. Cabe dizer que será analisada a especificidade de transição do modelo de atenção com ênfase hospitalar, sendo um movimento que não é apenas uma reconfiguração interna, mas também explicita uma reestruturação da rede de atenção aos usuários de drogas na cidade, e quiçá no estado do Rio Grande do Sul.

### 3.1.2 Modelo de atenção com ênfase psicossocial

A unidade denominada pela sigla MAEP é um Centro de Atenção Psicossocial para o atendimento a usuários de álcool, crack e outras drogas (CAPS-AD) pertencente a uma instituição hospitalar. Seu funcionamento iniciou em uma residência próxima ao hospital, no ano de 2004, com atendimento no turno da manhã e da tarde para uma área determinada da cidade. Em 2008 a unidade se mudou para outra residência mais afastada do hospital, mas com maior espaço físico. Em 2010, a partir do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas<sup>18</sup>, a instituição formulou um projeto para ampliar a unidade e tornar o atendimento 24 horas.

Assim, a partir de outubro de 2010 a equipe passou de 12 para 42 profissionais, implantou seis leitos de acolhimento, sendo três femininos e três masculinos, com atendimento no turno da noite, permanecendo em funcionamento aos finais de semana. Após a ampliação normativa, houve uma ampliação de atendimento, com a unidade recebendo em média 400 usuários por mês, de modo que a instituição procurava uma nova residência para se mudar. Entretanto, por dificuldades nos trâmites burocráticos, ainda que o local tivesse sido escolhido, até o último dia do meu trabalho de campo a mudança física não havia ocorrido. Também é importante dizer que essa unidade se valia da parceria com outros espaços para manter-se atuante, tais como a Associação de Moradores de um bairro próximo, que permitia o uso da quadra para a realização de atividades físicas e jogos de futebol; a Rádio Comunitária da região para realização de um programa semanal desenvolvido pelos usuários e os residentes multiprofissionais; a praça de um bairro próximo para atividades de caminhada, esporte e alongamento ao ar livre, entre outros.

A unidade pesquisada constitui-se em uma unidade de atenção secundária, uma vez que realiza consultas individuais e em grupo, tratamento ambulatorial e dispõe de leitos “de acolhimento” em um ambiente aberto – representando uma concepção diferente da proposta de internação, conforme será analisado nos capítulos seguintes.

Cabe enfatizar que este é um serviço singular no Estado – por ser um dos primeiros implantados, por ser específico no atendimento a usuários de drogas e por ter um porte amplo. É comum que o local receba visitas de outras instituições de regiões próximas e até mesmo de outros estados do país, assim como visitantes pontuais como gestores, profissionais de saúde e alunos em formação.

---

<sup>18</sup> O mesmo plano que possibilitou a criação de outros serviços para o atendimento de usuários de drogas na área da saúde mental, como o edital que contemplou o modelo de atenção com ênfase hospitalar.

Os usuários chegavam a partir do encaminhamento realizado por profissionais da atenção primária, ou porque passavam por atendimento hospitalar ou porque iam diretamente ali. Assim, essa unidade institucional designa-se como de “portas abertas” e isso é bastante enfatizado pelos profissionais, como fica explícito na conversa com um dos seguranças registrada em diário de campo:

Ele conta que cada trabalho é diferente, e por isso mesmo diz que ali teve que ser mais diferente ainda, pois não pode revistar ninguém, não pode confrontar ninguém (no máximo falar com o técnico de gerência da pessoa) e tem que anotar todo mundo que chega e que sai. Ele diz que outro dia não quis abrir o portão para um rapaz que queria entrar na instituição e foi repreendido por isso. Ele cita muito o enfermeiro, que administra o local, dizendo que ele explicou que ali é um serviço de saúde e que todos os pacientes devem ser atendidos, pois se eles estão buscando tratamento podem chegar ali como quiserem. (Diário de campo, 5 de maio de 2012)

Entretanto, algumas regras de atendimento eram definidas pelos profissionais, bem como em relação à participação do usuário e dos familiares no cotidiano da instituição. A instituição está direcionada para quem procura cuidados de saúde, e esse é um critério para o atendimento. Observou-se que alguns usuários, moradores de rua, iam apenas para tomar banho e se alimentar, mas essas eram situações pontuais, identificadas através daqueles que em algum momento tiveram atendimento de saúde na instituição.

Ainda que se trate de uma unidade única, ela apresenta um atendimento complexo com consultas individuais e em grupo para usuários e familiares; com atividades ao longo do dia, de modo que os usuários utilizam o espaço como um hospital-dia, ou seja, participam das atividades cotidianas no espaço do serviço de saúde e depois retornam para suas residências; e com formação de profissionais, uma vez que ali vão alunos de unidades de ensino parceiras e da residência multiprofissional da própria instituição.

A escolha dessa unidade para a pesquisa foi estratégica, uma vez que sua concepção ocorre em um contexto no qual surgem os serviços substitutivos à internação hospitalar, visando a desinstitucionalização dos usuários da rede de saúde mental – como propõe a Reforma Psiquiátrica. É nesse sentido que a proposta do modelo de atenção com ênfase psicossocial contrasta com a atenção dada aos usuários de drogas a partir de instituições que se baseiam no modelo de atenção com ênfase hospitalar. E interessa compreender os elementos que compõem os dois modelos de atenção, ter mais clareza das suas contiguidades e agrupar os serviços voltados para atendimento comuns aos dois a partir da configuração de unidade.

Os profissionais que compõem a equipe do modelo de atenção psicossocial são os médicos psiquiatras, os enfermeiros, os psicólogos, os assistentes sociais, os terapeutas ocupacionais, os educadores físicos, os residentes multiprofissionais, os técnicos de Enfermagem, os representantes do apoio administrativo, os responsáveis pela higienização e os vigilantes. Por ser uma unidade de saúde “separada” do complexo hospitalar em questão – estando quase em outro bairro –, os profissionais e os usuários recebiam café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar através de uma empresa terceirizada, cujos profissionais entravam no local várias vezes ao longo do dia para trazer e buscar as refeições.

Enquanto estive em trabalho de campo nesse serviço, os residentes multiprofissionais do primeiro ano passavam dois meses em cada serviço da rede de saúde mental. Assim, durante a observação pude acompanhar duas turmas compostas por dois profissionais de diferentes especialidades. Quem os tutorava, tanto durante as participações em consultas individuais como nas atividades em grupos, eram os profissionais de nível superior. Os residentes podiam trazer propostas para realização de atividade em grupo, participar do convívio com os usuários no espaço da unidade e observar os atendimentos individuais. Já o residente multiprofissional do segundo ano escolhia uma das unidades de serviço de saúde mental para passar um ano inteiro, de modo que nesse ano já realizaria atendimentos individuais, tendo mais autonomia na discussão de caso e participando da articulação da temática de saúde mental nas unidades básicas de saúde próximas.

Uma vez por semana havia a reunião geral de equipe com a maior parte dos profissionais, vindo até mesmo outros profissionais que faziam a interlocução da unidade de saúde com a administração do hospital. Entretanto, nunca observei a participação dos representantes da higienização, que nesse dia e horário lavavam os assoalhos da unidade, enquanto o vigilante cuidava da segurança do local. A pauta das reuniões perpassava questões administrativas, propostas de mudanças nos processos de trabalho, planejamento de ações desenvolvidas na unidade, algumas discussões de caso, apresentação de colegas, avaliação do atendimento, entre outros. Diferente do modelo de atenção com ênfase hospitalar, a condução das reuniões era realizada por qualquer dos profissionais de nível superior e não apenas pela equipe médica. Somente alguns casos mais “difíceis” eram escolhidos para serem discutidos nas reuniões semanais com a equipe multiprofissional, como evidencia o relato abaixo:

A psicóloga pede a palavra para falar de um caso complicado: K. Ontem ela atendeu um telefonema da coordenação do hospital falando que o pai deste rapaz de 27 anos queria falar com enfermeiro. K. é gerenciado pela assistente social, e o enfermeiro entende que não deve interferir muito nessa

relação, ainda que ele seja responsável pelo serviço, e deve se expor somente quando a questão for administrativa. A questão é que K. teria uma visita da assistente social, nesta quinta na parte da tarde, onde ele está internado, mas o pai dele ficou sabendo que K. teria alta ainda pela manhã. A psicóloga entendeu que o pai estava com dúvidas do que fazer com o filho após a alta e por isso queria orientações. Segundo o pai, ele não teve retorno das informações pedidas por telefone para a equipe. A psiquiatra fazia a ata da reunião. A psicóloga diz que o pai faz intriga entre as pessoas da equipe, falando mal de um para o outro, tentando causar desentendimento entre eles. Parece que K. não tem motivação para se tratar e já passou por várias internações, sendo que o pai dele acaba pedindo a alta do rapaz durante o “tratamento”. A psicóloga diz para equipe que dará o retorno ao pai, mas que ele é um pai angustiado, permissivo, que deixa o filho usar crack em casa. A outra psicóloga entende que é o pai que estimula essa dependência do filho, como se o pai fosse dependente da dependência do filho. Segundo ela, o pai cede, não cumpre as combinações feitas com equipe, deixa o filho ir sozinho, não vem nas atividades, responsabiliza a equipe pela dependência do filho e depois quer ser aconselhado. Essa psicóloga comenta que K. é magro, de aparência chocante, e está envolvido com o tráfico. Para ela, seria mais plausível fazer um atendimento em equipe para essa família, do que só ter uma gerente de atendimento, como está a assistente social com este caso. Assim, ela tentaria “despessoalizar” essa relação e focar mais em termos da “equipe do serviço de saúde”, porque os profissionais estão se sentindo ameaçados e em risco. E isso é o que fica decidido. (Diário de campo, 5 de abril de 2012)

Os casos considerados difíceis eram aqueles que o técnico de referência estava em dúvida em relação aos encaminhamentos, pois tentara algumas propostas que não “funcionaram”. Além disso, o envolvimento de outros profissionais se tornava relevante quando o usuário e/ou os familiares explicitavam que foram passadas informações desencontradas. Essa situação tendia a gerar tensão entre a equipe, por isso a explicitação do caso na reunião geral e o encaminhamento conjunto era uma saída encontrada para “resolver” os casos. Outra questão que estava enquadrada nesses casos ocorria quando, na visão dos profissionais, os pais eram permissivos com o uso de drogas dos filhos, mas culpabilizavam os funcionários do serviço de saúde pela dependência química, como se eles tivessem que impor a “cura” para o usuário.

Muitos usuários chegavam encaminhados por outros serviços de saúde ou vinham por indicação de alguém que conhecia o serviço. O vigilante encaminhava o usuário para a recepção, e este aguardava até ser chamado. Para a primeira consulta, havia um técnico de referência do turno – que podia ser um profissional da área de Medicina, de Psicologia, de Enfermagem, de Terapia ocupacional ou de Serviço social –, que ficava imbuído de acompanhar o tratamento do usuário na instituição. Na primeira consulta era preenchida uma

ficha, passando a constar na pasta do usuário o nome, telefone, dados sobre os usos de drogas, ocupação/profissão, uso de medicamentos, envolvimento com criminalidade, e outros pontos. A partir desse atendimento, o usuário já era encaminhado para participar de um determinado grupo, se ele continuava usando drogas; ou de outro grupo, caso ele já estivesse um período abstinentes. Outros encaminhamentos também eram combinados no primeiro dia, como a participação nos grupos e a consulta seguinte. Caso o técnico de referência percebesse relevância de encaminhar este usuário para outro profissional, como o médico, o psicólogo, o assistente social, o terapeuta ocupacional ou o enfermeiro, ele mesmo realizava o encaminhamento.

É preciso destacar que cada profissional de nível superior embora tivesse formação específica em uma área, quando estava no papel de técnico de referência seguia um protocolo comum de atendimento referente ao preenchimento da ficha, ao questionamento das motivações que levaram os usuários até ali, ao estabelecimento inicial de vínculo e aos encaminhamentos. Entretanto, quando o técnico era um profissional da área médica já podia pedir exames e prescrever medicamentos, caso assim fosse avaliado, conforme o exemplo abaixo:

A psiquiatra está com o prontuário de P. na mão, pois ali não tem prontuário eletrônico. Será o primeiro atendimento dele, e é a doutora quem fará este acolhimento. Parece que ele acabou de sair de uma internação por causa de uma hepatite alcoólica, e que ele também teria uma insuficiência renal. A psiquiatra pensa que talvez o encaminhamento dele seja simples, como ela diz, e convida a residente de saúde mental para fazer o acolhimento junto, mostrando a ficha que deve ser preenchida nessa consulta. Primeiro, todos se apresentam, e a acompanhante diz que é vizinha dele e está dando uma força para ele, já que ela também consulta lá. A residente vai perguntando alguns dados da ficha para P., e algumas respostas é a acompanhante que dá. Ela diz que nas internações anteriores ele tinha como diagnóstico a síndrome do pânico e depressão. Foi casado três vezes, e diz que após a última mulher ter “dado um pé na bunda”, ele passou da cerveja aos finais de semana para tomar cachaça, pois isso tirava ele de uma certa timidez e um isolamento, em que pelo menos ele conseguia conversar com o pessoal do bar. Ele também descreve comportamentos psicóticos, como ver coisas e ouvir vozes. Desde a crise de hepatite alcoólica, que ele diz ter suado muito, não bebeu mais, entretanto fuma um maço de cigarro a cada dois dias e por dez anos ele chegou a consumir cocaína. Ainda na consulta ele se percebe tremendo, talvez por um processo de abstinência, mas está calmo, respondendo as perguntas, com o olhar um pouco catatônico, dizendo estar motivado para parar de beber. A psiquiatra percebe a complexidade da questão e retoma o atendimento para perguntar sobre as medicações que ele toma atualmente. Logo ela prescreve outra medicação para não prejudicar ainda mais o fígado e o rim. A residente vai buscar alguns comprimidos para A. iniciar já o tratamento. E como o paciente já está há tempos sem usar o álcool, ele fica indicado para o Grupo X, que acontece nas segundas-feiras. É encaminhado



para fazer os exames. E depois consultará novamente com a psiquiatra dali 15 dias. (Diário de campo, 13 de abril de 2012)

De modo geral, percebeu-se que as discussões de casos ocorriam principalmente nos espaços informais, como corredores, na cozinha durante os almoços e nas salas de atendimento. As relações entre os profissionais de nível superior das diferentes áreas pareciam estar estabelecidas a partir do turno comum e não propriamente da especialidade. Todavia, os profissionais da Enfermagem – tanto os enfermeiros, como os técnicos de Enfermagem – realizavam reuniões diárias entre eles, de cerca de dez minutos, para fazer a “passagem de turno” e com isso passar as informações aos outros profissionais que acompanhariam a situação de saúde e o comportamento de cada usuário acolhido no leito, ou outro usuário que passou alguma situação que demandasse cuidados específicos.

Através da observação, percebeu-se que os técnicos de Enfermagem utilizavam jaleco sugerindo, assim, que havia especificidades no atendimento realizado por esse profissional aos usuários, de modo que como os técnicos distribuíam a medicação e a refeição, avaliavam os sinais vitais dos usuários, estavam em contato constantemente com eles, essa poderia ser uma maneira de demarcar a referência do atendimento. A informação é relevante, pois conforme foi apresentado anteriormente, os profissionais de ensino superior não utilizavam jaleco justamente para descaracterizar o atendimento em serviço de saúde, sugerindo que ali a concepção de acolhimento envolvia outros simbolismos presentes no cotidiano de atendimento.

Nesse sentido, os profissionais de nível superior demarcavam sua atuação no espaço através do saber e poder da prescrição e tratamento ao passo que os funcionários de nível médio precisavam se diferenciar dos usuários e demarcar-se fisicamente no espaço.

Na instituição, o usuário podia ser acolhido, ou vinculado, ambulatorialmente de três formas: o modo intensivo, no qual o usuário passava o dia todo no local participando das atividades do dia; o modo semi-intensivo, no qual o usuário passava parte do dia ou somente alguns dias no local; e o modo não intensivo, no qual o usuário realizava consultas e atividades pontuais. Destaca-se que o local oferecia aos usuários café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar, além do espaço do pátio para lazer, descanso, e conversas informais. Algumas atividades aconteciam em outros locais, como a associação de bairro e em uma rádio comunitária, sendo que uma Kombi da instituição levava certo número de usuários ao local, e quando acabava a atividade, os buscava.

Dentre as atividades semanais, havia os grupos para desenvolver atividades manuais, artesanato e pintura; a questão da musicalidade através do coral; discussões sobre temas atuais e elaboração de matéria para o jornal do bairro; atividades de educação física e de relaxamento; sobre tabagismo; e de preparação para o final de semana. Duas outras atividades em grupo eram direcionadas conforme a marcação de gênero: uma para homens, e outra para mulheres, sem necessariamente demarcar a faixa etária dos mesmos. Como já foi comentado, outros dois grupos eram destinados àqueles usuários que passavam pela primeira consulta, sendo que um era para quem já estava abstinente, e o outro para quem ainda não estava. Essas atividades em grupo eram exclusivamente para os usuários vinculados, mas também havia um grupo em um dos turnos da semana para os familiares e amigos dos usuários vinculados, que podiam acessar esse serviço. Eram profissionais de nível superior das diferentes áreas que coordenavam e conduziam os grupos, geralmente em dupla, sendo possível a participação de outros profissionais, conforme explicita o relato abaixo:

A assistente social e a psiquiatra já estavam ali na sala, aguardando os familiares. Eu, uma técnica de Enfermagem e o residente de saúde mental iríamos participar também. Algumas mães começam a chegar. Todo mundo se apresenta, e os profissionais também. Primeiro começa o depoimento da irmã contando que o irmão saiu da internação, e que ele parece bem, mas que ela está atenta para dar o apoio que ele precisar. Logo depois uma mãe se apresenta e conta um pouco da sua história, dizendo que foi ali para achar uma saída, por que não aguenta mais essa tal de “recaída”. Ela conta que está pensando em mudar para um sítio, a fim de levar o filho e o marido, e pergunta para o grupo se é isso que ela deve fazer. É uma situação complicada, pois esta mãe está bastante angustiada e não sabe como vai lidar com a situação quando o filho sair da fazenda que ele está “internado”. O clima é tenso, a assistente social explica que ela tem que colocar limites, negociar com o filho, mas mostrar algumas condições, e através de um exemplo, diz que deve tratar o filho como uma criança, pois ele não sabe o que é melhor para ele. Entretanto, esse exemplo de “criança” é criticado indiretamente pelos outros participantes, pois a irmã enfatiza “ele não é mais uma criança, ele é um adulto”. O residente pede a palavra e diz que ela deve conversar com o filho, “jogar limpo”, para ver se ele também quer morar no interior, senão não irá adiantar nada, pois como todos enfatizam a droga está em todo lugar e não há como fugir. A mãe pergunta se a recaída é uma doença ou se é sem-vergonhice, e a assistente diz claramente que é uma doença, explicando que a falta de algumas substâncias no cérebro, que são produzidas pela droga, pode gerar uma doença crônica. Percebo que antes disso, a psiquiatra tenta jogar a questão para o grupo “Será que é uma doença?”, mas a assistente social já coloca dessa forma, e sai falando. A mãe vai se acalmando e diz que está muito confusa, de modo que foi ali procurar respostas com pessoas estudadas. (Diário de campo, 6 de junho de 2012)

Nessa unidade de saúde, também era possível permanecer nos leitos de acolhimento entre 7 e 14 dias, de acordo com avaliação do profissional e do usuário, sendo esta uma

proposta alternativa à internação hospitalar. Os usuários ficavam em quartos abertos, podiam sair na calçada da instituição para fumar cigarros de tabaco e para realizar passeios, mas deviam seguir algumas combinações. Ali havia três leitos femininos e três leitos masculinos. A equipe de profissionais decidia os critérios para a ocupação desses leitos, de modo que era preciso o usuário estar vinculado à instituição há algum tempo e estar sendo acompanhado durante o tratamento. Desse modo, observar os aspectos preconizados pelo atendimento 24 horas me permitiu compreender um pouco mais da consolidação dessa ampliação da atenção aos usuários de drogas a partir do modelo de atenção com ênfase psicossocial.

### 3.2 Quando o campo é o serviço de saúde

A escolha pelo serviço de saúde como local empírico de pesquisa não foi uma escolha aleatória, mas uma opção cheia de reafirmações e justificativas, uma vez que para “entrar” ali havia trâmites burocráticos, olhares desconfiados e passos observados. Apesar dos serviços serem designados como públicos, eles se constituem em instituições de saúde que se inserem em uma rede de atendimento organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, esta pesquisa também estava à mercê dos mecanismos regulatórios que prevêm a inserção de pesquisadores nesses espaços.

Com a definição dos locais de pesquisa, foi preciso a autorização dos responsáveis pelos serviços de saúde em questão. O contato por e-mail realizado com o representante do modelo de atenção com ênfase hospitalar possibilitou que ele acessasse o projeto, explicitasse que o projeto utiliza um “conceito diferente” do que eles usam em relação ao atendimento aos pacientes, mas que isso não limitaria a execução do estudo, dando, na sequência, aval para os encaminhamentos necessários através da instituição.

Já com o representante do modelo de atenção com ênfase psicossocial foi possível marcar uma reunião para explicitar os pontos principais do projeto de pesquisa e pedir a assinatura dele – como exigido pelo CEP da instituição – para realizar os encaminhamentos previstos. Ele considerou que o projeto contava com um “olhar sensível” para a discussão dos usuários de drogas na rede de atenção em saúde mental, e concluiu que a pesquisadora poderia sistematizar e registrar a experiência dessa instituição a partir do trabalho proposto. Após a negociação inicial com os representantes, o projeto de dissertação foi submetido à avaliação dos Comitês de Ética das instituições, junto com o protocolo da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), e assim que aceito, iniciou-se o trabalho de campo.

O contexto da etnografia foi a cidade, sendo esta “antes o lugar da investigação do que seu objeto” (CARDOSO, 1986, p. 19). Apesar de a pesquisadora estar inserida neste contexto urbano, os desafios de pesquisa não foram menos complexos do que uma etnografia clássica, na qual o local empírico é desconhecido ao etnógrafo, mas englobaram outros elementos que constituem a problemática do tema. Nesse sentido, dar conta de uma etnografia da cidade é levar em consideração a atual sociedade complexa moderno contemporânea que expõe os indivíduos a experiências múltiplas, contraditórias e fragmentadoras (VELHO, 2003).

A familiaridade com a língua estava limitada à compreensão das “categorias nativas” utilizadas pelos profissionais dos serviços de saúde, os quais acionavam termos que lhes eram próprios para a prática do *métier*, de modo que a especificidade da linguagem a partir desses termos biomédicos expressava categorias operadas e reproduzidas pelos profissionais do serviço de saúde. Assim, a qualidade do “ouvir” (OLIVEIRA, 1998) em campo se configurou como estratégia para estranhar, compreender, destrinchar os aspectos envolvidos na relação de interação. A elucidação dos significantes abarcados nesses termos dava pistas das concepções de saúde/doença sobre os usuários de drogas. Termos corriqueiros como “uso” e “abuso” ganhavam outras associações, como explica o psiquiatra do modelo de atenção com ênfase hospitalar: “quem usa bastante substância e tem muitos problemas é um dependente químico, quem usa pouca substância e tem muitos problemas sofre de abuso e quem usa pouca substância e tem poucos problemas, faz o uso recreativo”.

Os meandros dos discursos e das práticas nos serviços de saúde ganham *status* de legitimidade. Como ressalta Paula Machado (2008, p. 110), o contexto hospitalar é um “espaço de legitimidade social e científica”, no qual o etnógrafo deve estar atento às “verdades” que por lá circulam, desconfiando dos discursos que se supõem neutros e homogeneizantes. Nesse sentido, o que acontece e é dito nesse espaço também tem implicações do aparato institucional vinculado, da formação dos profissionais, das vivências pregressas, e principalmente do contexto social, o qual a temática das drogas – como o crack – tem se destacado na mídia, nas discussões políticas e na conformação das políticas públicas.

De todo modo, enfatizou-se nas participações que os observados eram os profissionais de saúde em interação com os usuários e/ou familiares no âmbito do serviço de saúde em questão. A antropóloga Laura Nader (1974) destaca a importância de estudarmos também “para cima”<sup>19</sup>, na tentativa de destituir a dicotomia “cultura exótica” e “cultura legítima”. Portanto, um dos desafios dessa pesquisa se refere à sistematização de instâncias

---

<sup>19</sup> Referência ao estudo de camadas médias e altas, como os profissionais de saúde representantes da “cultura legítima”, e não apenas o estudo das camadas populares representante da “cultura exótica”.

diferenciadas, que transforma a relação do antropólogo com o profissional de saúde, sendo ele oriundo das camadas médias altas, e que tem certa legitimidade para propagar “verdades” na sociedade, como os cientistas. Entretanto, aos poucos, antropólogos e outros profissionais têm ocupado esses novos espaços como campos de pesquisas, e cada vez mais as áreas das ciências humanas se aproximam da discussão sobre as ciências biológicas a partir dos estudos sobre o que é produzido pela ciência.

Esse interesse da pesquisadora em entender como a Ciência estava “resolvendo” a atenção aos usuários de drogas, no âmbito da rede de atenção da saúde mental, gerava suspeita dos profissionais em relação a minha posição sobre a temática. Tendo em vista o contexto da discussão proporcionado pelas ideias da Reforma Psiquiátrica e os apontamentos das questões polêmicas nos atendimentos para os usuários de drogas, havia uma desconfiança de como as falas, as interações e a proposta de atenção seriam apresentadas no texto a partir dessa conjuntura. No âmbito dos serviços de saúde, os espaços formais de discussão de casos estavam cheios de “não ditos” que, muitas vezes, eram retomados em conversas informais entre os profissionais nos corredores das instituições, durante os almoços e em outros espaços de convivência. A participação da antropóloga durante essas conversas “entre afins” não era evidente, e, muitas vezes, tornava-a deslocada entre os profissionais de saúde. Entretanto, assim como essa participação aparecia como “indiferente” em determinados momentos, em outros era logo evidenciada e explicitava a não possibilidade de participação.

Por outro lado, estar em um espaço de atendimento do serviço de saúde me permitia ter contato com os usuários durante os momentos de lazer, refeições, atividades, locais de convivência e mesmo pela circulação no mesmo espaço. Essa não foi uma preocupação evidente quando eu estava na “antiga” unidade da instituição do modelo de atenção com ênfase hospitalar, pois a proposta de acompanhar a rotina dos profissionais no turno de atendimento fazia com que eu ficasse mais nos “bastidores” do que “em cena” – nos atendimentos, nas consultas e nos grupos. Entretanto, quando iniciei o trabalho de campo na instituição do modelo de atenção com ênfase psicossocial as questões referentes a minha relação com os usuários vieram à tona. Diferente de alguns pesquisadores que foram estudar essa temática, uma vez que já tinham experiência com redução de danos ou estudos de população de rua (DOMANICO, 2006; RUI, 2012) e pouco estranharam essa aproximação com os usuários de drogas, eu tinha muita curiosidade e alguns receios, conforme relato no diário de campo:

É difícil não ter preconceito em um lugar desse. Cada um que eu olhava já pensava alguma coisa: esse deve ser usuário de crack, aquele deve ser usuário de álcool, esse é paciente daqui, aquele é profissional. No hall de entrada, o homem que aguardava comigo tinha piercing na boca, uns 30 anos, tatuagem no pescoço, um outro saía da porta onde ficam os dormitórios masculinos, e era meio gordo, de óculos escuros, barba por fazer, boné; e um senhor que foi pegar café, entrou cumprimentando a todos, e conversou com o segurança. Onde eu tinha me metido? (Diário de campo, 30 de abril de 2012)

Aos poucos fui percebendo que o meu contato com os usuários e familiares que circulavam nesses serviços de saúde se refletia na qualidade dos dados registrados, inclusive para compreensão das concepções dos profissionais. Os usuários de drogas são, muitas vezes, percebidos como “estigmatizados”. E realizando esta etnografia, pude compreender que o estigma também está associado à condição social desses, já o uso de drogas aparece associado a diversas outras questões. Meu objetivo também não era de compreender como eles percebiam o atendimento que recebiam nos serviços em questão, embora isso tenha aparecido nas duas instituições através de frases como “os profissionais são ótimos” ou “eu prefiro assim ou assado”. Enfim, cabe dizer que foi na convivência com usuários e usuárias no âmbito dos serviços de saúde que pude também repensar a temática das drogas.

Na instituição do modelo de atenção com ênfase hospitalar, foi somente na “nova” unidade que me aproximei dos usuários através da participação de grupos e das programações “livres” sob o olhar dos profissionais tanto na internação, como no ambulatório. Já na instituição do modelo de atenção com ênfase psicossocial, como os usuários circulavam pela maioria dos espaços e também saíam dali para realizar atividades em outros locais, pude conversar e conhecer um pouco mais das histórias de vida desses e inclusive participar de momentos jocosos:

D. e A. que jogavam “pifê” com P. ali na salinha do pátio me convidaram para jogar também. Eles se arriavam um no outro. P. foi acusado de estar roubando nas cartas e seria por isso que ele teria ganhado duas vezes. D. escutava música no celular quando arrumava suas cartas. L. estava deitada no colchonete tentando dormir, e ouvindo nosso papo. H. também dormia no colchonete ao lado. Quando P. saiu, eu vou jogar no lugar dele, e até acabo ganhando uma partidinha. De onde eu estava, eu avistava o profissional da higienização limpando o pátio e o banheiro de fora. Fiquei ali mais um pouco, brinquei com ele. Enquanto jogávamos, A. e D. aproveitaram para tirar sarro comigo, pois o Corinthians havia perdido para o Grêmio, e assim ia. Quando percebi que o horário do almoço se aproximava, subi na cozinha e fui almoçar com os profissionais para depois participar como ouvinte do grupo a tarde. (Diário de campo, 11 de junho de 2012)

O início do trabalho de campo em serviços de saúde não é evidente, e algumas perguntas se tornam cada vez mais latentes: de onde observar enquanto acontecem os atendimentos aos usuários? Quando é possível realizar perguntas para os profissionais de saúde? Como compreender os termos técnicos utilizados? Quais estratégias para as conversas informais dos profissionais? Como se comportar em uma reunião de discussão de caso?

Nos espaços destinados a tutoria, reuniões, aulas e discussões entre os profissionais de saúde, a pesquisadora se valia do caderno de campo para registrar falas, comentários, apontamentos e até anotar termos recorrentes, sendo que não era uma prática destoante, pois alguns profissionais também registravam as informações circuladas ali. Já durante a maioria dos atendimentos aos usuários, dos grupos de usuários ou família e das atividades de lazer fui aconselhada pelos profissionais que coordenavam as atividades para não utilizar o caderno de campo, uma vez que os usuários e/ou familiares compreendiam aqueles serviços como espaços onde as histórias de vida associadas à questão das drogas seriam como confidências dos que lá estavam. Logo, registrar o que era dito, poderia tornar os segredos desses usuários disponíveis, colocando-os em situação de constrangimento.

As sistematizações metodológicas aludem ao lugar do pesquisador “no hospital”, destacando as especificidades da observação nesses contextos e em meio a essas negociações para participar de reuniões de equipe e atendimento a pacientes, que influem diretamente na produção dos dados etnográficos.

#### 4 CONCEPÇÕES DE SAÚDE/DOENÇA SOBRE USUÁRIOS DE DROGAS

Este capítulo tem como objetivo analisar as concepções de saúde/doença que os profissionais da saúde possuem acerca dos usuários de drogas. Pretende-se compreender os valores e a visão de mundo acionados nessas concepções e de que forma eles interferem no atendimento desses usuários.

Os dados analisados a seguir são provenientes das entrevistas realizadas com os profissionais que atuam nas duas instituições pesquisadas, sendo também completados ou contrastados com as informações da observação participante. Partiu-se de um tópico específico do roteiro de entrevista referente às concepções dos profissionais sobre a questão do uso das drogas, que questionava “por que os sujeitos usam drogas”. Levou-se em consideração que dentre esses profissionais há aqueles com formação de nível superior na área da saúde - Medicina, Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física - e de nível médio/técnico – enfermagem, administrativo, segurança e serviços gerais, que diferem na forma de atuação nos serviços de saúde em questão.

Nesse sentido, é através das concepções sobre questões concernentes ao uso de substâncias psicoativas – as drogas – que houve uma aproximação das representações sobre os usuários e o atendimento a eles na rede de atenção à saúde mental. O uso do conceito de representação social é relevante para se compreender o conjunto de construções sociais envolvidas na noção de doença, que supõe tratamento de quem (ab)usa de drogas. Esse entendimento está pautado em uma definição médica de doença como “entidade”, destacando sintomas e sinais de alterações fisiológicas “anormais” que pressupõem a realização de diagnóstico e tratamento apropriado (HELMAN, 2003).

Há um questionamento em voga na sociedade ocidental – sistematizado pelos relatórios da United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC)<sup>20</sup> – sobre “por que os sujeitos usam drogas”. Políticas antidrogas mundiais se aliam às leis a partir de um consenso moral sobre o uso de drogas como maléfico (ZALUAR, 1994; VARGAS, 2001), e assim, as explicações sobre esse uso vêm carregadas por definições interessadas. Becker, em uma perspectiva sociológica, afirma que o hábito de usar drogas é constituído por meio de processos interativos de aprendizado e de inserção em grupos sociais. A partir dessa premissa ele tenta refutar algumas pesquisas sobre comportamento desviante que compreendem o uso

---

<sup>20</sup> Agência das Nações Unidas que apóia os países como o Brasil na implementação de acordos sobre a questão das drogas. No *World Drug Report* de 1997 há uma parte dedicada às teorias e às interpretações sobre o uso de drogas ilícitas, que sistematiza e pluraliza as hipóteses correntes na sociedade (UNODC, 1997, p. 44-64).



de drogas como “resultado de algum traço que o predispõe ou motiva a se envolver nesse comportamento” (BECKER, 2002, p. 51). Esta questão é localizada social e historicamente, e as políticas públicas de saúde também repercutem essa discussão em suas diretrizes e ações.

#### 4.1 Por que os sujeitos usam drogas

A partir da questão “ao quê você atribui o uso de drogas”, dirigida aos profissionais que atuam nas duas instituições pesquisadas, sem explicitar quem fazia uso, a maioria respondeu citando exemplos de atendimentos aos usuários nos serviços de saúde e destacando suas aprendizagens sobre o tema através da atuação profissional. Somente quatro dos entrevistados – uma assistente social, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e um vigilante – responderam fazendo referência ao uso de drogas por conhecidos, parentes próximos ou por si mesmo. Entretanto, quando falaram de si, as drogas eram ‘legais’, como o tabaco e o álcool, e quando falaram de parentes ou conhecidos citavam drogas consideradas ‘ilegais’ como a maconha, cocaína e crack.

De modo geral, os profissionais da Medicina, da Psicologia, do Serviço Social, da Enfermagem, da Educação Física e da Terapia Ocupacional iniciavam a explicação sobre o uso de drogas dizendo ser uma questão “multicausal”, “complexa” e de “várias facetas”. Todavia, as respostas dadas eram curtas e descreviam alguns fatores considerados determinantes para o uso. Tais fatores podem ser agrupados em três categorias que se relacionam entre si: biológicos/genéticos, englobando questões biológicas, patológicas e comportamentais; sociais/ambientais, a partir da inserção social, no ambiente e na família; e psicológicos/individuais, referindo-se à escolha sobre o uso de drogas e à relação do sujeito com o mundo. Muitas vezes foi citado que “cada caso é um caso”, mas todos os entrevistados tinham sistematizações esquemáticas para compor as explicações sobre a questão das drogas, dando complexidade ao tema.

##### 4.1.1 Fatores biológicos/genéticos

Os profissionais de saúde se referenciam no CID-10 e no DSM-IV para classificar o uso de drogas como doença, nomeada de *dependência química*. Como nos lembra Herzlich (2005), a representação da doença fornece pistas para compreender o que é imposto socialmente e o que ultrapassa uma única área do conhecimento – a Medicina – informando sobre questões relevantes da sociedade. Para reforçar este ponto, Marc Augé (1982) lembra

que a doença tem uma dimensão social que inclui outros aspectos, não sendo apenas a preocupação de uma disciplina que estabelece um uso estratégico na intervenção pautada em uma relação de causa e efeito: ela está enraizada no corpo que sofre. Desse modo, deseja-se aproximar da representação social sobre essa doença a ponto de compreendê-la como prolongamentos sociais de um corpo que experimenta diferentes sensações.

Tanto os profissionais do modelo de atenção com ênfase hospitalar como os do modelo de atenção com ênfase psicossocial citaram o fator biológico como um dos motivos do uso de drogas. Entretanto, foram os profissionais da área da Psiquiatria do modelo de atenção com ênfase hospitalar que elaboraram, de fato, uma explicação mais detalhada considerando as relações desse com outros fatores. Entre esses profissionais parece haver posições semelhantes sobre como os fatores biológicos podem determinar o uso de drogas, de modo que eles não apenas citaram, mas se detiveram a explicar em suas falas os aspectos genéticos, hereditários ou biológicos que envolvem a motivação do uso de drogas.

Nesta instituição, os psiquiatras são os que têm legitimidade entre os outros profissionais para explicar o uso de drogas baseados em evidências científicas<sup>21</sup>, de modo que nas entrevistas são eles os que fazem referência ao fator biológico como algo preponderante e que pode predispor o sujeito ao uso de drogas. Um dos psiquiatras dessa instituição afirmou que “existe um forte componente biológico, orientado por elementos genéticos, que explica por que uma pessoa ao experimentar uma substância vai gostar dela”.

Tanto a internação quanto o atendimento ambulatorial estão condicionados à primeira consulta com profissional da Psiquiatria. É a partir daí que os encaminhamentos aos usuários são propostos, ainda que posteriormente os fluxos seguintes possam ser discutidos em reuniões. Deste modo, são os psiquiatras que “primeiro” avaliam e destacam os fatores biológicos envolvidos na *dependência química*, através da realização do diagnóstico dos usuários. Para Rosenberg:

No ato do diagnóstico, o paciente é necessariamente objetificado e recriado em uma estrutura de conceitos patológicos integrados e de poder social institucionalizado. Uma vez diagnosticado, aquele *self* definido doença, burocrática e tecnicamente alienado, agora existe no espaço burocrático, um simulacro próspero em um ambiente nutrido de dados agregados, softwares, procedimentos burocráticos, planos de tratamento aparentemente objetivos. (2002, p. 257)

---

<sup>21</sup> Estes realizam e coordenam pesquisas científicas, uma vez que estão vinculados a um Hospital-Escola, atuando não apenas como no atendimento clínico, mas também como pesquisadores da área, inclusive através de um núcleo de pesquisa.

A partir dessa identificação inicial, os fatores biológicos que envolvem o uso de drogas passam a ser reconhecidos pelos outros profissionais. Esses fatores são “genéticos”, a partir de uma predisposição do organismo; e de “comorbidades”, quando a dependência química está associada a algum transtorno psiquiátrico<sup>22</sup>. Percebe-se que há uma combinação de fatores motivadores, entretanto os fatores biológicos são explicados como desencadeadores da possibilidade do uso de drogas, conforme explicita a psiquiatra:

Então, assim, a pessoa com pouca predisposição, mas com o ambiente muito desfavorável acaba evoluindo para problema com droga; uma pessoa com muita predisposição com pouco problema externo também pode acabar desenvolvendo em função da predisposição. Mas pensando na predisposição... pode ser tanto uma coisa de uma predisposição direta para o uso de drogas quanto, assim, bom a pessoa tem uma comorbidade psiquiátrica que aí não trata e acaba usando [drogas]. Tendo mais chances de usar drogas. Desde déficit de atenção, depressão, transtorno bipolar. Então a pessoa que tem uma comorbidade psiquiátrica não tratada vai ter mais chances de ter problema com drogas ou até, assim, aquelas pessoas que já tem um tipo de comportamento mais impulsivo, mais de busca de novidade, de ter que ter adrenalina, pessoas que também tem uma tendência maior a se envolver com drogas. (MedPsiq Carine, MAEH)

Esses aspectos são reconhecidos como possíveis “desencadeadores” da motivação do uso de drogas que levam à *dependência química*, uma vez que o fator biológico alia-se aos fatores sociais e individuais em um contexto multifatorial de uso, e podem ser potencializados por eles. Assim, percebe-se que a *dependência química* não possui “instrumentos de precisão”, como exames, termômetro, raio-X, para ser delimitada de maneira objetiva através dos critérios da sua manifestação, apesar de ser possível identificar o *uso* de drogas através de teste urina. Entretanto, o diagnóstico passa pela avaliação do profissional que observa os usuários na consulta e, posteriormente, aplica questionários validados cientificamente no exterior, na tentativa de identificar códigos nosológicos a partir de uma suposta “neutralidade moral” (ROSENBERG, 2002) chegando até a conclusão da doença.

Assim, os psiquiatras do modelo de atenção com ênfase hospitalar parecem atribuir maior relevância para o fator biológico envolvido na motivação para o uso de drogas, enquanto os psiquiatras do modelo de atenção com ênfase psicossocial citam a “questão genética”, as “comorbidades” e as “patologias” como associações envolvidas na motivação do uso, embora não se detenham às explicações desse fator como preponderante, sugerindo importância menor para ele. Para os psiquiatras do modelo de atenção com ênfase

---

<sup>22</sup> São transtornos reconhecidos pelo DSM – IV, como: transtorno bipolar, transtorno depressivo, transtorno obsessivo compulsivo, transtorno da personalidade antissocial, transtorno de déficit de atenção, entre outros.

psicossocial, o fator biológico também é levado em consideração, contudo ele não aparece como maioria dos casos (há mais chances), e sim como minoria (algumas pessoas), conforme acredita a psiquiatra da instituição, “algumas pessoas tem alterações cerebrais que vão ter uma predisposição no sentido do uso da droga vir a desenvolver uma dependência”. Nessa instituição, o fator biológico não parece ser preponderante, uma vez que a percepção sobre a *dependência química* sugere que ela seja desencadeada por outros fatores, como veremos adiante.

Também é relevante explicitar que as identificações dos fatores parecem se relacionar com a forma de atendimento institucional. No modelo de atenção com ênfase psicossocial, a primeira consulta do usuário é realizada pelo *técnico de referência* do turno, que é um dos profissionais de nível superior da área da Psiquiatria, da Psicologia, da Enfermagem, do Serviço Social ou da Terapia Ocupacional, de modo que esse usuário é encaminhado para consulta psiquiátrica – se não for a psiquiatra que estiver neste turno – na própria instituição, se o técnico identificar algum uso de medicação indevida, desconfiar de comorbidade ou o usuário desejar, sendo essa última situação negociada com o profissional. As consultas seguintes são decisões do técnico de referência que primeiro o atendeu ou de conversas informais entre os profissionais de nível superior. Assim, a partir da observação participante, percebeu-se que muitos usuários tinham consultas marcadas com profissionais da área da Psiquiatria em algum momento do tratamento, entretanto não eram todos que passavam imediatamente pelo médico. Este pode ser um dos indicadores de como os fatores biológicos são percebidos de modo diferente pelos profissionais das duas instituições, uma vez que os psiquiatras do modelo de atenção com ênfase hospitalar têm preponderância no atendimento, e conseqüentemente nos diagnósticos iniciais, evidenciando mais os fatores biológicos, enquanto que os psiquiatras do modelo de atenção psicossocial estão mais diluídos entre os outros profissionais, fazendo com que os apontamentos de caráter biológico não tenham tanto destaque.

De forma geral, os profissionais das diferentes áreas nas duas instituições citaram – mas não aprofundaram – a influência do fator biológico na motivação do uso de drogas e, na seqüência, será analisado como eles se apropriam da configuração biomédica dos fatores biológicos. Os termos mais utilizados pelos profissionais de ensino superior e médio/técnico para se referirem a esse fator foram: “coisas genéticas”, “elementos genéticos”, “aspecto genético”, “vulnerabilidade genética”, “gene disparador”, “DNA”, “neurotransmissor”, “depressão”, “bioquímica do corpo”, “coisa emocional”, “predisposição”, “comorbidade psiquiátrica”, “déficit de atenção”, “transtorno bipolar”, “adrenalina”, que em combinação

com outros fatores, de acordo com eles, podem contribuir com a determinação desse uso. Entretanto, não há identificação clara nos discursos desses profissionais de como se operacionaliza o fator biológico para desencadear o uso de drogas.

Esses termos estão associados ao reconhecimento de que o uso de drogas é uma doença, sendo que ela concentra, reduz e localiza elementos expressos a partir de um corpo biológico que pode desencadear o uso de drogas. A apropriação da explicação biomédica para a *dependência química* pelos outros profissionais das duas instituições é evidente, e é principalmente na comparação entre outras doenças que esses profissionais parecem mais a vontade para elucidar as características que envolvem o reconhecimento da *dependência química*. De modo que o uso de drogas passa a ser percebido como doença em si e assemelhada às outras doenças crônicas, desenvolvida em um contexto multifatorial. O relato de um dos entrevistados explicita este ponto:

Bom, a dependência química ela é uma doença. Ela é uma doença tanto quanto diabetes é, tanto quanto hipertensão é ou qualquer doença da saúde pública. A gente tem que entender por que algumas pessoas adoecem e outras não. Porque se eu não sou um dependente químico, e eu me estimulo com álcool, com maconha, com crack, com cocaína, a chance de que eu seja somente um usuário ou um abusador ela é muito grande porque eu vou conseguir fazer as minhas coisas durante a semana, eu vou usar isso em uma festinha, de vez em quando, porque meu organismo não vai sentir a falta. Algumas pessoas que usam álcool viram alcoolistas, por quê? Porque esses são dependentes químicos e isso é uma doença. Isso está pesquisado e provado. Outras pessoas não, outras pessoas são simplesmente abusadores ou usuários. (Enf José, MAEP)

Se há um desencadeamento da doença a partir da combinação de fatores, podemos enfatizar que a instalação da doença é apontada a partir da diferenciação entre *uso* e *abuso*. O primeiro é reconhecido como ocasional e o sujeito controla esse uso, entretanto o segundo é percebido como mais frequente e o sujeito ficaria à mercê do uso, destacando assim o *abuso* como doença, como também explicita a terapeuta ocupacional da mesma instituição: “algumas pessoas perdem o controle sobre isso, e isso se torna intenso, contínuo, diário e daqui a pouco as coisas vão se perdendo até o ponto do desespero”. Nesse sentido, essa diferenciação vai ganhando contornos mais evidentes, e as respostas dos profissionais não médicos do modelo de atenção com ênfase hospitalar evidenciam pontos comuns:

O uso recreativo é um uso esporádico, mas é um uso que não traz prejuízos maiores. Como o próprio nome diz ocorre eventualmente e a pessoa não se coloca em situações de risco. Seja de possíveis acidentes no trânsito, de

exposição moral. Então essas coisas são mais preservadas. A pessoa não tem problemas maiores em função do consumo de algum tipo de substância. Já o uso nocivo né, o abuso de substância, nesse setor, nesse quadrante acontece de a pessoa, sim, ter problemas já relacionados a isso né. Então ela usa abusivamente e se coloca em situações de risco. Ela não consegue dosar o que pode e o que não pode. Às vezes, esse uso abusivo se mistura com o problema dependência química e por isso que é importante uma história clínica bem coletado, uma anamnese bem coletada, chamar também a família para verificar esses pontos aí para gente identificar se é um uso abusivo ou se já tá indo pra uma dependência química. (Psi Patrícia, MAEH)

Ou seja, há uma relação intrínseca entre a noção de *abuso* que leva ao reconhecimento da *dependência química*, evidenciando os fatores biológicos característicos da doença como a falta de controle sobre o corpo. Junto a essa questão, as concepções dos profissionais de saúde acerca do uso de drogas acionam ainda outros elementos, como a ideia de “agência da substância” enquanto determinante da dependência ou não do usuário. É esse poder de agência que determina que algumas substâncias possam potencializar um padrão de uso mais frequente, insistente e prejudicial.

Tanto os profissionais de nível superior como de nível médio/técnico do modelo de atenção com ênfase hospitalar são os que mais reconhecem que um componente “químico” ou componente do “efeito” da substância pode desencadear a doença. De modo que há uma compreensão geral evidenciada pela técnica de enfermagem: “o que vicia depende da droga também... depende do que tem na substância, de componente químico pra te viciar”. O crack aparece com maior propensão para a *dependência química* em relação às outras substâncias, conforme explicitam os relatos:

O crack torna a pessoa dependente semanas ou meses. Então tem a questão da capacidade da própria droga, de a substância que tu usa causar a dependência né, Então, o crack para uma pessoa com não muito fator de risco, ela se torna dependente rapidinho, ela não precisa de muito fator de risco, nem muita predisposição, o fato de ela usar já tem uma grande chance de ela se tornar dependente (MedPsiq Carine, MAEH)

O crack que é a droga que a gente trabalha é uma droga que nivela todo mundo não interessa se tu é rico, se tu é pobre, se tu é classe média tu vai acabar na rua (Enf Gabriela, MAEH)

Eu acho que o crack é uma substância que ela vicia muito rápido. Ela é barata né, R\$5 uma pedra, só que o efeito é muito rápido daí por isso que eles se viciam mais rápido, porque usou o crack dois minutos depois tem que estar usando pra sentir a sensação de novo (TecEnf Alice, MAEH)

Essa diferenciação separa o crack de outras substâncias como álcool, maconha, tabaco, ao enfatizar as potencialidades de “degradação” do sujeito, de rapidez para desencadear a dependência e de acessibilidade econômica. Nesse sentido, também se elucida o crack como substância, ou objeto, que imputa sua “agency” (HARAWAY, 1995) sobre o corpo, de modo que há uma relação de dominação sobre os sujeitos, levando-os ao descontrole, ao vício e à destruição após os primeiros usos. Nesse sentido, a motivação do uso de drogas pode ser desencadeada por uma predisposição biológica, entretanto a *dependência química* é potencializada pela substância usada. Ao mesmo tempo que a droga “vicia”, os profissionais das duas instituições levam em consideração o *prazer* causado pela substância, acionando uma das motivações para o uso:

As pessoas só ficam dependentes de drogas porque droga possui efeito prazeroso. Ninguém fica dependente de droga que dá efeito ruim. Isso não existe.” (MedPsiq Antônio, MAEH)

Como se tu através da droga tu vai ter o prazer imediato que teoricamente, o crack é imediato mesmo aquele prazer. (AssSoc Júlia, MAEH)

Dá uma sensação de que não tá sozinho, de que é o todo poderoso que eles vão preferir sempre a droga porque ela dá esse prazer. (TécEnf Deise, MAEP)

Inicialmente vendo como algo prazeroso que realmente é, né?A droga, se a droga fosse ruim ninguém usava, né?! (TeoOcup Carolina MAEP)

Como é possível identificar, a partir do material empírico apresentado, a atribuição de uma origem biológica ou genética ao uso de drogas e a identificação bioquímica da substância se fundamentam na caracterização de elementos desencadeadores da doença nos sujeitos.

#### 4.1.2 *Fatores sociais/ambientais*

Outro fator associado ao motivo do uso de drogas se refere à questão social. Ela foi descrita, muitas vezes, em termos do “contexto social”, “cultura”, “ambiente” no qual o sujeito habita e interage, como explicita o psiquiatra do modelo de atenção com ênfase hospitalar: “é toda uma questão ambiental, pais que não põem limites, família desestruturada, com muita briga, vizinhos e amigos que usam drogas e a droga está dentro da cultura, muita permissividade social”. De diferentes maneiras, os profissionais das duas instituições citaram o *fator social* como relevante para motivar o uso de drogas. Porém, somente alguns detalharam o que entendiam como sendo o social. Assim, os apontamentos em relação à

sociedade atual vão se evidenciando e se apresentando como explicativos para a *dependência química*.

Um dos aspectos é a motivação do uso de drogas por *desestruturação familiar*. Como lembra Fonseca (2005), é na família do outro que se reconhece a “desestrutura”, e nesse sentido são os profissionais das duas instituições pesquisadas que percebem as famílias dos usuários como desestruturadas. De forma geral, os profissionais do modelo de atenção com ênfase hospitalar foram mais enfáticos na compreensão da *família desestruturada* como um dos motivos que leva os sujeitos ao uso de drogas, sendo que dez dos doze entrevistados explicitaram definições próprias.

Para esses profissionais, o excesso de *autoridade* aparece como característica própria de uma *família desestruturada*, evidenciando que o excesso representaria violência no ambiente familiar, advinda de uma educação controladora, repressiva e autoritária. Dois aspectos se sobressaem: os “pais violentos”, que são agressivos com os filhos ou brigam com os parentes e vizinhos e os “traumas na infância”, que aparecem através de abuso sexual e de violência intrafamiliar. A assistente social reforça a importância de considerar esse aspecto relacionado à *dependência química*:

“Ah mais o problema dele é a droga” se tu vai investigar, não, tem a família que a mãe é doente, que o pai usa álcool e acha que não tem problemas, sofreu abuso sexual ou uma violência física muito grande. Tem alguns casos aqui que a gente fica sabendo de pais que são extremamente agressivos. Até usando técnicas de tortura do período da ditadura militar para machucar os filhos. E a droga é “Ah não, mas é a droga, ele é o doente”. Então vamos investigar mais, assim, eu acho que não existe uma causa única... (AssSoc Luiza MAEH)

Este não foi um indicativo apenas dos profissionais da assistência social que enfocam o cuidado do sujeito através de seus vínculos familiares, mas também apareceu no discurso de outros profissionais de nível superior e médio/técnico do modelo de atenção com ênfase hospitalar. A ideia de que o ambiente familiar influencia e pode até mesmo motivar o uso de drogas está pautada tanto na família considerada “violenta”, “confusa” e “agressiva”, quando excede em sua *autoridade*; quanto na família que é “fraca”, “fragilizada” e “permissiva”, quando ocorre falta de *autoridade*.

O ambiente familiar permissivo é composto por “pais usuários de drogas”, que consideram o uso de drogas como normal; “pais ausentes”, principalmente em relação à figura paterna e/ou falta de figura que impõe autoridade; e “falta de limites”, enfatizando que os pais não dizem “não” aos desejos dos filhos, deixando-os fazer o que querem. Nesse sentido, o



relato da psicóloga do modelo de atenção com ênfase hospitalar reforça essa questão em relação à motivação para o uso de drogas:

Tem a questão da modelagem, quer dizer: “Deixa eu ver como é que os meus pais lidam com isso. Eles são meu modelo!” A questão da autoridade também né. É importante a presença parental, a presença parental ela é protetora, entretanto a privação de pais pode acontecer mesmo quando os pais estão fisicamente presentes. Este é um fator de risco. Porque, às vezes, [eles] não são aquelas pessoas que vão colocar limites, que vão colocar as regras, que vão estar ali para monitorar o sujeito, pra saber onde é que o filho está, com quem está e fazendo o que né. Então um filho que fica muito solto é um filho que tem privação paterna. (Psic Patrícia, MAEH)

Desse modo, os profissionais do modelo de atenção com ênfase hospitalar ressaltam aspectos conflituosos da conformação familiar dos usuários como possíveis motivadores para o uso de drogas, enfatizando a relação de autoridade dos pais com os filhos. O ideal de família sem conflitos nos leva a interpretar que muitos profissionais da saúde se baseiam em uma ideia de sociedade durkheimiana, na qual o conflito institucional, ou seja, na família, poderia ser “disfuncional”. O uso de drogas é, dessa maneira, uma manifestação da desestrutura familiar.

Já entre os profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial, sete dos dez entrevistados citaram, embora apenas três descreveram o que seria a *família desestruturada*. Para eles, essa desestruturação está vinculada principalmente à falta de *afeto* no ambiente familiar, no que se refere ao apoio dado pelos pais aos filhos para enfrentar a vida cotidiana e à dificuldade de convivência familiar. Desse modo, o enfermeiro da instituição apresenta como a falta de afeto pode resultar no uso de drogas:

Eu não tenho como não pensar em relacionamento, em afeto. As pessoas estão preocupadas com a questão material, que deixam o convívio dos filhos de lado, que deixam de conversar, deixam de fazer um tema. [...] Quando é que ele joga bola com aquele filho? Quando é que ele conversa com aquele filho? [...] Aquela pessoa que está lá necessitando de afeto né, às vezes, com o que ele vai substituir? Uma substância psicoativa. As pessoas acabam fazendo com que a droga seja uma medicação, seja um remédio, seja pra suprir sentimento, afeto ou perspectiva. (Enf José, MAEP)

O *afeto* é percebido como cuidado e sua ausência é percebida como falta de cuidado com os sujeitos. Nessa linha de raciocínio, o *afeto* pode estar em questão já na concepção do sujeito como embrião, fazendo com que o modo do cuidado familiar tenha consequências nos

fatores genéticos, podendo levar o sujeito à *dependência química*. O relato da técnica de enfermagem da mesma instituição explicita esses apontamentos:

Tu tem que ser bem amada quando tu é criança, tu tem que ser desejada como filho, ser desejado como ser, ser querido no teu meio ambiente. Sabe, eu acho que isso é fundamental. Se tu não é amado, desejado no ventre da tua mãe, tu já vai carregar nessa tua carga genética, no teu DNA esse desprezo e com certeza, lá no futuro, tu vai ter que descarregar essa angústia, essa dor, essa rejeição. E a droga infelizmente ampara, abraça, por um período, por um momento. (TecEnf Deise, MAEP)

Assim, a droga é relacionada tanto ao desejo dos pais por esse filho, como em relação à educação recebida por eles no cuidado com o mesmo. A ausência dos pais é interpretada pelos profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial como falta de *afeto*, e não como falta de *autoridade*, conforme continua a técnica de enfermagem:

Porque quando eles mais precisaram do apoio do pai, da mãe ou a mãe tinha que trabalhar pra manter a casa e o pai era alcoólatra ou o contrário. Sabe, eles não tiveram aquela estrutura, não: “Meu filho vamos juntos, vamos lá, vamos fazer isso juntos, vamos trabalhar juntos nisso!”. Dar aquele apoio, aquele carinho, aquela atenção, sabe? E, com certeza, muitos dos que a gente tem falado, assim, “Ah eu era muito solto. Eu era muito... minha mãe me deixava muito livre. Eu tinha muita liberdade”. Eu acho que isso deixa as pessoas muito se sentindo vazias, jogadas no mundo. Porque todo ser humano gosta de ser cobrado um pouquinho. A gente diz que não, mas tu adora ser cobrada, porque... “Ah nem ligou pra mim, nem...” Tipo o namorado, nem ligou, tá “Por que tu quer que ele ligue?”, “Porque tu quer que ele se preocupe contigo né!” (TecEnf Deise, MAEP)

Apesar dos profissionais das duas instituições explicitarem a questão da “permissividade social”, de “muita liberdade”, de deixar os sujeitos “soltos, de “não colocar limites”, cada modelo aciona aspectos diferentes: *autoridade* ou *afeto*. Nesse sentido, interpreta-se que esses sujeitos estariam desvinculados das regras sociais, realizando o consumo de substâncias ilegais a partir de um comportamento desviante do que é visto como padrão. Assim, os pais, ou o ambiente familiar, seriam percebidos pelos profissionais como culpados por não educar seus filhos a partir de comportamentos estabelecidos como padrões, e vistos como permissivos em relação ao uso de drogas pelos filhos.

Outro aspecto corrente no fator social para motivação do uso de drogas relaciona-se ao acesso a redes de solidariedade e participação da sociedade. Essa noção perpassa a ideia de que há uma influência dos outros, pais, amigos, vizinhos, sobre os sujeitos, que é

determinante para o início do uso de drogas. Um dos psiquiatras do modelo de atenção com ênfase hospitalar descreveu o uso de drogas como uma “carreira” que os sujeitos seguem:

Por exemplo, muitos usuários de drogas, com os quais nós falamos, descrevem que usar drogas é uma carreira, né?! E eles entendem isso como parte da carreira de vida deles. Bom, eu cresci em um ambiente com muita droga, em volta todo mundo usava droga, meus pais usavam droga, meus irmãos usavam droga, então era natural que eu usasse droga também. A gente vai se aproximando de quem é parecido com a gente. Ou a gente quer ficar parecido com quem tá perto de nós. (MedPsiq Antônio, MAEH)

Essa ideia de “carreira” aproxima-se de uma visão adaptativa, a qual os sujeitos seguem para se integrar, pertencer ou mesmo estar próximo daqueles que eles consideram suas referências identitárias. A educadora física do modelo de atenção com ênfase hospitalar ainda explicita mais detalhadamente como ela interpreta a relação entre os “outros” e os usuários: “se meus pais, meus vizinhos, meus amigos. Pra eu me sentir incluído, pra eu me sentir pertencente a esse espaço, eu acabo me adaptando ou me vinculando a esse tipo de estilo de vida pra poder me sentir parte né”. Nessas duas falas podemos notar apropriação de um sociologismo que explicaria a influência do meio sobre os indivíduos a partir da ideia de *carreira* e de *estilo de vida*.

Entre os profissionais do nível médio/técnica essa visão adaptativa é mais realçada pelo termo *influência*, cuja premissa é a de que são os outros que permitem o acesso do sujeito às drogas, e dessa maneira eles seriam influenciados “pela cabeça dos outros”. Para o técnico de enfermagem do modelo de atenção com ênfase psicossocial o usuário pode ser:

Uma pessoa meio, como é que eu posso dizer, uma pessoa meio influenciável. Uma pessoa que se influencia fácil pelas coisas, vai muito no que os outros dizem. E é uma pessoa que tá meio... meio em dúvida com algumas coisas, meio carente. E aí vai... Alguém comenta com ela: “Vai que é bom! Tu relaxa com isso, tal coisa, faz tal coisa.” Acho que muitos usam a droga no início como se fosse um remédio, né?! Entendeu? Só que daí vicia, né?! E aí eles ficam naquela coisa com um peso naquilo. Que eles tiveram a coragem, entre aspas, de experimentar. (TecEnf Marcos, MAEP)

Dessa maneira, há um radicalismo da noção de *influência*, na qual o usuário de drogas pode até aparecer como refém da relação com os outros, assim como relata o vigilante da mesma instituição: “do meu ponto de vista isso daí não é a vontade deles, não é porque eles querem, alguma coisa puxa”. Essa explicação sobre o que *puxa*, que o *influencia*, ou de algo que o sujeito segue como *carreira* ou como *estilo de vida* coloca em segundo plano a

autonomia dos sujeitos em relação ao uso de drogas, fazendo com que fiquem à mercê das suas condições sociais.

Outros elementos, no âmbito do fator social, identificados pelos profissionais da saúde de nível superior das duas instituições como responsáveis pelo consumo de drogas foram a busca do prazer imediato, a rapidez das relações sociais mediadas por consumo e os valores individualistas, identificados como características da sociedade atual. Assim, o uso de drogas se configuraria como “mediador” de prazer para os sujeitos, de modo que seu uso proporcionaria um consumo de algo prazeroso para o indivíduo, como relata a assistente social do modelo de atenção com ênfase hospitalar:

A sociedade é muito, é tudo muito dinâmico assim né As informações são muitas, as novas tecnologias, então tu tem que ser feliz agora, tu tem que ter dinheiro agora, tu tem que ter o melhor carro agora, a roupa de grife agora. É muito imediatismo. E eu acho que a droga ela acaba às vezes exercendo um papel... como se tu através da droga, tu vai ter o prazer imediato, que teoricamente, o crack é imediato mesmo aquele prazer. Eu acho que existe isso assim também essa questão muito da nossa sociedade como está organizada hoje, não que não fosse né porque as drogas existem sempre existiram. Mas eu acho que hoje, assim, esse grande número de usuários, até a questão do próprio crack, que hoje é o crack que é a droga da vez. (AssSoc Júlia, MAEH)

O enfermeiro do modelo de atenção com ênfase psicossocial segue na mesma linha de raciocínio, associando essa explicação à questão da responsabilidade governamental, chegando até mesmo a discutir a condição de classe, que envolve moradia, alimentação, acesso a serviços, sendo o uso de droga estratégico para superar a vivência da realidade desfavorável, conforme aponta:

Então a partir do momento que tu tem uma baixa perspectiva de vida, poucas coisas te dão prazer e as coisas que te dão prazer geralmente estão associadas ao tabaco, ao álcool e a droga, seja crack, seja maconha, seja o que for. Eu acho que se essas pessoas tivessem uma perspectiva de entrar na faculdade, de ter uma casa descente, de não ser como na Vila Dique que agora tá sendo transferida e ainda não saiu todo mundo. Tu vai visitar um paciente na Vila Dique tu vê que ele começou a usar o loló aos 11 anos e ai ele tava ali fugindo do frio, tava ali fugindo da fome e da violência intrafamiliar e de qualquer perspectiva que ele tivesse. Começou no loló e ai ele passou pra outra coisa. E quando veio o crack, então isso se exacerbou de tal forma. Porque em função de ser uma droga barata, de fácil acesso, então parece que todos os males que aquelas populações mais carentes viviam, de perspectiva de futuro, elas diminuíam. Então, historicamente essas pessoas foram deixadas de lado e o que estava muito próximo quando elas se frustravam com várias coisas? A droga! (Enf José, MAEP)

Nesse relato há uma análise política e econômica da sociedade na qual os sujeitos estão inseridos, apresentando suas condições de vida precárias devido à falta de acesso a serviços e bens de consumo. Logo, o ambiente familiar é gerado também por esse contexto social, sendo que os aspectos familiares, sociais e políticos constituem os fatores sociais na motivação dos sujeitos para o uso de drogas. O uso de drogas representaria para o indivíduo a busca de prazer rápido para compensar as “faltas” no seu contexto social. Então, aqui fica evidente a concepção de que o uso de drogas estabelece uma sensação física e mental de prazer, que é dada ao corpo para contrabalançar as dificuldades de acessar “coisas” ou “afetos” dispostos na sociedade.

#### 4.1.3 Fatores psicológicos/individuais

Para além dos aspectos biológicos e sociais, os profissionais entrevistados se referem ainda aos aspectos psicológicos como responsáveis pelo uso de drogas. Esses, por sua vez, são fortemente influenciados pelos fatores sociais e econômicos. Foram os profissionais de nível superior que mais consideraram os fatores individuais, sendo que os do modelo de atenção com ênfase psicossocial deram maior ênfase para esses fatores, conforme analisaremos adiante.

A primeira questão evidenciada pelos profissionais em relação ao motivo de uso de drogas, no que se alude a este tópico, envolve aspectos da *personalidade* dos sujeitos. Como explicita a psiquiatra do modelo de atenção com ênfase psicossocial, “vão entrar características dos sujeitos, capacidades do ego, capacidades de lidar com as frustrações, com as dificuldades, com o sofrimento, [ou seja], características da personalidade dele enquanto pessoa.” Outra psiquiatra da mesma instituição enfatiza a construção da personalidade dos sujeitos como determinante na motivação do uso de drogas:

Tem uma questão de formação de personalidade também da pessoa. [...] Mas sempre, assim, a questão desde a formação da personalidade, dos modelos. Da concepção que a pessoa vai fazendo do que é certo, do que é errado pra si. Então a partir dali, claro, ela pode conviver com pessoas que vão oferecer [drogas] e ela pode negar, né. Daí vai depender do que ela tem como concepção pra ela assim. E também de coisas que preenchem a vida, o próprio ser da pessoa. (MedPsiq Renata, MAEP)

Desse modo, há uma ênfase na motivação do uso de drogas pelos sujeitos que perpassa a constituição de si, evidenciando as escolhas pessoais para esta constituição, como relata a psicóloga da mesma instituição:

Eu acredito que a droga é uma coisa da vida como tantas outras, diversas possibilidades que a vida nos proporciona e que depende das nossas escolhas. Aí bom, tem os sujeitos que vão lidar com o uso de drogas para lidar com uma depressão ou uma coisa emocional, tem outros que é simplesmente por uma experimentação. Então eu acho que a droga é simplesmente mais uma coisa que tem na vida e que a pessoa está à mercê. Todos nós estamos. Podemos entrar em contato [com as drogas] e ver daí que sentido cada sujeito dá a esse uso assim, não tem uma coisa preconcebida né. (Psic Vera, MAEP)

Assim, a *personalidade* é compreendida como o modo dos usuários lidarem com as coisas da vida, sendo a droga uma delas. As escolhas que os sujeitos fazem perpassam a constituição da personalidade e definem a relação com o uso de drogas. A atribuição de valor para a relação entre o usuário e as drogas não é uma interpretação do profissional, e sim do próprio indivíduo, que deve avaliar esse uso como “bom” ou “ruim”, sendo uma maneira de lidar com o componente emocional ou mesmo com a curiosidade de experimentá-las. Ainda que esses fatores ajam de modo concomitante aos fatores biológicos e sociais, os profissionais da modelo de atenção com ênfase psicossocial parecem enfatizar que a personalidade do sujeito tem maior “peso” para determinar o uso de drogas. Logo, essa interpretação enfoca os sujeitos como ativos no processo da *dependência química*, considerando que suas decisões geram a relação entre o sujeito e as drogas. Então, pode-se conviver entre usuários e não ser usuário de drogas. Por outro lado também, quem opta por fazer uso dessas substâncias pode ser reconhecido como um sujeito com “personalidade fraca”.

Nessa questão, está em jogo a relação do sujeito com o mundo e o sentido atribuído a essa relação para motivar o uso de drogas. Para a psiquiatra do modelo de atenção com ênfase psicossocial é importante considerar “a forma com que [o sujeito] se relaciona com as pessoas, com as suas coisas e [perceber] o papel que a droga vai fazer nesse sentido.” É a análise dessa *relação* e desse *papel* que serão determinantes para a interpretação dos profissionais sobre a instalação, ou não, da *dependência química*. Desse modo, a psicóloga do modelo de atenção com ênfase hospitalar explicita como ocorre o agenciamento da questão e a doença:

O uso de drogas não é algo que a gente possa descontextualizar de uma maneira social de funcionar. Eu acho que o problema não é o uso da droga,

eu acho que o problema é a dimensão que a droga toma na vida desses sujeitos como qualquer outra coisa. Se eu sou muito adesiva a uma relação e deposito todas as minhas possibilidades essa relação também me é tóxica. Então, é assim que eu entendo a dependência química. É algo bastante deteriorante porque é o enrijecimento em uma maneira de dar vazão para as coisas da vida, para os sentimentos, sejam eles bons ou ruins, para as questões. Então, assim, essa sensação de que eu não consigo circular bem pela minha vida sem a substância isso é prejudicial [...] Porque saúde é a gente ter plasticidade, flexibilidade em termos das coisas que a gente se vincula assim né. (Psic Maria, MAEH)

Assim, considera-se que a doença é manifestação de uma *relação prejudicial* do sujeito com o mundo. Esse conceito de prejudicial foi definido pelos profissionais a partir de termos como “sofrimento”, “vazio”, “dor”, sendo que a droga “aliviaria”, “preencheria”, “substituiria” essas sensações. Como explicita a terapeuta ocupacional do modelo de atenção com ênfase psicossocial o motivo do uso de drogas pelos sujeitos:

É uma tentativa de sanar alguma dor, uma dor que ninguém sabe direito o que é. Ou pra tapar um vazio e que ninguém sabe o jeito, que vazio é esse, da onde vem e por que vem. Então eu acho que tem coisas, construções sociais, construções nossas, e que faz com que a gente acaba, acabe indo ao abuso dessas substâncias, né?! Uma forma de alívio assim. De escape. [...] Talvez por não conseguir lidar com essas dificuldades, com esses vazios, com essa existência dolorida. A existência dolorida e aí vem o uso e o abuso da droga para uma tentativa de sanar, de curar essa existência sofrida. [...] O quê que há em ti, o quê que te falta pra ti querer cobrir esse vazio com as drogas, né? (TerOcup Carolina, MAEP)

É evidente que a construção da personalidade fundada na relação do sujeito com o mundo está imbuída de fatores sociais, entretanto ressalta-se que o usuário decide pelo uso ou não de drogas, ou seja, tem algo que passa pela avaliação do sujeito e isso é relevante para ser destaque. Quem sofre, quem sente a dor, quem sente o vazio é o sujeito, de modo que a dependência química também perpassa por essa personalidade. Chama a atenção que, enquanto a maioria dos profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial relaciona o sofrimento a uma percepção do sujeito, um profissional de nível superior do modelo de atenção com ênfase hospitalar compreende que o sofrimento pode ser reconhecido por outro:

Só é meu paciente quem de alguma forma tem um sofrimento com aquilo. Ele pode não estar querendo o tratamento ainda né, ou pode não estar achando que é capaz de se tratar e se motivar para o tratamento, mas pelo menos ele tem que estar em sofrimento. [...] Eu queria te deixar claro que, às vezes, ele pode nem reconhecer, conscientemente ou verbalizar, que é um sofrimento. Desde que haja isso instituído de alguma forma, um prejuízo muito demarcado né aí a gente já tá falando de... Porque, às vezes, o

adocimento vem justo da dificuldade em reconhecer isso como algo que está sofrido, então o que demarca mais, pra mim não é a questão do reconhecimento, mas sim da existência de sofrimento ou disfuncionalidade. (Psic Maria, MAEH)

De modo geral, ainda que com menos ênfase do que o atribuído aos fatores biológicos, os profissionais da Medicina, Psicologia, Assistência Social e Educação Física da mesma instituição também atribuem a dependência de drogas a uma questão de “disfuncionalidade” do sujeito, que se relaciona mais com as formas de lidar com os problemas da vida do que com o aspecto orgânico. Esse *prejuízo muito demarcado* estaria atrelado a uma dificuldade de lidar com as situações conflituosas do cotidiano, tais como brigas com familiares, desemprego, envolvimento com o crime. Então, o uso de drogas contínuo representaria uma “fuga da realidade” - ou dos problemas -, fazendo com que o prazer do uso dessas substâncias abafasse ou adiasse a resolução das dificuldades. Entretanto, a *dependência química* causaria ainda mais prejuízos aos indivíduos, tanto na forma de lidar com os problemas da vida quanto no organismo dos mesmos. Fica evidente que uma das marcas do que se define como dependência é o destaque que esses profissionais atribuem à centralidade que a droga toma na vida do sujeito, fazendo com que ele viva mais em função das drogas e deixe de realizar outras tarefas do cotidiano, como diz a assistente social do modelo de atenção com ênfase hospitalar:

Eu acho que depende muito de qual é a relação que tu tem com a droga, qual é a relação que a droga tem na tua vida porque eu posso trabalhar normalmente chegar no fim de semana e tomar uma cerveja, duas e seguir a minha vida estudante, trabalhando com a minha família, me divertindo e isso não afetar o meu dia a dia, a minha qualidade de vida. Agora no momento em que essa droga, seja o crack, ou o whisky, ou a maconha, a cocaína, o êxtase, que eu faço dela o centro da minha vida aí realmente, aí eu me perco. Acho que aí tu perde o rumo. (AssSoc Júlia, MAEH)

Outra maneira importante de compreender o que define a dependência é compreender o que não a define, ou pensar em comportamentos extremos. O uso recreacional é citado pelos profissionais das duas instituições como um uso de drogas de modo “controlado”, “eventual”, “esporádico”, que “não traz problemas”, que “não traz prejuízos”, que deixa o sujeito “levando uma vida normal”. Percebe-se que essas definições do uso de forma não dependente consideram muito mais a autonomia do sujeito, pois enfatizam a capacidade de escolha e controle do sujeito.



Assim, os profissionais ressaltam no uso recreativo de drogas a possibilidade de “controle” dos efeitos causados pelas substâncias e das consequências do seu uso. Esse “controle” é descrito pelos profissionais como uma habilidade que o usuário desenvolveria, aproveitando o “prazer” que droga causa sem deixar as conseqüências do uso atingi-lo. Logo, o usuário é percebido como crítico e cuidado em relação ao seu uso, pois tem o “controle” e não se torna dependente.

Na contramão do que é apresentado como uso recreacional, podemos compreender que o dependente é percebido como “descontrolado”, “sem criticidade do seu uso”, “não habilidoso”, de modo que a visualização de autonomia do dependente químico também é desacreditada pelos profissionais. Os critérios que identificam o “descontrole” estão baseados em uma falta de habilidade do indivíduo em explicitar o domínio e autonomia sobre o uso, o que é identificado como comportamento desviante.

O que está em jogo na questão dos fatores psicológicos/individuais é menos o aspecto comportamental, e mais a relação do sujeito com o mundo. As drogas são acessadas, ou não, motivadas por como se dão essas relações.

#### **4.2 Entre os pesos dos fatores e o uso de drogas**

Diante do material apresentado, evidenciaram-se aspectos dos três fatores destacados, que ocorrem concomitantes, para motivação do uso de drogas. Entretanto, enfatizou-se que há algumas diferenças acionadas pelos profissionais das instituições do modelo de atenção com ênfase hospitalar e do modelo de atenção com ênfase psicossocial. Enquanto os primeiros parecem elucidar mais os fatores biológicos e sociais para explicar a motivação, os segundos enfocam os fatores individuais e sociais.

De modo geral, os profissionais das duas instituições atribuem o uso de drogas a uma relação de desequilíbrio entre “fatores de proteção e fatores de risco” vinculados às questões genéticas, sociais e psicológicas. Esta proporção racional, através da qual quando há mais riscos há uso de drogas e quando há mais proteção há menos risco, está pautada em um discurso de racionalidade científica que enfatiza o risco como categoria de entendimento, acionando um sistema de classificações para estabelecer e objetivar aspectos da vida social considerados “anormais” (NEVES, 2004).

Percebe-se que para definição da *dependência química* relativa ao uso de drogas são acionadas categorias morais na busca de explicitar categorias técnicas. A predisposição ou comorbidade dos sujeitos são explicadas em termos de elementos genéticos que “disparam” a

doença, entretanto essa preponderância se relaciona com outros fatores. A família desestruturada, a disfuncionalidade e a sociedade atual consumista e imediatista são fatores sociais que motivariam o uso de drogas, mas as definições desses termos são reduzidas aos conflitos da vida social. A personalidade e o sofrimento aparecem como exemplos dos fatores individuais, entretanto esses fatores são determinados também como concepção desviante.

## 5 POSSIBILIDADES TERAPÊUTICAS PARA USUÁRIOS DE DROGAS

Este capítulo versa sobre a análise dos discursos dos profissionais envolvidos nas propostas terapêuticas para os usuários de drogas, aproximando-se os discursos aos modelos de atenção estudados nas duas instituições. São enfatizados os aspectos contrastantes dos dois modelos, de modo a explicitar os simbolismos que perpassam as propostas.

Assim, tem-se como objetivo compreender como diferentes elementos são acionados para compor cada modelo da rede de atenção para usuários de drogas no âmbito da saúde mental, uma vez que a partir destes elementos se criam “táticas e astúcias” (CERTEAU, 1994) que explicitam artes de fazer no cotidiano de atendimento. A articulação entre o discurso e a prática está diretamente relacionada à compreensão das propostas terapêuticas pelos profissionais envolvidos com o atendimento aos usuários, e conhecê-la torna possível acessar os mecanismos regentes da rede de atenção na saúde mental para esses usuários como um “sistema de cura” (KLEINMAN, 1980). Deste modo, o discurso e a prática dos profissionais que atuam nesta rede também oferecem pistas sobre os direcionamentos das políticas públicas nesta área.

### 5.1 Aspectos das propostas terapêuticas

Atrelados a esses questionamentos, perguntou-se aos profissionais das instituições estudadas quais eram as propostas terapêuticas consideradas adequadas para tratar a questão de *dependência química*. Tendo em vista que esses profissionais estão em determinados contextos institucionais, procurou-se identificar se há diferenciações e aproximações nos modelos de atenção de acordo com as propostas terapêuticas adotadas pelos profissionais dos serviços de saúde.

No primeiro momento, alguns profissionais reconhecem o desafio de trabalhar na área da saúde mental, explicitando que apesar de o Estado do Rio Grande do Sul ter experiência no cuidado aos dependentes químicos, conforme analisa Ribeiro (1999), a discussão sobre as propostas de tratamento ainda é inicial, principalmente em relação ao tratamento de dependentes de crack. Há um consenso entre os profissionais em relação ao fato de que “cada caso é um caso”. Entretanto, a fim de propiciar a “saída” do usuário da *dependência química*, são indicadas formas protocolares e de cuidados gerais que extrapolam o local onde o profissional atua.

Mesmo com o aparato institucional constituído, os investimentos financeiros viabilizados por políticas públicas, o desenvolvimento de pesquisas e a atuação de referência na área, um psiquiatra vinculado ao modelo de atenção com ênfase hospitalar reconhece que: “O melhor tratamento não existe. Nós todos, que trabalhamos com isso, sabemos que a gente está tateando ainda pelas bordas em uma coisa muito complexa.”

A partir dos modelos de atenção vigentes atualmente, cabe evidenciar que os profissionais das duas instituições visadas acionam alguns aspectos comuns nas etapas do tratamento, diferindo mais no “peso” conferido a esses aspectos. Assim, enfatiza-se que as duas propostas terapêuticas analisadas acionam os mesmos elementos para o tratamento aos usuários de drogas, contudo dão ênfases diferentes para alguns desses elementos. Os aspectos que perpassam as concepções sobre o tratamento sobre o tratamento incluem “fases” e fatores, indo da *desintoxicação* à *reinserção social* dos usuários.

### 5.1.1 *Desintoxicação*

Parte-se da ideia de que a droga é um “tóxico” e que no início do tratamento seria necessário desintoxicar, ou seja, “tirar” ou “diminuir” a quantidade de tóxico do sujeito. De forma geral, a *desintoxicação* é um aspecto ressaltado para o tratamento da *dependência química*, entretanto os profissionais das duas instituições têm concepções diferentes sobre esta proposta.

Para a maioria dos profissionais de nível superior da instituição que representa modelo de atenção com ênfase hospitalar, a *desintoxicação* está atrelada à possibilidade de internação na instituição hospitalar na qual eles atuam. A *desintoxicação* é uma etapa apresentada como parte do tratamento dos usuários que são encaminhados pelos serviços de saúde da cidade. Para os profissionais de saúde, a *desintoxicação* é exposta como uma necessidade de que os usuários fiquem sem o uso de drogas por determinado período, para que haja uma “limpeza física” dessas substâncias no corpo, mais especificamente localizada no cérebro, conforme expõe a psiquiatra:

Na verdade, o uso de crack... Como o cérebro também fica muito afetado, a gente não consegue ter muito trabalho cognitivo né. A gente tenta, a gente faz motivação, a gente faz prevenção de recaída, mas a gente sabe que o impacto disso é muito pequeno, porque eles estão com o cérebro muito alterado. Então, no início, principalmente, o foco tem que ser estruturar as coisas para que ele consiga se manter sem droga um tempo. E aí tu

consegue, realmente, que ele esteja com o cérebro melhor para poder trabalhar mais as coisas cognitivas e psicológicas. (MedPsiq Carine, MAEH)

Com essa explicação, a psiquiatra transparece que como o usuário está com o “cérebro afetado”, o juízo crítico dele em relação à intervenção médica pode estar comprometido, e isso causaria a falta de motivação para “deixar” de usar drogas. Assim, na instituição com ênfase hospitalar, a *desintoxicação* parece ter como objetivo a abstinência das drogas e o estímulo à motivação para que os usuários deixem de usar essas substâncias. A autonomia do sujeito para o tratamento enquanto ele está intoxicado é tida como comprometida e por isto não valorizada. A expectativa é a de que o processo de *desintoxicação* crie as condições necessárias para que o usuário se adapte ao tratamento. É por essa razão que o período de internação é compreendido, por esses profissionais, como necessário para o início, de fato, do tratamento dos usuários, como explicitam os depoimentos abaixo:

O período de internação é um período que ele está aqui realmente para desintoxicar. Para iniciar um trabalho de conscientização, para quando ele sair daqui manter o tratamento. Então, essas regras que são estabelecidas como: não pode fumar. Tem certos programas na televisão que não são permitidos. Tem que se evitar falar em drogas ou se falar, tem que ser em determinado momento com a supervisão terapêutica... É, são várias fases que eles passam aqui. Eu acho que isso tudo faz parte desse processo nesses 20 a 30 dias que eles ficam aqui internados. (AssSoc Júlia, MAEH)

Como nessa fase eles estão com menos condições psíquicas de absorver as coisas, talvez tu possas ajudar mais a desintoxicar e ajudar ele a viver dentro de uma maneira mais estruturada. Ter horário para almoçar, para jantar, para acordar, para dormir, para tomar medicação, aprender a conviver em grupo, aprender a respeitar as pessoas, aprender a ter uma convivência no nível que a gente imagina que seja mais dentro do esperado antes de internar. Então em coisas muito simples como ele escovar os dentes, porque eles, isso não existia na rua, coisas básicas assim, tomar banho, escovar os dentes, tomar café, coisas que eles não fazem, faziam antes de internar (MedPsiq Carine, MAEH)

Ou seja, é na internação que ocorre uma limpeza que é física, mas também moral, visto implicar em *conscientização* e em mudanças profundas no comportamento que não se restringem ao uso de drogas. É um período de purificação e aprendizado, podendo mesmo ser comparado a um ritual de transição, conforme menciona Turner (1974), na medida em que visa produzir um novo sujeito, um sujeito que sai das ruas para o mundo civilizado. Nesse sentido, a promoção da aprendizagem de outros hábitos e costumes no interior do serviço de saúde reificam a reconstrução desse novo sujeito através de um “processo civilizador”

(ELIAS, 1994), pelo qual os profissionais de saúde enfatizam o cumprimento de regras, o cuidado com a higiene pessoal, o reconhecimento de horário e local para as atividades, o que se pode ou não consumir, entre outros, como a proposta terapêutica do modelo de atenção com ênfase hospitalar.

Essa normatização almejada durante a internação também é controlada quando o usuário tem alta e passa para o atendimento ambulatorial na instituição. A fim de garantir a manutenção da limpeza física alcançada anteriormente, antes das consultas os usuários realizam um teste de urina para detectar a ingestão de substâncias psicoativas. A técnica de enfermagem aplica os reagentes, e informa o resultado diretamente aos psiquiatras antes do atendimento. O resultado positivo ou negativo é discutido durante a consulta entre o profissional e o usuário. Deste modo, o resultado do exame se torna relevante para “situar o paciente em algum ponto dessa narrativa da doença” (ROSENBERG, 2002, p.242), ou seja, para identificar se de fato o usuário está aderindo ao tratamento proposto. Logo, a manutenção da *desintoxicação* é feita por evidência bioquímica, considerando a possibilidade de confrontar o usuário através do resultado do exame, e sugerindo que a contaminação física passa a ser uma contaminação moral. A contaminação moral deve-se à fraqueza do sujeito, que não teve força moral para resistir à tentação.

A mudança da sede da unidade de atenção trouxe à instituição um perfil de usuários diferente. A nova unidade passou a receber muitos usuários que estavam em situação de rua, e por isso civilizá-los - engordar, higienizar, organizar, voltar para casa, retomar contato com a família - também era enfatizado na proposta terapêutica.

Nessa instituição, os usuários ficam limitados a percorrer os corredores, os quartos com seus leitos e as salas de atividades do andar, no qual se encontra a ala psiquiátrica para dependentes químicos. Essa contenção na internação é por si uma proposta de apartar fisicamente o usuário da possibilidade do uso de droga, de modo que através da realização de outras atividades e dos cuidados preconizados com saúde para que os usuários aprendam a controlar a vontade irrefreável de consumir drogas, ou seja, as *fissuras*, também se propõem o disciplinamento dos corpos, conforme a concepção de Foucault (1996).

Durante o período observado, o acesso à instituição ocorria através de internação voluntária, involuntária e compulsória, podendo ser os usuários encaminhados por vontade própria, por familiares, por profissionais de saúde ou por juízes. Assim, a vontade do usuário de se tratar não era um critério determinante para iniciar, ou retomar, o tratamento na instituição. A autonomia do sujeito é colocada em segundo plano, pois se acredita que é

somente com a *desintoxicação* – ou seja, com a descontaminação física e moral – que os sujeitos poderão motivar-se para o tratamento, conforme explicita o psiquiatra:

Os desafios é esse: fazer com que a pessoa se sinta motivada. Assim, delegar para ela que ela tem o poder para fazer isso e que, às vezes, ela não aceita ou não quer, ou ela não consegue, ela não está suficientemente motivada para isso. A vontade que ela tem de usar [drogas] é maior que a vontade que ela tem de não usar. Então a pessoa tem duas vontades, uma de continuar usando e uma de não usar. Onde é que a gente vai agir? Na vontade de não usar. O que eu penso que uma internação pode fazer? Ao mesmo tempo em que “Tá bom, bota em um lugar protegido e dá um descanso para que ela não tenha aquela fissura de que “vou sair, vou usar”, não. Aqui ela se protege e ela não tem como sair, mesmo que ela queira sair. Então bota em um lugar que tem essa contenção e aí trabalha a vontade de não usar e o que faz com que aumente a vontade de não usar e aí toda uma crítica da vida. Bom, o que essa pessoa tinha antes, tem hoje e o que pode vir a ter. Porque isso também, às vezes, a pessoa não consegue, chega aqui, hoje ela chegou querendo ficar, amanhã ela não quer mais e aí como é que tu vai fazer com que ela se motive a perceber que ela pode fazer? (MedPsiq Cláudio, MAEH)

Entretanto, o período de internação tem tempo limitado com previsão de 30 dias e após a *desintoxicação* dos usuários, a voz dos sujeitos vai ganhando autonomia na decisão de adesão ao tratamento ou não. Se o sujeito não se motivou a abandonar as drogas, não se adequou às regras da instituição, não controlou seu corpo, não se disciplinou – ou seja, não se civilizou – e quer alta, os profissionais analisam o pedido em equipe e com os familiares, decidindo por não mais investir nesse caso, dando “alta a pedido”:

Então, a gente já teve alguns, assim. Porque aí tu está investindo, aí tem alguns, muito de uma conduta antissocial, assim, que não quer nada com nada mesmo, que não está aí e, talvez, não seja a internação o melhor mesmo para ele conseguir se motivar. Porque assim, bom, uma das grandes tarefas da internação é essa. Eu vou te falar. Se a pessoa não está conseguindo se motivar... Por que “Ah desintoxicar, então tá”, mas desintoxicar tu fica dez dias já está bom, já desintoxicou o suficiente, não precisa ficar mais assim. [Às vezes] fica mais para tentar uma motivação, rever algumas condutas lá fora, aprender alguns recursos, mas se o cara não quer? [...] A gente deu algumas altas bem emblemáticas assim, tipo, bom o cara não queria mesmo nada com nada, aí a gente “Ah vai esse cara vai”, mandamos, ele foi preso um dia depois, sim, porque era uma coisa bem de conduta mesmo antissocial (MedPsiq Cláudio, MAEH)

Assim, o sujeito passa a ser percebido como alguém que não se submete às regras da sociedade civilizada, sendo a “conduta antissocial” do usuário justificada como característica de um comportamento desviante, como conceitua Becker (2008), uma vez que este “não quer nada com nada mesmo”. A não adesão ao tratamento é enfatizada como um desinteresse do

usuário em cuidar de si. Entretanto, esse desinteresse não é ressaltado como decisão voluntária – que é baseada na autonomia de escolha do usuário –, mas como resultante de um processo no qual o sujeito torna-se passivo, pois foi dominado pela *fissura*, ou pela droga. Ou seja, ele não teve força moral para resistir. Não se questiona a eficácia da própria *desintoxicação*, dos medicamentos utilizados, do trabalho dos profissionais e do modelo de atenção proposto.

Percebeu-se, através de observação participante, que essa decisão de quem não se motiva nem se adapta ao tratamento também tem implicações no vínculo com o serviço de saúde. Se o usuário quiser continuar em outro momento o tratamento ambulatorial, deverá passar por uma análise criteriosa da equipe e terá que “iniciar” o atendimento em Unidade de Saúde. O sujeito torna-se desacreditado, de modo que para restabelecer o vínculo deve comprovar seu empenho e sua força retomando a confiança da equipe de profissionais.

Assim, a proposta terapêutica do modelo de atenção com ênfase hospitalar considera a motivação para a abstinência total e o cumprimento de regras durante a *desintoxicação*, sendo que essas medidas possibilitariam uma limpeza física e moral dos sujeitos para a saída da internação. De volta à sociedade, a recaída é percebida como uma nova intoxicação – ou contaminação –, e o tratamento deve ser recommençado.

Os profissionais das duas instituições observadas vêem a internação como uma proposta indicada para os casos mais extremos, como convulsão, *delirium*, coma alcoólico, gestantes, tentativa de suicídio, comorbidade, síndrome de abstinência forte e agressividade decorrente do uso de drogas.

Os sujeitos chegam em uma outra fase de tratamento nos serviço de saúde do modelo de atenção com ênfase psicossocial. Essa instituição faz o movimento contrário ao da anterior, pois ao invés de vincular os usuários pela internação e dar continuidade através do tratamento ambulatorial, enfatiza o tratamento ambulatorial para, se preciso, realizar a internação denominada de *acolhimento noturno*.

Durante o acolhimento, o sujeito participa das atividades propostas ao longo do dia, convive com os outros usuários que vão apenas para uma consulta ou passam parte do dia em atendimento, podem sair do serviço de saúde para almoçar ou trabalhar caso acordado com o terapeuta de referência, e só são encaminhados para o *acolhimento noturno* de forma voluntária, ou seja, por vontade própria. A instituição valoriza a autonomia do sujeito, não condicionando o tratamento ao abandono do uso de drogas. Entretanto, regras devem ser cumpridas durante o acolhimento e para ter acesso a ele também há critérios:



Então tem uma lista de espera onde estão os pacientes que geralmente já fazem parte do CAPS, que já têm uma caminhada, tipo uns 15, 20 dias que já têm uma história, que a gente já conhece, muitas vezes não são os pacientes que toda a equipe conhece, mas geralmente o terapeuta conhece e ele conhece o grupo. [...] É um paciente que está sendo atendido, que necessita, está recaído, precisa de um local protegido. [...] Então aí vem, tem essa lista e conforme vai desocupando assim, conforme no caso os pacientes ficam, podem ficar de 1 a 14 dias, vai da necessidade que o técnico de referência dele. [...] Mas se já entrar, assim, nunca veio aí “Quero ficar no acolhimento!”, aí não. Não dá até porque tu nem conhece a história dele. Por que ele já veio correndo querendo acolhimento? Qual o motivo? O que ele tá querendo? Por que ele procurou agora? O que houve? Então não tem como tu acolher sem saber da onde que veio, não passou por nem um grupo, a equipe não conhece, ainda não sabe o que realmente, quais são realmente as intenções. Então fica bem difícil assim. E mesmo os que já frequentam aqui há algum tempo, mesmo assim. Às vezes eles se afastam por um período, aí começa todo o processo igual. Não tem como ele voltar e já “Eu quero acolhimento!”, não. Procura o teu técnico de referência, fala com ela, vê quais são as possibilidades, aí a gente vai ver se realmente é necessário, se for necessário vai pra listinha também, não tem como chegar e já entrar em acolhimento. (TecEnf Deise, MAEP)

Deste modo, o acolhimento também visa à *desintoxicação*, pois ali dentro será enfatizada a importância de não usar substâncias psicotrópicas, e quem procura esta categoria de atendimento visa “dar um tempo” às drogas. Apesar de ali não ter contenção física explícita, com grades e portas que impeçam o usuário de sair correndo porta a fora, há uma contenção moral na qual os profissionais devem conhecer a “história” dos usuários, suas motivações para estar ali e ir reavaliando durante o processo, uma vez que esse acolhimento também tem regras definidas. Como enfatiza a psicóloga ao salientar a “função protetiva 24h, no qual a pessoa pode permanecer aqui, que é um ambiente livre, aberto e que ela pode fazer a sua escolha e que aqui a gente vai respeitar a escolha dela”.

Cabe aos usuários, tanto aos acolhidos, como aos que estão em atendimento ambulatorial, expor aos profissionais de nível superior, quando estiverem em consulta ou nas atividades de grupo, sobre a manutenção da abstinência. Os usuários podem omitir ou explicitar a recaída, e isso será discutido durante o atendimento. Assim, nessa instituição, basta a palavra do usuário sobre o uso ou não de drogas para dar continuidade ao tratamento, e não é preciso fazer teste de urina para confrontá-lo sobre os resultados. Ou seja, é dada credibilidade à palavra do usuário e o sistema de controle se baseia na confissão, com diria Foucault (2001), e não na força.

Na proposta terapêutica do modelo de atenção com ênfase psicossocial está incluída a noção de *desintoxicação*, todavia parece que a questão da necessidade da abstinência total para o tratamento é colocada em xeque, como explicita a psiquiatra:

Mas se é alguém, assim, que tem a dependência, que está fazendo uso, então primeiramente a gente tem que ver a questão da abstinência, né? E até questionar, assim, com o paciente o que ele procura com o tratamento também. Se ele quer uma abstinência total, se ele quer largar só o crack e continuar com a maconha, porque isso é importante. Também a gente esclarecer no tratamento. E aí então assim tentar buscar a abstinência, junto com ele. (MedPsiq Renata, MAEP)

Nessa instituição também há uma proposição de regras, rotinas e aprendizagens, porém a proposta de *desintoxicação* enfatiza a escolha do sujeito, que pode estar motivado, ou não, para decidir como se desenvolverá o tratamento vinculado à instituição. O enfermeiro explicita outros termos atrelados ao uso de drogas e ao tratamento:

Então, para mim o melhor tratamento é ouvir o que o indivíduo quer e pensar que abstinência total nem sempre é a primeira escolha. A redução de danos pode estar ali como escolha e ele conseguir um emprego e controlar o seu uso. Pode estar como escolha se reinserir com a família. Então, eu acho que o principal, o melhor tratamento para um dependente químico é o profissional de saúde oferecer aquilo que ele quer, aquilo que o dependente químico quer, que é o que ele vem buscar. (Enf José MAEP)

Percebe-se que a *desintoxicação* para esses profissionais está mais relacionada a uma mudança no padrão do uso de drogas do que a abstinência total. A mudança de padrão de uso ressalta mais a limpeza moral do que a limpeza física, de modo que o foco do tratamento não é eliminar a substância psicotrópica do organismo, mas permitir a aprendizagem do controle sobre o corpo. Ou seja, enquanto o modelo de atenção com ênfase hospitalar preconiza a limpeza física como uma condição para o disciplinamento do corpo, o modelo de atenção com ênfase psicossocial destaca as aprendizagens sobre esse disciplinamento para depois desintoxicar o organismo. Logo, a mudança de padrão de uso de drogas é percebida pelos profissionais como um avanço no tratamento, pois também enfatiza a escolha do usuário no sentido de tentar diminuir o consumo ao invés de impor uma abstinência total.

Na instituição do modelo de atenção psicossocial era comum perceber outras consequências físicas no corpo dos usuários decorrentes do uso de drogas concomitante ao tratamento, como dedos queimados, cortes nas mãos ou boca rachada quando participávamos de atividade de grupo. Para a própria antropóloga, ainda que estivesse evidente a proposta de

tratamento no local, as imagens dos corpos machucados eram incômodas, como em uma dada situação:

Estávamos no Grupo Y elaborando a próxima coluna do jornal do bairro. Do meu lado L. já tirava uma maçã para comer, pois 15:30 é o horário deles de lanche, e é quando eu vejo o dedo de L. O indicador e o dedão todo queimado, meio preto e com a pele descascada, me bate uma reviravolta no estômago. Aí não sei, vendo o L. falando ali, eu pensava que ele estivesse bem, mas aquele dedo entrega que ele continua usando o crack, e essa droga parece sempre estar se sobrepondo o tratamento dos pacientes ali, que praga! E até pelo afeto que tenho por esse paciente, me doeu ver os dedinhos dele tudo machucado. Isso por que outra paciente, mais cedo, já tinha pedido pra mim *band aid* para ela pôr no dedo. (Diário de campo, 11 de junho de 2012)

O incômodo se dava porque, para a antropóloga, perceber a limpeza do corpo seria uma maneira de evidenciar a eficácia do tratamento. Todavia, compreender avanços no tratamento a partir da mudança de padrão de uso era uma proposta desafiadora até mesmo para os profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial, conforme o seguinte relato:

Eu acabo contando que ontem vi os dedos queimados do L. e fiquei muito chocada com tudo aquilo. A psicóloga e a médica me dizem que é difícil mesmo, que às vezes dá vontade de não falar na questão da drogas, na questão da violência, do crime, mas que lá elas também tem que trabalhar com isso. A médica diz que se trata com terapeuta, porque não pode adoecer. Elas me dizem que é isso mesmo, que se apegam aos pacientes, e a médica conta até de um paciente psiquiátrico de outro lugar que ela trabalhava, e quando ele faleceu ela foi para o banheiro chorar, porque o vínculo que fica é forte. A psicóloga também diz que ela não pode pegar o que é “deles” para elas, mas ela pode acessar alguns pontos para ajudá-los. Enfim, essa conversa foi muito interessante porque eu me abri e elas também. Essa troca é estratégica entre os profissionais até para lidar com o cotidiano de trabalho e a proposta terapêutica deste modelo. A psicóloga deixou claro o quanto é pesado trabalhar ali, mas que também pode ser leve, depende do dia. Finalizamos essa discussão. (Diário de campo, 12 de junho de 2012)

A proposta de reduzir o uso de drogas, sem que isto implique em uma abstinência total, parece ser compatível com a perspectiva de parte dos usuários de drogas, como salienta Melotto (2009) ao estudar usuários de crack. De acordo com a autora, os usuários acionam um conjunto de estratégias – tais como a mudança do tipo de droga consumida, a volta para a casa, a busca de serviços de saúde – como forma de controlar os efeitos nocivos do uso de drogas sob o corpo. Assim, um serviço de saúde que contempla esta possibilidade vai ao encontro das expectativas de ao menos uma parcela da população por ele atendida.

### 5.1.2 Prescrição de medicamentos

O uso de medicação para o tratamento dos dependentes químicos é controverso. Em um contexto de “medicalização de vida” (ILLICH, 1975), há uma apropriação da tecnologia biomédica para criação de “verdades” e estabelecimento de regras sociais compartilhadas como parâmetros objetivos que interferem no cuidado com o corpo e na maneira como ele é entendido. No caso da dependência química, essa tecnologia está imbricada no reconhecimento de sintomas comportamentais decorrentes do uso de drogas.

Para determinar a medicação aos usuários, levam-se em consideração a substância utilizada e os transtornos psiquiátricos associados. Uma das psiquiatras vinculadas ao modelo de atenção com ênfase hospitalar diferencia o tratamento de drogas, apontando a especificidade que o uso de crack pelos usuários traz para os serviços de saúde, pois para ela: “Algumas drogas tem medicações específicas que a gente pode usar para o tratamento. E tem outras drogas, por exemplo, como crack e a cocaína, que não se sabe ainda um medicamento que terá um benefício, um impacto importante no tratamento”. Assim, ainda que não haja medicamento específico para algumas substâncias, observou-se no modelo de atenção com ênfase hospitalar que durante as consultas os psiquiatras prescreviam medicamentos durante as consultas para “aliviar” os sintomas referentes aos transtornos psiquiátricos dos usuários, que causariam, para esses profissionais, consequência na dependência química.

De modo geral, na instituição de modelo de atenção com ênfase hospitalar, a *desintoxicação* ocorre concomitante à ingestão de medicamentos psiquiátricos como antidepressivos, calmantes, estimulantes o que é um “mal necessário”, como explica a assistente social, para conter a ansiedade nos momentos de *fissura*. Durante a observação participante foi possível identificar outras técnicas de manejo<sup>23</sup>, conjuntamente ao uso da medicação, propostas pelos profissionais da internação para controlar a *fissura*: tomar banho, usar fio dental, massagem nas costas, meditação, exercícios físicos, entre outras técnicas, para que o usuário se entretenha com afazeres e a vontade de usar drogas passe.

Essa também era uma avaliação discutida nas tutorias e reuniões com a equipe multiprofissional, e definida a partir do posicionamento dos psiquiatras presentes, de modo que os profissionais das outras áreas pouco questionavam. E quando havia questionamentos, eles eram elaborados pelos profissionais da área da Psicologia, que tinham influência na

---

<sup>23</sup> Para a técnica de enfermagem o manejo é : “tu saber lidar com aquela situação, naquele momento, o manejo... É, o manejo verbal, tu saber o que dizer. O manejo é uma intervenção que tu vai fazer em determinada situação. Às vezes a gente fica em uma saia justa, às vezes tu fica assim, aí tu tem que pensar rápido o que eu vou dizer, o que eu vou fazer.” (TécEnf Alice, MAEH)

decisão final. A avaliação clínica acordada entre nas reuniões equipe perpassava a descrição do comportamento do usuário realizada pelos profissionais de saúde que tinham contato com os usuários durante o tratamento na internação ou no ambulatório, e levava em consideração que essa *doença* é percebida pelos profissionais de saúde como fator que pode ser desencadeado por transtornos psiquiátricos. Um usuário que estivesse “agitado” ou “querendo ir embora” poderia tomar um calmante, e um usuário que estivesse “sem ânimo para trabalhar” poderia ter algumas medicações suspensas.

Ainda que os dependentes de tabaco pudessem utilizar apenas os “adesivos de nicotina” para evitar o uso, e os alcoolistas somente a medicação específica para prevenir o *delirius tremilins* que poderia levá-los à morte, percebeu-se que as medicações eram prescritas de acordo com a identificação dos transtornos psiquiátricos dos usuários, tais como comportamento depressivo, compulsivo, antissocial, *borderline*, entre outros. Alguns medicamentos têm efeitos colaterais, como sonolência, e conforme os usuários relatavam esses efeitos, os psiquiatras iam mudando a dosagem e acompanhando os novos efeitos.

O tratamento medicamentoso para a *dependência química* é apenas um dos desafios das propostas terapêuticas do modelo de atenção com ênfase hospitalar, que estaria atrelado a uma série de determinações de mudança de comportamento por parte do usuário, visando o tratamento como um todo. Mesmo assim, há um grande investimento em pesquisas internacionais para teste de medicações específicas aos usuários de crack<sup>24</sup>. Outro psiquiatra da mesma instituição cita uma das pesquisas explicitando que “o tratamento ideal seria, em primeiro lugar, identificar o remédio, uma vacina, um componente biológico que inibisse o interesse pela droga.”. Então, o usuário se manteria abstinente e, aos poucos, iria retomando outros interesses, sendo esta uma proposta inicial de cura para *dependência química*. Assim, alguns profissionais da área médica da instituição do modelo de atenção com ênfase hospitalar ressaltam sua missão de propor um tratamento que cure os usuários das drogas, livrando-os não somente dos efeitos físicos das drogas, mas também dessa vida nefasta, sendo esta uma maneira de salvar a sociedade. As propostas salvacionistas que a Medicina empunha também são estudadas por Good (1993).

Já a prescrição de medicação pelos psiquiatras vinculados ao modelo de atenção com ênfase psicossocial não está prevista para todos os usuários, uma vez que nem todos passam pela consulta com o psiquiatra. A decisão de encaminhá-lo é do terapeuta de referência, que pode ser profissional de outras áreas da saúde como Psicologia, Enfermagem, Serviço social e

---

<sup>24</sup> Pode-se citar o financiamento do National Institute on Drug Abuse (EUA), e alguns pesquisadores que iniciaram os testes com as vacinas contra cocaína como Kosten et al. (2002) e Martell et al. (2009).

Terapia Ocupacional. Mesmo assim, quando encaminhado ao profissional da especialidade médica, é explicitado que a medicação faz parte do tratamento, conforme relata a médica sobre a interação com o sujeito no momento da consulta ao dizer que “tem que ver a questão, assim, de alguma medicação ou não também, junto com eles. Porque, muitas vezes, a pessoa não aceita a medicação também, né? Eu sempre pergunto se quer tomar e o que espera da medicação”. Nessa perspectiva, a profissional considera a expectativa do paciente, ao passo que no outro modelo a expectativa sobre a medicação é do especialista.

Observou-se, em uma das consultas, que o usuário retomou o vínculo com o objetivo de tomar medicação para ficar abstinente. No entanto, durante a consulta foi discutido que a *desintoxicação* não dependia do remédio prescrito, mas da escolha do usuário e da habilidade deste de lidar com a fissura. Sendo assim, a psicóloga enfatizou que “se ele já ficou abstinente uma vez sem remédios, pode ficar de novo, assim, responsabilizá-lo por essa escolha é reforçar o poder dele de controlar impulso”. Desse modo, agendaram a próxima consulta e combinaram que o usuário tentaria se manter abstinente naquela semana. Ficou claro, neste e em outros atendimentos, que a abstinência não era somente possibilitada pelo uso de medicamentos, sendo que a recaída era percebida pelos profissionais de nível superior como parte do processo de *desintoxicação*.

No modelo de atenção com ênfase psicossocial outras estratégias são propostas e a medicação não é o foco. Conforme ilustra uma situação específica observada. O usuário estava retomando o tratamento depois de três meses porque teve uma recaída, o técnico de referência que realizou o atendimento aproveitou a indisponibilidade de consulta psiquiátrica na instituição nas semanas seguintes para propor ao usuário que ele utilizasse outras técnicas para conter a *fissura*. Assim, foi evidenciado que, muitas vezes, o usuário vê a medicação como “solução”, e o objetivo deste técnico é fazer com que os usuários percebam “que a situação dele não se resume ao uso do remédio, que ele pode até ter indicação para usar, mas que ela quer reforçar outras coisas”.

Ou seja, o contexto de questionamento do uso da medicação pelos profissionais apresenta sua utilização como possibilidade, mas não como necessidade para o tratamento. Isso não significa que a medicação não seja relevante para modelo de atenção com ênfase psicossocial, apenas o enfoque é outro, como afirma um profissional de nível técnico que enfatiza a proposta desse serviço de saúde como ideal com “consultas regulares e não tanto como no posto de saúde, que dá remédio. Aqui não chapa ninguém, né? Aqui dá pouco remédio”. Mesmo assim, em alguns momentos podia-se observar um usuário comentando

com o outro “olha aquele ali, tá doidão, deve ter tomado um daqueles remédios, o laranjão”, em referência a uma das medicações que os usuários consideravam mais forte.

Nos dois serviços de saúde pesquisados observaram-se alguns usuários que haviam ingerido uma dosagem de medicação mais alta que os outros, e permaneciam mais isolados – participando e interagindo menos nas atividades propostas no serviço de saúde. Entretanto, os que estavam na internação hospitalar passavam o dia deitados no leito de observação, enquanto os que estavam no leito de acolhimento, no *acolhimento noturno*, participavam de algumas atividades em grupo, ficando bastante calados e sonolentos ao longo da programação, mas despertos.

### 5.1.3 Reinserção social

As propostas terapêuticas nas duas instituições consideram a *desintoxicação*, mas também a ideia de reinserção social. A reinserção social, por sua vez, contempla uma mudança na postura dos usuários em relação a uma série de aspectos da vida social - como trabalho e família - que seriam determinantes para tratar os dependentes químicos e mantê-los “afastados” do uso de drogas. Os profissionais da saúde tendem a perceber que o uso de drogas torna o usuário “disfuncional” e “desintegrado” da sociedade, acionando uma concepção de sociedade funcional defendida por Durkheim. Neste sentido, o tratamento também tem como proposta terapêutica a integração social, de modo que as instituições de saúde sustentam o papel de traçar estratégias de manutenção da ordem social, evitando suas possíveis disfunções. Assim, os profissionais dos dois modelos de atenção têm algumas divergências e aproximações sobre as definições dos dois termos, e sobre como a reinserção está sendo proposta como tratamento.

Entre os profissionais do modelo de atenção com ênfase hospitalar, a reinserção social representa a possibilidade de restauração dos vínculos sociais que o sujeito havia estabelecido antes de iniciar o uso de drogas, e que se perderam.

No “antigo” prédio da instituição, a reinserção foi pouco enfatizada como proposta terapêutica ainda que a vida social do sujeito “pós-alta” fosse tratada nas reuniões. Já no “novo” prédio, não somente a reinserção social era percebida pelos profissionais como proposta terapêutica, como também, haviam vários deles – assistentes social, terapeuta ocupacional, educador físico, psicólogo – que estavam focados nessa proposta. Tendo como premissa que o uso de drogas proporciona um isolamento social do sujeito, busca-se recuperar, resgatar, retomar esses vínculos, uma vez que muitos dos usuários eram moradores

de rua, fugiram de casa, brigaram com familiares, não trabalhavam, entre outros. Assim, como propõe um dos psiquiatras, durante o tratamento se pretende “[...] recuperar o que ele, ao longo do tempo, foi perdendo em função da dependência, que aí tem a ver com relações interpessoais, identidade pessoal, identidade social, percepção de futuro, e tudo mais.”

Reinsere socialmente os usuários proporcionaria a integração dos mesmos no âmbito do trabalho, da família, do cuidado pessoais, sendo que essa proposta atuaria junto à *desintoxicação* no tratamento, e também na prevenção de recaídas. Ou seja, a droga vai saindo do corpo, e da vida, do sujeito e os vínculos com instituições sociais vão sendo estimulados ou mesmo retomados através de estratégias baseadas no “processo civilizador” (ELIAS, 1994). Essa maneira de pensar a reinserção social enfatiza a construção da identidade dos sujeitos por meio da atuação social, ou seja, é por meio da inserção em instituições sociais que os sujeitos se constituiriam como cidadãos. Uma das assistentes sociais da mesma instituição ressalta essa relação:

O conceito de reinserção é fazer com que essas pessoas retornem aos seus ambientes, possam estar conectadas, sempre vinculadas ao serviço de saúde. Eu acredito nisso, mas, claro, retornando, resgatando, sempre voltando a sua possibilidade de resgate a coisas de cidadania, que elas possam estar ligadas a instituições que promovam isso, sabe? A gente promoveu que alguns dos pacientes pudessem ter seu título de eleitor, fazer sua carteira de identidade, coisas básicas de identificação da pessoa. São pessoas que estavam perdidas na comunidade sem isso, sem o seu referencial. Não adianta essa pessoa vir aqui, fazer uma consulta, voltar para casa e ficar socada dentro de casa sem ter nenhuma atividade. Isso tem que estar contemplado: ações, atividades lúdicas ou atividades vocacionais. Tem que ir resgatando paulatinamente questões de qualidade de vida, de cidadania, eu acredito nisso, se a gente não promover isso, essa pessoa não vai, ela não vai ser produtiva... (AssiSoc Luiza, MAEH)

Para esses profissionais, o uso de drogas parece atuar como marcador temporal nas histórias de vida dos sujeitos, de modo a estabelecer um “antes” e um “depois” do uso. As aprendizagens para retomar a vida social são percebidas como habilidades que os sujeitos desenvolvem durante a concepção de reinserção social que é promovida pelo tratamento. Assim, as aprendizagens são reconhecidas como “recursos do tratamento” que podem sobrepor-se sobre à motivação do uso de drogas. A proposta terapêutica enfatizada para *dependência química* por esses profissionais não está somente vinculada ao aspecto biológico, mas esta também potencializando o aspecto social. Uma das psicólogas da instituição enfatiza que “o importante é abarcar as diferentes dimensões da vida do sujeito porque a gente está falando de uma doença que está ligada aos hábitos de vida”. Ou seja, como a *dependência*



*química* não é motivada apenas por fator biológico, o tratamento também atua para minimizar os fatores sociais e psicológicos que poderiam desencadear a doença. A técnica de enfermagem também reforça esse aspecto:

Só que eu acho que eles têm que mudar o estilo de vida também, porque isso influencia bastante. É uma doença? É. Só que dependendo do teu estilo de vida aquilo ali vai ser constante. Então, eu acho que tu tem que, juntamente com a doença, tratar a tua maneira de viver a vida, se reorganizar, eu acho que esse é um bom começo assim. E procurar um lugar onde ajude, porque paciente doente, doença tu tem que tratar com remédio, e a dependência química tu trata com remédio e conduta. Os pacientes dependentes químicos eles também têm problemas de conduta, então são duas coisas a ser tratadas, não é uma só, então eu acho que é por aí. (TecEnf Alice, MAEH)

O uso de drogas é percebido por esses profissionais como um comportamento desviante que isola o sujeito, e por isso, estar vinculado a “instituições que promovam questões de cidadania” seria um modo a preconizar comportamentos aceitos socialmente, inclusive fazendo com que os sujeitos se reconheçam como cidadãos – portadores de direitos – na sociedade. Assim, o que se resgata – quando se desintoxica e se realiza um trabalho voltado à reinserção social – está associado à limpeza do sujeito, “corrompida” com o uso de drogas. Essa reinserção não é somente uma retomada dos laços sociais como os familiares, uma busca por emprego ou a feitura de documentos pessoais, mas é uma maneira dos sujeitos estarem vinculados às instituições, e de certa maneira vigiados por estas, para que sejam punidos caso recaíam, como ressalta Foucault (1987) quando explica a relação entre vigiar e punir através das instituições.

Enquanto os profissionais do modelo de atenção com ênfase hospitalar ressaltam o conceito de reinserção social como a retomada de relações que se perderam através do reforço aos vínculos sociais, os profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial utilizam esta ideia para promover a percepção do sujeito da sua inserção atual na sociedade. Então, não se trata do resgate, mas da reflexão sobre os vínculos adquiridos, como relata a psicóloga:

Eu acho que uma alternativa de tratamento é poder oportunizar para aquela pessoa que ela possa pensar sobre a sua vida. Acho que a partir do momento que ela busca ajuda a gente vai ter que poder ampliar a questão da droga que vai muito além de ser só a droga que ela consome o problema, mas ela ver o que da sua vida ela quer pra si né. E poder trabalhar com projetos de vida, poder ver se a droga se inclui nesse projeto de vida e se não se inclui que formas ele tem pra poder alcançar o que ele almeja. Na verdade, acho que a alternativa é poder ampliar o foco da droga para o sujeito e poder ver ele inserido em uma sociedade, em uma família, em uma comunidade em que ele possa ter recursos e apoio para poder lidar com isso. (Psic Vera, MAEP)

Entre esses profissionais, a abstinência total não é uma exigência, de modo que a noção de reinserção social utilizada na instituição durante o tratamento não enfatiza uma ruptura entre o “antes” e “depois” das drogas, mas sim uma mudança no modo de inserção pessoal a partir da busca de ajuda – que pode ser no serviço de saúde em questão. A inserção ocorre através de uma avaliação conjunta entre os profissionais e os usuários sobre os aspectos sociais da vida do sujeito, uma vez que o uso de drogas “preencheria” alguns desses vínculos, logo, é preciso rever esse uso para repensar nos vínculos. Como relata a médica, essa reinserção social também se atrela à substituição da droga por outros vínculos sociais:

E também trabalhar muito a questão, assim, de vida: se está trabalhando atualmente, se não está, como é que tem sido o dia, o que está fazendo de atividades. Porque se tu vai tirar a droga, tu tem que colocar alguma outra coisa no lugar. Se não a pessoa fica totalmente perdida e vai recair, né?! Então, tu tem que substituir por outras coisas. Tentar restabelecer o vínculo familiar, muitas vezes foi perdido a confiança da família. Então, tentar restabelecer essas coisas e trabalhar muito a família também. De uma forma de apoio e também a relação, dele com a família (MedPsiq Renata, MAEP)

Esse aporte dos vínculos sociais é uma retomada do apoio dados aos sujeitos, possibilitando a prevenção do uso de drogas. Percebe-se que os profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial elucidam questões para que os usuários reflitam sobre sua relação com as drogas. A partir daí, o tratamento leva em consideração o que os sujeitos concluem junto com os profissionais e como encaminham essas questões. Por isso, a terapeuta ocupacional realiza uma abordagem que enfatiza a percepção do sujeito sobre o uso de drogas, como relata:

Eu acho que o processo de autoconhecimento, acho que as pessoas apostarem um pouco mais nisso, é uma coisa que vem, que pode ajudar. Eu tenho apostado nisso. É um contrato que eu faço constantemente com os nossos pacientes aqui. De que não adianta querer só parar de usar achando que vai manter essa abstinência sem tentar ver o quê que tá por trás disso, né?! Então acho que o processo de autoconhecimento, de reflexão de seu uso, de seus abusos é um caminho interessante. Interessante. Claro que há muitos que chegam aqui pra nós, chegam em casos, chegam em uma situação tão lastimável. Que primeiro vai ter que dar um tempo mesmo, ela vai tentar dar um tempo, tentar se afastar, diminuir bastante o uso, pra depois ela ter, ela conseguir parar e conseguir produzir isso, porque é um processo também um pouco mais abstrato. (TerOcup Carolina, MAEP)

Assim, percebe-se que o sujeito aparece inserido socialmente, entretanto, com o tratamento ele vai avaliar esses laços visando aumentar as relações sociais e a diminuição da relação com as drogas.

#### 5.1.4 *Abordagem multidisciplinar*

Outro aspecto que parece contribuir de modo diferenciado para o tratamento do dependente químico é a abordagem multidisciplinar entre profissionais. Cabe explicitar que essa abordagem não é evidente, e vem se constituindo no processo cotidiano de trabalho com o atendimento dos usuários ao longo do que se estabeleceu como atendimento psiquiátrico.

A comparação entre os dois modelos de atenção pesquisados elucidam a questão da abordagem multidisciplinar. O modelo de atenção com ênfase hospitalar centralizava o atendimento do usuário na equipe médica, mas a mudança de local, e conseqüentemente, a alteração na forma de trabalho e atendimento, a partir da contratação de outros profissionais como nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, educadores sociais, enfermeiros, e da ampla estrutura institucional do “novo” prédio atualizam a centralidade médica do atendimento, incluindo outros profissionais.

No modelo de atenção com ênfase hospitalar quando acontece a mudança do prédio a proposta multidisciplinar torna-se uma das apostas profissionais. Como relata a psicóloga da instituição, essa abordagem pode diversificar a atuação do tratamento da dependência química que é percebido pelos profissionais como multicausal conforme explica-se abaixo:

É um atendimento que tem um olhar “multi”, que está se propondo a isso e está fazendo sucesso nisso. Basta ver a nossa equipe, o quão multi é, o quão variada é, a gente tem várias especialidades. Então isso nos permite ter diferentes olhares sobre os diferentes aspectos do paciente, então isso nos permite olhar também os potenciais desse paciente, as possibilidades que ele tem, as dificuldades onde a gente tem que fortalecê-lo. Então eu acho que seja ambulatorio, seja internação tem uma qualificação grande, até por esse olhar de pesquisa vinculada a assistência pra melhoria da assistência. Eu acho que é algo que está se construindo aos poucos, um trabalho muito consolidado assim me parece muito sério em relação à dependência química, em relação ao tratamento. (MedPsiq Maria, MAEH)

Nessa instituição do modelo de atenção com ênfase hospitalar, ainda que outros profissionais possam contribuir com esse olhar “multi”, sugerindo encaminhamentos, acompanhando o cotidiano do usuário, trazendo outros pontos de análise, fazendo contato com diversas instituições para o “pós-alta”, é o especialista da área médica que conduz a

discussão com os demais profissionais e autoriza ou não as sugestões dadas. Assim, enquanto os assistentes sociais, psicólogos e enfermeiros percebem a abordagem multidisciplinar como possibilidade de abarcar a complexidade da *dependência química*, o discurso dos profissionais da área médica enfatiza alguns aspectos que estão em disputa na reificação do olhar biomédico sobre o doente. Na internação psiquiátrica, ainda que o trabalho multidisciplinar não seja uma proposta inicial do modelo de atenção com ênfase hospitalar, a maior quantidade de profissionais de outras áreas, no “novo” prédio, também ressalta os desafios dessa abordagem, como explicita o psiquiatra:

Quando [foi instalado] o programa de atendimento ao alcoolismo, a equipe já era multidisciplinar, né?! Então aqui, o que tu está vendo, que é uma equipe de, sei lá, talvez 50 pessoas, com tudo que é tipo de profissional, é mais ou menos o processo natural ao que a gente sempre fez, né?! O problema que eu acho que isso tem é a superposição de tarefas. Que pra algumas equipes, as vezes, não é claro. Isso ocorre muito, por exemplo, entre equipes da Psicologia e da Psiquiatria. Até onde vai cada, cada etapa. Mas eu acho que é um risco que a gente tem que correr pra trabalhar com esse tipo de paciente. (MedPsiq Antônio, MAEH)

Ou seja, enquanto a psicóloga tem uma percepção complementar do cuidado com o usuário através dessa abordagem, o psiquiatra compreende que pode haver superposição de tarefas. Outra profissional da equipe médica desta instituição explicita a desconfiança em relação à mudança de abordagem ao relatar que “A gente imaginava que pudesse em algum momento alguém querer fazer de um jeito e outro de outro, mas não tá acontecendo”. Esse receio também se refere ao modo como os novos profissionais eram contratados, e assim, eram percebidos nesta instituição, de modo que ali se concentravam “profissionais com experiência na área” e “profissionais sem experiência na área”, conforme continua explicando a mesma psiquiatra:

Eu tenho tido algumas dificuldades, mas assim muito menos do que seria esperado. Por algumas razões: uma, porque, por exemplo, na psicologia como também foi um concurso voltado pra dependência química, logo as pessoas que entraram já tem uma visão muito alinhada com o que a gente pensa, na Assistência social quem coordena também trabalha com a gente há muito tempo, então participou de todo o início da organização e tal. Então, talvez a enfermagem que não tava dentro desse processo, mas as pessoas que estão coordenando também não... não existe uma resistência assim. Então na verdade eles estão pedindo orientação, pedindo ajuda e conversando porque são coisas que estão se construindo juntos e não cada um querendo impor a sua visão de... (MedPsiq Carine, MAEH)

Assim, nesta instituição, percebe-se que a abordagem multidisciplinar se constituiu como ameaça para o especialista da área médica, uma vez que há evidente disputa de saberes entre quem está autorizado para dar a “palavra final” sobre o diagnóstico e quem realiza o encaminhamento. Entretanto, nos prontuários os médicos têm espaço privilegiado na descrição da situação do usuário, as reuniões continuam sendo conduzidas por psiquiatras, o encaminhamento para os demais profissionais é uma decisão médica, as salas maiores, bem equipadas e arejadas são dos profissionais da área médica e são eles que passam menos tempo com os pacientes. O que pode ser essa uma vantagem do profissional da área que explicita o poder do seu saber, também tenciona as relações com os outros profissionais como reconhece um dos psiquiatras da instituição a partir de uma auto-crítica:

Têm ainda algumas disputas de beleza, eu acho, como em todo lugar tem, mas isso pra mim é tranquilo né. [...] É eu sempre trabalhei com equipe [multidisciplinar]. Às vezes, a minha profissão tem certa dificuldade, assim, o psiquiatra, o médico de trabalhar em equipe. Tem toda essa coisa do poder, do ato médico e tal, tem umas coisas, assim, que atrapalha muito e às vezes os meus colegas entram nessa do ato médico, é o médico que decide. Então isso é muito confuso ainda porque o médico não sabe trabalhar em equipe e tem uma formação muito assim ainda, não mudou muito a formação médica assim. Essa coisa, por exemplo, a residência é só psiquiátrica, aqui tem a residência multi, então também tem o pessoal da Farmácia, o pessoal da Nutrição, da Enfermagem, Educação Física, mas a Medicina ainda está deixando muito a desejar e vai ter que aprender na marra a ouvir... (MedPsiq Cláudio, MAEH)

Em uma dada situação, observou-se que apesar de os profissionais médicos reconhecerem em seus discursos a importância do trabalho multidisciplinar, eles pouco orientavam claramente os residentes da Psiquiatria para realizar os encaminhamentos aos outros profissionais. Essa questão também foi ganhando evidência nas reuniões gerais, nas quais os assistentes sociais, enfermeiros, educadores físicos demandavam o encaminhamento dos pacientes para eles, o espaço físico para atender e a disponibilidade da agenda. Nesse sentido, esses profissionais não eram passivos no processo de disputa, pelo contrário, eram críticos, incisivos em suas reivindicações e tinham algumas estratégias para “não se incomodarem com isso durante o trabalho”, uma vez que a oportunidade de trabalharem em um hospital de referência na área era valorizada e a disputa com os profissionais médicos era percebida como uma questão cotidiana. Uma das profissionais explicita que há diferentes hierarquias de poder nessa instituição, que estão centralizadas na área médica, mas que podia atuar com alguma autonomia:

Eu acho que a equipe ela é multiprofissional, mas ela tem uma dificuldade muito grande de trabalhar interdisciplinar, né?! Transdisciplinar então, meu deus! A gente tá muito longe, né?! Mas eu acho que acontece algumas vias, algumas coisas assim de conversa, né?! De conversar sobre o paciente, de pensar nele e tal. Mas ainda existe uma separação muito grande, uma lacuna muito grande. Os corpos estão presentes, tipo assim, nas reuniões, nos lugares, mas na ação eu vejo que há muita ação ainda por núcleo profissional e não por campo de... Por objetivo geral. (EdFis Bruna, MAEH)

Os profissionais não médicos e até os técnicos, enfatizam a importância de sua atuação em função do tempo e da proximidade com os usuários, situações que permite que sejam mais conhecedores da situação de cada paciente. Assim, ainda que seus apontamentos para abordagem e estratégias de durante o tratamento não fossem valorizados pelos profissionais médicos, muitos desses outros profissionais se sentiam realizados profissionalmente, porque percebiam a “melhora” dos usuários como resultado do trabalho deles. Como enfatizam: “sou eu quem estou com eles” (Enf Gabriela MAEH), “eles utilizaram a técnica que eu passei e se sentiram melhor” (Ed. Física Bruna MAEH), “eu conheço a história deles e aí eu converso com eles” (TécEnf Alice, MAEH), “eu estou vendo uma boa instituição para ele” (AssSoc Júlia), entre outros.

Já no modelo de atenção psicossocial, a abordagem multidisciplinar estava constituída na equipe desde a concepção normativa da instituição, e o profissional médico estava diluído entre os técnicos de referência. Desse modo, há um diferencial institucional em que os profissionais reconhecem esta proposta como uma das principais estratégias no tratamento dos usuários, conforme explicita a psiquiatra:

A gente acaba tratando paciente mais graves, com uma série de condições complicadoras, assim, eu acho que a abordagem multidisciplinar, uma equipe, e o fato de poder dividir esses casos em equipe e ter várias cabeças pensantes no sentido de propor o tratamento, de incentivar aquele indivíduo, de junto com ele encontrar o tratamento... Eu acredito que isso funcione mais. Eu acho que a gente precisa dividir o trabalho, mas eu acho que dividir o trabalho não significa desfazer algumas áreas, não desfazer a área médica, não desfazer a área da Psicologia, a área do Serviço Social né, eu acho que cada área tem a sua importância e conviver junto acho que significa poder valorizar e não desfazer o papel de cada uma dessas áreas, isso eu acho que talvez seja uma das maiores dificuldades do trabalho em equipe. (MedPsiq Luana, MAEP)

O usuário passa por diferentes profissionais durante o tratamento. Uma vez que nessa instituição o técnico de referência não é necessariamente o médico, esse atendimento pode ser realizado pelos outros profissionais de nível superior, que têm certa autonomia para decidir os

encaminhamentos. As reuniões gerais e as conversas informais com os profissionais também são momentos para redefinição de encaminhamentos aos usuários. Embora o usuário tenha um técnico de referência, ele participa de grupos com outros profissionais e convive com os técnicos no interior do serviço de saúde. Até os profissionais dos serviços gerais e da vigilância *acolhem* o usuário, uma vez que estão no mesmo espaço físico, conversam com eles e fazem alguns encaminhamentos. Para a psicóloga, o modelo proposto ultrapassa o viés multidisciplinar chegando a ser transdisciplinar, como relata:

Eu nem vejo a equipe aqui como multidisciplinar, eu vejo a equipe aqui como uma equipe transdisciplinar. Eu acho que as pessoas exercem funções muito parecidas, muito semelhantes de acolhimento, de gerenciamento de caso, que vai além do saber do núcleo. Então, a gente faz muitas funções parecidas por mais que as profissões sejam diferentes e também é respeitado cada núcleo profissional. Por exemplo, psicoterapia só o psicólogo vai fazer, avaliação psiquiátrica só o psiquiatra vai fazer, mas todos vão gerenciar casos, todos vão atender o paciente, todos vão assumir quando o paciente chegar aqui em crise precisar ser escutado vai independe da profissão, todo mundo vai escutar né então acho que a equipe é fundamental em um trabalho como esse. (Psic Vera, MAEP)

Enquanto no modelo de atenção com ênfase hospitalar a sobreposição de tarefas parecer ser indesejável, no modelo de atenção com ênfase psicossocial é justamente um dos objetivos, de modo que o profissional só vai enfatizar a especificidade da sua área em determinados momentos. De forma geral, foi observado que apesar da instituição psicossocial ter poucos momentos em relação à outra instituição dedicados a discussão de caso, reuniões e tutorias em relação a outra instituição as conversas informais entre os profissionais de nível superior que estavam no mesmo turno era uma forma de repensar os encaminhamentos, dividir as dúvidas e propor atividades. Em determinada situação, uma assistente social, que estava com dificuldade em evidenciar para a família do usuário que eles também tinham que cumprir as “combinações”, aceitou a sugestão dada em reunião geral de expressar o acordado por escrito e assinar. Logo, na reclamação seguinte dos pais do usuário, a profissional mostrou o documento escrito, que mais uma vez não havia sido cumprido, deslegitimando as críticas feitas pela família de que a instituição não resolvia seus problemas.

Desse modo, ela enfatiza a importância da abordagem multidisciplinar no atendimento ao usuário de drogas, conforme afirma abaixo:

Porque eu acho que assim o psiquiatra sozinho não vai ser suficiente. O terapeuta de família sozinho não vai. O psicológico sozinho não vai. Eu acho que tem que ter uma equipe interdisciplinar pra dar conta de todas as

demandas que o ser humano precisa. Uns mais, outros menos, né?! Uns de vários profissionais, outros de menos, mas acho que sozinho nenhum profissional dá conta. (AssSoc Rúbia, MAEP)

Essa questão é bastante importante, uma vez que esse serviço de saúde foi criado como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos, de modo que a partir dessa diretriz também há uma crítica aos modelos que enfatizem a centralidade do atendimento em profissionais da área da Medicina. E esse é um esforço dos profissionais e uma questão cara a esses serviços, como apresenta uma das psiquiatras:

Pensando que eu sou uma médica, eu escolhi ser médica, essa é minha profissão, eu gosto do que eu faço. Ser médica dentro de uma equipe não é algo fácil, por quê? Porque já vem uma carga muito grande, às vezes, de um preconceito da classe, em relação à classe médica, em relação à postura médica em alguns momentos e, às vezes, mesmo tu tendo uma postura diferente as pessoas já vem com um pré-conceito né e com uma dificuldade de trabalhar nesse sentido [...] Então, muitas vezes, mesmo a gente tentando se posicionar dentro desse trabalho conjunto, as pessoas já vem com um pré-conceito né, bom então ela é médica, ela é psiquiatra, então o pensamento dela é medicação, é doença, é patologia e não existem outras possibilidades. Então, eu acredito assim que a gente precisa desconfigurar um pouco disso assim, porque as pessoas ficam em uma visão muito extremista. Por isso que eu coloco assim que cada profissional tem o seu papel, tem a sua importância, a gente precisa respeitar esses limites né, o limite de cada profissional também, então às vezes assim existe uma dificuldade nesse sentido. (MedPsiq Luana, MAEP)

Apesar do esforço multidisciplinar descrito, observou-se que nessa instituição a separação não é entre profissionais médicos e profissionais não médicos como ainda parece ocorrer no modelo de atenção com ênfase hospitalar, mas sim em relação aos profissionais de nível superior e profissionais de nível médio e técnico. Ainda que alguns profissionais de nível técnico participem das reuniões gerais, essa participação é complementar à condução e encaminhamento dos profissionais de nível superior. Entretanto, parece haver uma maior “escuta” da avaliação técnica desses profissionais nessa instituição, de modo que eles se sintam valorizados, como explicita a técnica de enfermagem:

É o lugar melhor de trabalhar porque nós temos uma equipe assim multidisciplinar. Então, eles são muito acessíveis, os médicos são uns amores, não tem aquela, tanto os médicos como a parte da enfermagem, a parte administrativa, todo mundo é igual, todo mundo fala a mesma língua e não tem aquela coisa assim “Porque eu sou médico vocês tem que fazer o que eu to mandando”. Há uma comunicação, há um diálogo entre a equipe aonde os médicos solicitam também a nossa, a nossa opinião, até porque



quem tá mais com o paciente somos nós, então nós que estamos vendo o dia a dia dele, como que ele acorda, como que ele passa o dia né, praticamente nós somos os olhos do médico. Então se eles não acreditarem em nós, não nos perguntar o que tá acontecendo fica difícil até pra ele avaliar o paciente. Então aqui assim eu posso te dizer assim o lugar melhor de trabalhar, onde a tua opinião é valorizada, onde tu como técnico, como auxiliar de enfermagem tu é respeitado, eles te valorizam, a tua opinião é muito importante e o que tu diz eles valorizam. (TecEnf Deise, MAEP)

Como evidencia esse relato, são solicitadas aos técnicos a opinião e a avaliação da situação do usuário, de modo que “alguém solicita”, e esse alguém são os profissionais de nível superior. Chegou a se cogitar que os técnicos de enfermagem com mais experiência pudessem ser técnicos de referência, entretanto enquanto estive em campo essa ideia não se concretizou.

## 5.2 Modelo de atenção em discussão

A partir da análise dos elementos acionados para compor e descrever as propostas terapêuticas para os usuários de drogas na rede de saúde mental, constatou-se que os profissionais apresentam diferentes formas de falar das estratégias de intervenção no tratamento para usuários de drogas, sendo que esses aspectos são acionados de modo próprio em cada modelo de atenção. Para Kleinman (1980, p.105), os modelos de atenção são pensados em termos de modelos explicativos, uma vez que “they offer explanations of sickness and treatment to guide choices among available therapies and therapists and to cast personal and social meaning on the experience of sickness”. Entretanto, o que percebemos a partir dos dados observados é que o modelo de atenção é muito mais do que um modelo explicativo sobre as escolhas de cuidados em saúde, pois os modelos se atualizam na prática, e as ambiguidades vão se evidenciando. O autor utiliza a noção de modelo explicativo como um orientador das ações, mas na prática isso se concretiza de outra forma.

Ainda que os dois modelos de atenção para usuários de drogas estudados se valham da desintoxicação, da prescrição de medicamentos, da reinserção social e da abordagem multidisciplinar como aspectos que compõem suas propostas terapêuticas, cada qual aciona esses elementos de diferentes formas. Nesse sentido, cada modelo assume ênfases dispares, conferindo especificidades para a atenção oferecida aos usuários, sendo estratégica, nesta dissertação, a adjetivação da ênfase de cada modelo a fim de se explicitar o contraste entre eles.

O modelo de atenção com ênfase hospitalar enfatiza a desintoxicação através da abstinência total, a prescrição de medicamentos como estratégia central no tratamento, a reinserção social como resgate dos vínculos e a abordagem multidisciplinar que perpassa o aval do especialista. Este é um modelo de intervenção que está condicionado ao cumprimento de regras através das quais se espera como resultado o “paciente padrão”.

Já o modelo de atenção com ênfase psicossocial ressalta a desintoxicação por meio da mudança de padrão do uso de drogas, a prescrição de medicamentos como complementar – sendo mais possibilidade do que necessidade - ao tratamento, a reinserção social como central na atenção do usuário e a abordagem multidisciplinar como estratégica. O paciente parece ter credibilidade nessa instituição, de modo que este modelo implica em aceitar o uso de drogas.

Entretanto, as respostas que essas instituições dão para os desafios de atendimento não são tão diferentes. O discurso apresenta a proposta terapêutica, mas o modelo de atenção se atualiza na prática, por isso é a partir dessa análise que chegamos a um quadro contrastivo entre os dois modelos. Essa polarização é mais um tencionamento da mídia que torna a questão do atendimento para os usuários de drogas como um problema que “tem que ser resolvido”. Entretanto, na prática esses modelos se diluem.

A configuração do modelo de atenção proposto aos usuários pela instituição perpassa as concepções dos diferentes profissionais que realizam, de forma direta ou indireta, o atendimento desses. De modo que a vinculação à redução de danos ou às propostas de abstinência total tem consequências no modo como os profissionais estão pensando os cuidados aos usuários de drogas. Nesse sentido, a proposta terapêutica também enfatiza a gestão do tempo, a partir da aprendizagem de novos hábitos civilizatórios que organizam e estruturam o cotidiano do usuário, a fim de que o mesmo habite o mundo civilizado, junto com sua família, com a ajuda da medicação, voltado para os bons costumes, ao mesmo tempo em que diminui ou elimina sua atenção para as drogas.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo dos modelos de atenção para usuários de drogas na rede de saúde mental permitiu não apenas o levantamento dos elementos acionados para a intervenção e o tratamento nas instituições em questão, como também a análise sobre os agenciamentos e negociações cotidianas relacionadas a esses mesmos elementos. Deste modo, tanto a concepção dos profissionais como as propostas terapêuticas que perpassam a lógica institucional fornecem pistas sobre os modelos de atenção aos usuários de drogas na área da saúde vigentes no Rio Grande do Sul, Brasil.

Apresentou-se, inicialmente, dois modelos de atenção que se propõem a tratar usuários de drogas: um com ênfase hospitalar e outro com ênfase ambulatorial. Ao longo do texto foram analisados os elementos utilizados para a proposta de intervenção e tratamento, privilegiando as representações e as práticas dos profissionais dos serviços de saúde. Mais do que identificar os aspectos acionados no cotidiano de trabalho no serviço de saúde, as descrições de como esses aspectos estão entremeados às concepções de cuidado aos usuários de drogas e perpassam os modelos de atenção estudados oferecem subsídio para aprofundar a temática.

Em relação à motivação para o uso de drogas, os profissionais acionam, de forma geral, os mesmos elementos, mas atribuem pesos diferentes e interpretam a sua influência no uso de drogas de maneiras diversificadas. Observa-se que os fatores biológicos que caracterizam a chamada *dependência química* estão presentes de forma mais enfática no modelo de atenção com ênfase hospitalar, especialmente no discurso dos médicos. Os fatores sociais também são mencionados no modelo, destacando-se a falta de *autoridade* parental. Já os fatores individuais são pouco enfatizados, uma vez que os determinantes genéticos e sociais, frente aos quais o indivíduo não possui gerência, são percebidos como determinantes para o uso de drogas.

Entre os profissionais do modelo de atenção com ênfase psicossocial, os fatores individuais são privilegiados na explicação da motivação para o uso de drogas. O uso de drogas é percebido como uma forma do indivíduo lidar com o mundo, uma maneira de diminuir um sofrimento. Esse argumento também é acionado pelos profissionais da área de Psicologia do modelo de atenção com ênfase hospitalar, mas o mesmo aparece atrelado às explicações biológicas, como por exemplo, a existência de doença psiquiátrica prévia. No modelo de atenção com ênfase psicossocial, o peso dado aos fatores biológicos é menor, atribuindo a doença mais a falta de afeto do que a um gene específico.

No que concerne à intervenção propriamente dita, são acionadas as seguintes estratégias: *desintoxicação*, uso de medicamentos, *reinserção social* e abordagem multidisciplinar. Tanto a *desintoxicação* como a *reinserção social* são destacadas, nesta dissertação, como categorias êmicas, uma vez que são conceitos em construção acionados no cotidiano de atendimento aos usuários de drogas a partir do viés de cada modelo de atenção.

No modelo de atenção com ênfase hospitalar, o tratamento implica um período de *desintoxicação* no qual estão em jogo não apenas uma limpeza física, como também uma limpeza moral, feita de forma reclusa e com suporte medicamentoso. Espera-se que o processo de *desintoxicação* crie as condições necessárias para que o indivíduo se empenhe, de fato, no abandono das drogas. Como a medicação é um elemento central do tratamento, são os médicos que assumem o controle do processo, sendo a intervenção dos demais profissionais percebida como complementar e setORIZADA.

Já no modelo de atenção com ênfase psicossocial, a *desintoxicação* não implica, necessariamente, na abstinência total das drogas, mas abre possibilidade para uma mudança no padrão de uso ou no tipo de droga utilizada. O vínculo com o serviço de saúde é tido como fundamental no tratamento. O uso de medicamento não é uma constante, mas é considerado na maioria dos casos. A abordagem multidisciplinar está presente nos diferentes momentos do tratamento e todos os profissionais de nível superior têm poder de decisão e gestão.

Dessa maneira, os dois modelos oferecem respostas semelhantes aos seus desafios, mas diferem nos modos de acionamento dos elementos que envolvem o tratamento. Essas respostas estão de acordo com as diretrizes que ambos os serviços de saúde seguem enquanto representantes das políticas de saúde em questão e das discussões sobre o atendimento a usuários de drogas no âmbito da saúde mental. No entanto, as ênfases diferenciadas representam mais do que práticas diversas. Elas são formas diferentes de pensar o sujeito, sua relação com as drogas e com a sociedade; são também, posicionamentos profissionais diferentes que refletem qual o papel do profissional no processo de tratamento e intervenção.

Ambos os modelos acionam formas de controle e gerenciamento dos corpos e práticas, mas investem em posições de sujeito que são diferenciadas. Nesse sentido, a partir da análise sobre os modelos de atenção, considerando a autonomia e a credibilidade do sujeito, pode-se compreender como as diretrizes de políticas de saúde se atualizam na prática. Enquanto o modelo de atenção com ênfase psicossocial dá credibilidade ao paciente, a sua palavra, o modelo de atenção com ênfase hospitalar utiliza o resultado do exame bioquímico para comprovar a adesão do sujeito ao tratamento e sua abstinência total. Assim, as semelhanças e diferenças teóricas e práticas dos dois modelos de atenção para atendimento aos usuários de

drogas analisados indicam que se tratam, na verdade, de modos de cuidado em construção visando dar conta de um mesmo problema social. Com os recursos humanos e materiais disponíveis, com as diferentes formações teóricas e a partir dos princípios e diretrizes das políticas públicas busca-se encontrar formas de lidar com um problema que, como indicado no início desse estudo, é considerado uma nova epidemia.

Para novos estudos, sugere-se que as concepções e práticas dos profissionais sejam analisadas conjuntamente com as concepções e práticas dos usuários que são atendimentos nesses modelos de atenção, de modo que seja possível chegar aos tencionamentos que envolvem a construção dos modelos de atenção, como propõe Kleinman (1980), não apenas a partir da proposta do serviço de saúde e dos profissionais que lá estão, mas também do ponto de vista dos usuários, que resistem, insistem e desistem. Nesse sentido, seria possível explorar as concepções envolvidas, mas também atentar para os vieses da própria instituição. Iniciou-se a discussão sobre os modelos de atenção a partir da concepção dos profissionais, assim, passo seguinte seria trazer elementos da constituição institucional dos serviços de saúde, que também perpassam um processo histórico do próprio modelo apostado nestes locais.

Diante da complexidade de estudo da área da saúde mental e uso de drogas, também se considera relevante a análise de instituições da área da assistência social que pertencem à rede de proteção ao usuário de drogas. Embora o foco seja nas instituições formais, aquelas com vínculos informais também se apresentam na rede de atenção como alternativas de cuidado. Ampliar esse estudo pode ser uma maneira de compreender as possibilidades dos modelos de atenção em questão obterem respaldo na sociedade para se efetivar.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, F. M. Máscaras da Insanidade: emergências e ressurgências do conceito de psicopatia na psiquiatria contemporânea. **International Journal of Psychiatry**, v.12, n.12, dez. 2007. Disponível em <<http://www.polbr.med.br/ano07/wal1207.php>>. Acesso em: 26 nov. 2012.

AUGÉ, M. L'anthropologie de la maladie. *L'Homme* : revue française d'anthropologie . EHESS:Paris. 97-98, p. 77-88. 1982

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

BARROSO, P. F. No palco da mídia: internação compulsória para usuários de crack. In: REUNIÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 28., 2012, São Paulo. **Anais da Reunião Brasileira de Antropologia**. São Paulo: ABA, 2012. (CD virtual)

BASAGLIA, F. **Psiquiatria alternativa**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BASTOS, F. I. Uso de drogas e prevenção à AIDS: desafios atuais e novas propostas - Novas estratégias de prevenção e manejo de abuso de substâncias psicoativas em um contexto de transição acelerada. In: SEMINÁRIO PREVENÇÃO DAS DSTs/AIDS, Rio de Janeiro, 17-19, ago. 2009. **Anais do Seminário de Prevenção das DSTs/AIDS**. Rio de Janeiro: ABIA, 2010. p.35-42

BECKER, H. S. **Outsiders**. Estudos de sociologia do desvio. Rio de Janeiro: Zahar, 2008. 232p.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº3.088**, de 23 de dezembro de 2011a. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/111276-3088.html>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde**. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos. Res. CNS 196/96. Bioética 1996; 4Suppl:15-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Atenção em Saúde Mental** (Linhas de Cuidado em Álcool, Crack e outras drogas), 2011b. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2g\\_020811.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2g_020811.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de

Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 86 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 27 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e AIDS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 60 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns\\_alcool\\_drogas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf)>. Acesso em: 29 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº7179**, de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm)>. Acesso em: 22 nov. 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº10.216**, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/LEIS\\_2001/L10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm)>. Acesso em: 27 nov. 2012

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=254672>>. Acesso em: 16 fev. 2013.

CARDOSO, R. L. C. Aventuras de antropólogos em campo ou como escapar das armadilhas do método. In: CARDOSO, Ruth L. C. (Org.). **Aventura antropológica: teoria e pesquisa**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. 2001. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento\\_brasil/parte\\_1.pdf](http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/levantamento_brasil/parte_1.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2013.

CARNEIRO, H. A fabricação do vício. In: ENCONTRO REGIONAL DE HISTÓRIA, 13., 2002, Mariana, MG. **Anais Encontro Regional de História**. Mariana, MG: LPH-Revista de História, Departamento de História/ICHS/UFOP, n. 12, 2002. p. 9-24.

CARVALHO, V. D.; BORGES, L. O.; REGO, D. P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em Psicologia Social. **Psicologia: ciência e profissão**, Brasília, v. 30, n. 1, mar. 2010.

CAVALCANTI, M. **Of shacks, houses, and fortresses: an ethnography of favela consolidation in Rio de Janeiro**. 2007. Tese (Doutorado). University of Chicago, Chicago, 2007.

CSORDAS, T. **Corpo/significado/cura**. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

CSORDAS, T.; KLEINMAN, A. The Therapeutic Process, In: SARGENT, C.; JOHNSON, T. **Medical Anthropology**. Contemporary Theory and Method. London, Westport Connecticut, 1996.

DOMANICO, A. **Craqueiros e Cracados: bem-vindo ao mundo dos nórias!** 2006. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, Universidade Federal da Bahia, 2006.

DOUGLAS, M. **Como as instituições pensam**. São Paulo: EDUSP, 2007.

DUARTE, L. Filho da Rua. Reportagem de Letícia Duarte e Imagens de Jefferson Botega. **Zero Hora**, Caderno Especial. Porto Alegre, 17 de junho 2012. Disponível em: <<http://zerohora.clicrbs.com.br/rs/geral/pagina/filho-da-rua.html>>. Acesso em: 13 jan. 2012.

DURKHEIM, E. **A divisão social do trabalho**. Lisboa: Presença. 1977.

ECKERT, C.; ROCHA, A. L.C. Os jogos da memória. **Revista Iuminuras**. v. 1, n. 2. 2000

ELIAS, N. **O processo civilizador: uma história dos costumes**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994. v. 1.

FERRAZZA, D. A. **A medicalização do social: um estudo sobre a prescrição de psicofármacos na rede pública de saúde**. 2009. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Universidade Estadual Paulista. São Paulo, 2009.

FERREIRA, M. S. Polissemia do conceito de instituição: diálogos entre Goffman e Foucault. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, Niterói, Universidade Federal Fluminense, v. 2, n. 1, p.74-86, 2012.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos Estudos - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, mar. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 fev. 2013.



FONSECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 2, may/aug. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902005000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 7 jan. 2013

FOUCAULT, M. A constituição histórica da doença mental. In: FOUCAULT, Michel. **Doença mental e psicologia**. Tradução de Lilian Rose Shalders. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1975. p. 77-88. (Tempo Universitário, 11)

\_\_\_\_\_. **História da loucura na idade clássica**. Tradução de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 1978. 551p. (Estudos, 61)

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, Vozes, 1987.

FREITAS, F. F. P. ; RIBEIRO, G. A. Reforma psiquiátrica e exclusão: as experiências de Reggio Emilia e Perúgia. **Estudos de Psicologia**, Natal, UFRN, v. 11, n. 3, dec. 2006.

FRÚGOLI JR., H.; SPAGGIARI, E. Da cracolândia aos nórias: percursos etnográficos no bairro da Luz. **Ponto.Urbe** (USP), v. Ano 4, p. 3, 2010. Disponível em: <<http://www.pontourbe.net/edicao6-artigos/118-da-cracolandia-aos-noias-percursos-etnograficos-no-bairro-da-luz>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

\_\_\_\_\_. Networks and Territorialities: an ethnographic approach to the so-called cracolândia [crackland] in São Paulo. **Vibrant**, Florianópolis, v. 8, p. 550-579, 2011.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

\_\_\_\_\_. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 2008.

GOOD, B. How medicine constructs its objects. In: GOOD, B. **Medicine, Rationality and Experience**. Cambridge University Press, 1994. p.65-87

HARAWAY, D. Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu**, Campinas, n.5, p. 07-41, 1995.

HELMAN, C. G. Relação médico-paciente. In: HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003. p. 109-145.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. **Physis**, Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, RJ, v.15, suppl., p. 57-70, 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**. Nêmesis da Medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INGRAM, H.; SCHNEIDER, A. L.; DELEON, P. Social construction and policy design. In Paul A. Sabatier (org), **Theories of the policy process**, Cambridge, MA: Westview Press. 2007. p. 93-126.

JABER, J. Definições a respeito da Dependência Química. Artigo científico publicado no site em 07/05/2004. Disponível em:  
<[http://www.clinicajorgejaber.com.br/artigo1.php?cd\\_selecionado=3](http://www.clinicajorgejaber.com.br/artigo1.php?cd_selecionado=3)>. Acesso em: 12 jan. 2013.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Los Angeles: University of California, 1980.

KOSTEN, T. R.; ROSEN, M.; BOND, J.; SETTLES, M.; ROBERTS, J. S.; SHIELDS, J.; JACK, L.; FOX, B. Human therapeutic cocaine vaccine: Safety and immunogenicity. **Vaccine**, v.20, n.7-8, p. 1196-1204, 2002.

LABATE, B. C.; ARAUJO, W. S. **O Uso Ritual da Ayahuasca**. Campinas: Mercado de Letras, 2002.

LABATE, B. C.; MACRAE, E. (Org.). **Ayahuasca, Ritual and Religion in Brazil**. Londres: Equinox, 2010. 256p

LANGDON, E. J. A Doença como Experiência: a Construção da Doença e seu Desafio para a Prática Médica. Disponível em:  
<<http://www.cfh.ufsc.br/~nessi/A%20Doenca%20como%20Experiencia.htm>> Acesso em: 5 dez. 2012.

LAURENTI, R. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n.6, p. 407-417, 1991. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v25n6/01.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

LEAL, F. X. **Conselhos Municipais Antidrogas: entre o sonho e a realidade**. 2006. Dissertação (Mestrado em Política Social). Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas. Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006. 272f. Disponível em:  
<<http://web3.ufes.br/ppgps/sites/web3.ufes.br/ppgps/files/Conselhos%20Municipais%20Anti%20drogas.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

LIMA, R. C. P. Sociologia do desvio e interacionismo. **Tempo Social**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 185-201, maio 2001.

MACHADO, P. S. **O sexo dos anjos: representações e práticas em torno do gerenciamento sociomédico e cotidiano da intersexualidade**. 2008. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

MACRAE, E. A Antropologia e o uso de Drogas: a questão da maconha. **Temas IMESC. Sociedade, Direito, Saúde**, São Paulo, SP, v.4, n.1, p.1-117, jul. 1987.

\_\_\_\_\_. Antropologia: Aspectos sociais, Culturais e Ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A.(Ed.). **Dependência de Drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34

\_\_\_\_\_. Entrevista com o antropólogo Edward MacRae sobre drogas e legalização, concedida a Sérgio Vidal. Disponível em: <[http://www.youtube.com/watch?v=FO7OrWtH5io&feature=player\\_embedded](http://www.youtube.com/watch?v=FO7OrWtH5io&feature=player_embedded)>. Acesso em: 20 ago. 2012.

MARTELL, B. A. et al. Cocaine Vaccine for the Treatment of Cocaine Dependence: a Randomized Double-Blinded Placebo-Controlled Efficacy Trial. **Archives of General Psychiatry**, v. 66, n.10, p. 1116-23, oct. 2009.

MARTINES, R. L. P.; SILVA, A. A. Reforma Psiquiátrica: um processo de institucionalização. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, Garça, SP, ano V, n.9, nov. 2007. Disponível em: <<http://www.revista.inf.br/psicologia09/pages/artigos/edic09-anov-art05.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2012.

MELOTTO, P. **Trajetórias e usos do crack**: estudo antropológico sobre trajetórias de usuários de crack no contexto de bairros populares em São Leopoldo – RS. 2009. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e Doença**. Um olhar antropológico. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

MORAIS, P. C. C. **Drogas e Políticas Públicas**. 2005. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005. Disponível em: <[http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/teses\\_monografias/droga\\_politica\\_publica.pdf](http://www.crisp.ufmg.br/arquivos/teses_monografias/droga_politica_publica.pdf)>. Acesso em: 18 jan. 2013.

NADER, L. Up the Anthropologist: perspectives gained from studying up. In: HYMES, Dell (Ed.). **Reinventing Anthropology**. New York: Vintage Books, 1974.

NEVES, D. P. Alcoolismo: acusação ou diagnóstico? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n.1, p. 7-14, 2004.

OLIVEIRA, R. C. O trabalho do antropólogo : olhar, ouvir, escrever. In: OLIVEIRA, Roberto Cardoso de. **O trabalho do antropólogo**. São Paulo: UNESP, 1998. p.17-35.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **CID 10**. Tradução do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. Porto Alegre: Artmed, 1993.

PAIM, Jairnilson Silva. Modelo de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Org.) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 154-162, 2011.

PICCOLO, F. D.; KNAUTH, D. R. Uso de drogas e sexualidade em tempos de AIDS e redução de danos. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 8, n. 17, p. 127-145, 2002.

RIBEIRO, E. E. M. **A construção social do problema da dependência de drogas: estudo antropológico dos discursos e representações mantidos por instituições de tratamento em Porto Alegre, RS**. 1999. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1999.

RIO GRANDE DO SUL. **Lei Estadual nº9716**, de 07 de agosto de 1992. Institui a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul. Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, nº152, 10 de agosto de 1992.

ROSE, N. Foucault, Laing et le pouvoir psychiatrique. **Sociologie et sociétés**. Montréal, v. 38, n. 2, p. 113-131, 2006.

\_\_\_\_\_. Psicologia como uma ciência social. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 155-164, 2008.

ROSENBERG, C. E. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. **The Milbank Quartely**, v. 80, n. 2, p. 237-259, 2002.

RUI, T. C. **Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack**. 2012. Tese (Doutorado em Antropologia Social). Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2012.

SAPORI, L.; MEDEIROS, R. (Org.). **Crack: um desafio social**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2010.

SIMMEL, G. **Questões fundamentais da Sociologia: indivíduo e sociedade**. Rio de Janeiro: Zahar, 2006.

TURNER, V. W. **O processo ritual**. Petrópolis: Vozes, 1974.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. . Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, dez. 1994.

UNODC. **United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 1997**. New York, United Nations Publications, 1997. 201 p.

VARGAS, E. V. **Entre a extensão e a intensidade:** corporalidade, subjetivação e uso de "drogas". 2001. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001. 600 p.

\_\_\_\_\_. Que guerra é essa? A propósito da partilha moral entre drogas e fármacos. **Conjuntura Política**, Belo Horizonte, FAFICH - UFMG, v. 22, p. 1-4, 2000.

\_\_\_\_\_. Uso de drogas: a alter-ação como evento. **Revista de Antropologia**, São Paulo, v. 49, p. 581-623, 2006.

VELHO, G. Becker, Goofman e a Antropologia no Brasil. **Sociologia, Problemas e Práticas**. Oeiras, Portugal, n. 38, maio 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n38/n38a01.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2013.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Desvio e divergência:** uma crítica da patologia social. Rio de Janeiro: Zahar, 1974.

\_\_\_\_\_. **Nobres e Anjos:** um estudo de tóxicos e hierarquia. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998. 216 p.

WHO Expert Committee on Addiction-Producing Drugs. **Thirteenth report of the WHO Expert Committee**. Geneva, World Health Organization, 1964 (WHO Technical Report Series, n. 273).

ZALUAR, A. A Criminalização das Drogas e o Reencantamento do Mal. In: ZALUAR, Alba. **Condomínio do Diabo**. Rio de Janeiro: Revan, UFRJ, 1994. p. 235-254.

\_\_\_\_\_. Drogas além da biologia: a perspectiva sociológica. In: SIMPÓSIO DEPENDÊNCIA DE DROGAS: MUITO ALÉM DA BIOLOGIA. Sociologia e Uso de Drogas. São Paulo, 08 ago. 2011. Disponível em: <[http://www.ims.uerj.br/nupevi/artigos\\_periodicos/simposiodrogas.pdf](http://www.ims.uerj.br/nupevi/artigos_periodicos/simposiodrogas.pdf)>. Acesso em: 21 jan. 2012.

## APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

### 1) Características Sócio-Demográficas

Idade:

Sexo :

Estado Civil:

Religião:

Residência (Bairro e Cidade):

Escolaridade:

Área de Formação (Graduação, Especialização, Residência, Mestrado):

Profissão atual:

Locais de Trabalho:

### 2) Trabalho com Saúde Mental

Como se interessou pela área da saúde mental?

Quais experiências pessoais contribuíram com esse interesse?

Como a sua formação influenciou para o interesse nessa área?

Quais suas experiências diversas de trabalho?

Como se deu a inserção neste serviço de saúde?

### 3) Concepções sobre os usuários de álcool e outras drogas

Ao que você atribui o uso de drogas?

Por que você acha que algumas pessoas usam as drogas de forma dependente?

Quais as possibilidades terapêuticas para esta pessoa?

Dentre as possibilidades citadas acima, qual você considera a mais e menos acertada?

Quais os desafios dessa proposta terapêutica?

### 4) Atendimento de usuários de álcool e outras drogas no serviço de saúde

Quais as características do atendimento de usuários de drogas neste serviço de saúde?

Quais as situações de atendimento são consideradas mais fáceis ou mais difíceis?

Como você entende as orientações institucionais quanto ao tratamento dos usuários de drogas neste serviço de saúde?

Quais poderiam ser outras possibilidades de tratamento dos usuários de drogas neste serviço de saúde?

Quais as dificuldades de implantar ela neste serviço?

Como vê a questão da equipe multidisciplinar no atendimento desse paciente?

### 5) Atendimento de pacientes psiquiátricos e a pacientes usuários de álcool e drogas

Quais suas percepções sobre a estrutura do serviço de atendimento para usuários de drogas?

Quais suas percepções sobre as diferenças desses atendimentos aos usuários de drogas?

Quais os desafios enfrentados nesses atendimentos aos usuários de drogas?

### 6) Relação com Rede de Atenção à Saúde Mental

Quais as orientações recebidas dentro e fora do serviço de saúde?

Qual sua percepção sobre essas orientações?

Quais pressões sofridas dentro e fora do serviço?